

**Nina Herholdt Høyer**

---

# **Iverksetting av nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen i kommuner i Vestfold**

**Masteroppgave i Styring og ledelse**

**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag**

**Oslo 2016**

## Forord

“En gledelig begivenhet– om en sammenhengende svangerskap-, fødsel- og barselomsorg” og “Nytt liv og trygg barseltid for familien”: titlene på St.meld. nr 12 fra 2009 og Nasjonal retningslinje for barselomsorgen fra 2014 treffer kjerneinnholdet innenfor tema og fagområdet godt. Med min bakgrunn som jordmor, og nå som leder på en Føde-barselavdeling er jeg opptatt av at kvinnen, den nyfødte og familien skal ivaretas på best mulig måte i sitt møte med helsevesenet, både i spesialisthelsetjenesten og videre i kommunehelsetjenesten. Dette forutsetter at tjenestene preges av høy faglig kompetanse og kunnskap. Likeledes avhenger det av at organiseringen av tjenestene er god og at samarbeidet mellom de ulike aktørene er preget av forutsigbarhet og klarhet.

Det foreligger en samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Vestfold som beskriver oppgavefordeling og samarbeid om jordmortjenesten. Denne avtalen skal revideres for å tilpasses den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen fra 2014. I den anledning meldte behovet seg for å få kunnskap om hvordan barselomsorgen i Vestfold ser ut i dag, i forhold til jordmortjenestene. Med dette som bakgrunn utviklet tema og problemstilling for den foreliggende masteroppgaven seg.

Å skrive denne masteroppgaven har for meg vært en lærerik prosess og takket være gode støttespillere rundt meg har jeg kommet fint i mål. Først og fremst vil jeg takke min arbeidsgiver som har tro på meg og som har gitt meg muligheten til å ta denne utdannelsen. Videre vil jeg takke min veileder Inger-Marie Stigen som tålmodig har jobbet for få meg til å heve blikket og se de store linjene. Takk til informantene som stilte opp på intervju, og til Den norske jordmorforening for stipend. Sist, men ikke minst må jeg takke mamma som har stilt opp som barnevakt for mitt fjerde barn som jeg fødte midt oppi det hele!

Nøtterøy, april 2016.

Nina Herholdt Høyer

## **Sammendrag**

I 2014 publiserte Helsedirektoratet “Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje”. I retningslinjen anbefales det at barselkvinner skal tilbys tidlig hjemmebesøk av jordmor i kommunen. Å iverksette denne tjenesten kan i mange kommuner være utfordrende blant annet på grunn på av for lav jordmordekning og begrensede ressurser. Problemstillingen i oppgaven er:

**“I hvilken grad er den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen “Nytt liv og trygg barseltid for familien” iverksatt i kommuner i Vestfold og hva kan forklare om iverksettingen har lyktes eller ikke?”**

For å svare på problemstillingen benyttes det kvalitativ tilnærming i form av intervjuer og dokumentstudier. Det teoretiske rammeverket dreier seg om styringsforholdet mellom stat – kommune, Van Meter og Van Horns modell for iverksetting, og annen iverksettingsteori.

Resultatene i studien viser at anbefalte tiltak i retningslinjen er iverksatt i kommunene i varierende grad. I utgangspunktet ønsker kommunene å følge nasjonale faglige retningslinjer. Ulike faktorer utpeker seg som viktige i forhold til om de lykkes med iverksettingen eller ikke. Kommunene som lykkes med iverksetting av hjemmebesøk av jordmor har styrket jordmortjenestene, i motsetning til kommunene som ikke har lyktes med iverksettingen. Andre viktige faktorer for en vellykket iverksetting er godt samarbeid mellom ledende helsesøster og jordmor, at ledende helsesøster er engasjert og motivert i forhold til iverksettingen av nettopp dette tiltaket, samt at hun systematisk har argumentert oppover i kommunesystemet for en prioritering av jordmortjenestene. At epikrisen fra sykehuset med informasjon om barselkvinnen kommer kommunene sent i hende, utgjør en utfordring for kommunene i forhold til å rekke å komme på hjemmebesøk tidlig nok, slik retningslinjen anbefaler. I kombinasjon med små stillingsbrøker for kommunejordmødrene utgjør dette et hinder for iverksetting av tidlig hjemmebesøk.

**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag**

**Oslo 2016**

## **Abstract**

In 2014, the national guidelines for postnatal care “Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen” was published by the Norwegian Directorate of Health. The guideline recommends that women who leave hospital after giving birth, should be offered an early visit in their home by the midwife in the municipality healthcare services. An implementation of this service will pose a challenge in many of the municipalities, because of few midwives and limited resources. The focus of this study is two-fold, with the following research questions:

**To what extent is the national guidelines “Nytt liv og trygg barseltid for familien” implemented in municipalities in Vestfold County, and what can explain whether the implantation is successful or not?**

To answer these questions, I have used a qualitative approach with interviews and document studies. The theoretical framework includes the relationship between the state and the municipality, and Van Meter and Van Horn`s model for implementation and other implementation theory.

The results of the study show that recommendations in the guidelines are implemented to varying degrees. Basically, the municipalities want to follow a national guideline. Various factors stand out as important in terms of whether they succeed with implementation or not. The municipalities that succeed in implementing home visits by midwives have strengthened the midwifery services, as opposed to municipalities that have not succeeded with this implementation. Other important factors for a successful implementation are good cooperation between the leading nurse and the midwife. It is important that the leading nurse is engaged and motivated in the relation to the implementation and that she systematically has argued upward in the municipal system for prioritization of midwifery services. The municipality often receives the discharge summary from the hospital with information about post partum women too late in order to offer the woman early home visit as recommended in the guidelines. In combination with scarce number of municipal midwives, this constitutes an obstacle to the implementation of early home visit.

**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag**

**Oslo 2016**

## **Innhold**

Forord .....	I
Sammendrag .....	II
Abstract .....	III
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og motivasjon for oppgaven .....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Disposisjon .....	4
2 Bakgrunnen for den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen.....	5
2.1 Samhandlingsreformen .....	8
3 Teoretisk rammeverk.....	10
3.1 Flernivåstyring .....	10
3.2 Styringsvirkemidler stat-kommune .....	12
3.3 Faglige nasjonale retningslinjer .....	16
3.4 Implementering og iverksetting av offentlige tiltak .....	18
3.4.1 Målsettinger.....	20
3.4.2 Ressurser .....	21
3.4.3 Kommunikasjon mellom iverksettingsenhetene .....	22
3.4.4 Trekk ved iverksettingsenhetene .....	23
3.4.5 Iverksetternes handlingsvilje.....	24
4 Metode.....	26
4.1 Forskningsdesign .....	26
4.2 Undersøkellesobjekter og utvalgsstrategi .....	27
4.3 Datainnsamling .....	28
4.4 Troverdighet, overførbarhet og pålitelighet.....	29
5 Empiri.....	32
5.1 Gjennomførte tiltak.....	32

5.2	Kjennskap til retningslinjen.....	33
5.3	Målsettinger .....	34
5.4	Ressurser og prioriteringer .....	34
5.5	Kommunikasjon mellom iverksettingsenhetene.....	35
5.5.1	Forpliktet til å følge retningslinjen?.....	37
5.6	Trekk ved iverksettingsenhetene .....	37
5.7	Iverksetternes handlingsvilje .....	38
6	Analyse og drøfting.....	41
6.1	Grad av iverksetting.....	41
6.2	Hjemmebesøk prioriteres.....	42
6.3	Tilgang på midler og ressurser .....	42
6.4	Engasjement i forhold til iverksetting .....	44
6.5	Samhandling med sykehuset .....	45
7	Oppsummering .....	47
7.1	Implikasjoner for praksis .....	48
	Litteratur.....	49
	Vedlegg: .....	53
1.	Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	53
2.	Intervjuguide.....	55

## Figurliste

Figur 1 side: Van Meter og Van Horns modell av iverksettingsprosessen

## Tabelliste

Tabell 1 side : Oversikt jordmorårsverk og hjemmebesøk utført av jordmor i kommunene.

# **1 Innledning**

## **1.1 Bakgrunn og motivasjon for oppgaven**

Folkehelsearbeid er et satsningsområde og helsemyndighetene ønsker større oppmerksomhet rundt forebyggende helsearbeid. Det er et generelt mål for regjeringen å prioritere de gruppene av pasienter som trenger det mest i alle ledd i helsetjenestene. Tema i denne oppgaven er barselomsorgen og iverksetting av nasjonalt faglige retningslinjer for barselomsorgen, men fokus på jordmortjenestene i kommunen. Norge er et av de tryggeste landene i verden å føde barn i, og det er fokus på at gravide, fødende og familien skal oppleve en sammenhengende omsorg fra unnfangelse av barnet til tiden etter fødsel. Barselomsorgen er tjenestetilbud av forebyggende karakter, de fleste barselkvinner og deres nyfødte barn er friske og møter helsetjenesten med det som utgangspunkt.

Barselomsorgen er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunal helse- og omsorgstjenesten. Den omfatter sykehus, helsestasjonen, jordmortjeneste, allmennleger og andre helsefaglige tjenester. I 2014 ga Helsedirektoratet ut “Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen.” Med den følger en rekke anbefalinger om hva tjenesten bør inneholde og hvilke tiltak som bør etableres, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Målgruppen for nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid er helsepersonell i svangerskaps- fødsels og barselomsorgen, samt brukergrupper, politikere og beslutningstakere. En retningslinje er ikke rettslig bindende, men faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten (Helsedirektoratet 2012,45). Den bør påvirke organisering og tilrettelegging av tjenestetilbudet, slik at man for pasienten/barselkvinnen oppnår et barselforløp preget av helhet, kontinuitet og ensartet nasjonal praksis.

Det er de som er ansvarlige for tjenesten, det vil si de regionale helseforetakene og kommunene, som har ansvar for helheten. Det skal tilbys helsetjenester av høy faglig kvalitet, og gode samhandlingstiltak skal bidra til at organisering og helhetlig ansvar skal ivareta kvalitet, kapasitet, kontinuitet, trygghet og en samlet ressursutnyttelse. Samvirket mellom disse styres dels av lover, dels av avtaler mellom helseforetak og den enkelte kommune (Helsedirektoratet 2014, 86).

Blant jordmødre i Norge, kanskje spesielt blant kommunejordmødrene, var det stor begeistring og forventninger knyttet til utgivelsen av retningslinjen. Fra 1995 har jordmortjenesten i kommunene vært en lovpålagt tjeneste, dette er nedfelt i Lov av 19.nov 1982 nr. 66 (kommunehelsetjenesteloven). Det har i mange år vært stor faglig og politisk enighet om viktigheten av jordmortjenesten i kommunene, og det har samtidig vært stor enighet om at kapasiteten i jordmortjenesten må økes. Det er i Norge per i dag for lav jordmordekning i kommunene til at jordmortjenesten kan oppfylle de forventningene som ligger i de faglige retningslinjene for barselomsorgen. Det lå en forventning om at med denne retningslinjen ville jordmortjenesten i kommunene styrkes og utvides, noe som har vært en kampsak for jordmødre i lang tid. Jordmortjenesten utgjør kun en liten del av det kommunale helsetjenestetilbudet og kommunejordmorstillingene preges av å være små deltidsstillinger. Med retningslinjen fulgte det håp om mulighet for en bedre utnyttelse av jordmors kompetanse og høyere stillingsbrøker for kommunejordmødrene.

De siste årene er tilbudet til kvinner og deres nyfødte barn endret ved at det er blitt kortere oppholdstid på sykehuset i forbindelse med fødsel, noe som krever at også den kommunale helsetjenesten må endre og tilpasse sine tjenester denne utviklingen. Tilsyn gjennomført av Helsetilsynet påpeker at tjenestetilbudet ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til den korte liggetiden og at det oppstår en kritisk periode fra hun reiser hjem til helsestasjonen er involvert (Helsetilsynet 2011). Ulike rapporter fra Helsedirektoratet og Helsetilsynet viser at samarbeidet mellom foretak og kommuner er mangelfullt, de påpeker behovet for å normere og styrke jordmor- og helsestasjonstjenesten for å oppnå bedre tilgjengelighet og kvalitet på tilbudet. Retningslinjen for barselomsorgen (Helsedirektoratet 2014, 26) støtter at det legges til rette for en lokal barseloppfølging av mor og barn, hvor hjemmebesøk av jordmor er en sentral del. For kommunenes del er det anbefalingen om tidlig hjemmebesøk av jordmor til barselkvinnen innen første-andre døgn etter utskrivelse fra sykehuset som utgjør den største endringen.

## **1.2 Problemstilling**

I denne oppgaven er det kommunehelsetjenesten i Vestfold, ved helsestasjon/jordmortjenesten som er utgangspunktet for undersøkelsen som er gjennomført. Vestfold fylke består av 13 kommuner. I fire av kommunene er jordmortjenesten slått sammen to og to, så det er i alt 11 helsestasjoner som har jordmor/jordmødre ansatt. Jordmortjenesten er en del av helsestasjonsvirksomheten og ledes av ledende helsesøster. Det vil si at jordmor ikke leder



eget fag, i motsetning til helsesøstertjenesten hvor det stilles krav om at faglig leder for tjenesten skal være helsesøster (FOR-1983-11-23-1779, § 3). Ledere som har ansvar for å organisere barselomsorgen i kommunene har ansvar for at nasjonale krav og retningslinjer følges, og ledere for personale med pasientkontakt er viktige nøkkelpersoner for implementering og iverksetting av retningslinjene, både i kommunene og på sykehuset (Helsedirektoratet 2014).

Mitt utgangspunkt var for det første å finne ut hvor mange av kommunene i Vestfold som har begynt med tidlig hjemmebesøk til barselkvinner utskrevet fra Sykehuset i Vestfold. Videre var det et ønske å få kjennskap til hvordan ledere av jordmortjenesten, det vil si ledende helsesøster, jobber med å iverksette tiltakene som anbefales i retningslinjen. Dette innebærer blant annet å finne ut hvordan et statlig styringsdokument, som en nasjonal faglig retningslinje er, implementeres og iverksettes lokalt i kommunene. Hvor styrende er retningslinjen for praksisen de har, og hvilke faktorer som påvirker og kan forklare for hvorfor de eventuelt ikke følger retningslinjen? I de kommunene som har startet med hjemmebesøk av jordmor ønsket jeg å få kunnskap om hvordan leder av tjenesten hadde jobbet strategisk med selve iverksettingen, og i de kommunene som ikke har startet; hvorfor har de ikke fått det til? Hvilke faktorer har vært viktige for iverksettingen av retningslinjen?

Helsestasjonene, ledet av ledende helsesøster, består av tverrfaglige team og helsesøstrene utgjør den største faggruppen. Hvordan er prioriteringene internt på helsestasjonen når det gjelder for eksempel helsesøstertjenestene kontra jordmortjenestene? Er det en form for profesjonskamp når det gjelder hvilke grupper som skal utføre hvilke oppgaver og hvilken faggruppe som skal styrkes? Et av målene med denne oppgaven er å danne et bedre bilde av hvordan prioriteringene gjøres og hva som påvirker dette.

På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende spørsmål:

**“I hvilken grad er den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen “Nytt liv og trygg barseltid for familien” iverksatt i kommuner i Vestfold og hva kan forklare om iverksettingen har lyktes eller ikke?”**

Det er mange faktorer som vil påvirke hvordan iverksetting av et tiltak eller en ny tjeneste foregår, og for å belyse dette vil jeg bruke iverksettingsteori. Ved hjelp av en modell for

iverksetting, utarbeidet av Van Meter og Van Horn i 1975, vil jeg forsøke å illustrere hvordan ulike variabler kan påvirke utfallet eller resultatet. Jeg har valg ut de variablene i modellen som jeg mener belyser min problemstilling best. De dreier seg da om målsettinger ved tiltaket, ressurser, kommunikasjon mellom iverksettingsenhetene, trekk ved iverksettingsenhetene, iverksetternes handlingsvilje og til slutt utfallet av tiltaket. I tillegg vil jeg i datainnsamlingen benytte et måleinstrument/liste med forklaringsfaktorer utarbeidet av Fleuren mfl (2014), for å kartlegge viktige forklaringsfaktorer i forhold til iverksetting av retningslinjen.

Problemstillingen handler om hva som kan forklare om iverksettingen har vært lykkes eller ikke. Men hva vil det si at den har lykket? Betyr det at alle tiltakene er iverksatt slik retningslinjen beskriver og anbefaler? Eller kan man si at iverksettingen har lykket dersom en kommune har gjort tiltak tilpasset sine tjenester og sin kommune? Jeg har valgt å definere det på denne måten; om jordmor i kommunen har begynt å tilby tidlig hjemmebesøk til barselkvinner eller ikke.

Jeg har ikke funnet at det er gjort forskning som går på iverksetting av tiltak i kommunehelsetjenesten tilknyttet jordmortjenesten. Forskning på jordmorfaget handler ofte om utøvelsen av jordmorfaget som "håndverk", det vil si mer rettet mot den kliniske delen av faget. Denne undersøkelsen vil derfor bidra til å belyse et politikkområde og utfordringer som for mange er ukjent.

### **1.3 Disposisjon**

Kapittel 2 gir et innblikk i bakgrunnen for utgivelsen av den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen. I kapittel 3 presenteres det teoretiske rammeverket som er brukt i oppgaven. Dette omfatter en beskrivelse av styringsforholdet mellom stat og kommune og videre en redegjørelse av teori knyttet til iverksetting av offentlig politikk og en modell for iverksettingsprosessen. Kapittel 4 tar for seg metodevalg med begrunnelser og drøfting av denne. Empiriske funn fra intervjuer og relevante dokumenter presenteres i kapittel 5. I kapittel 6 analyseres og drøftes funnene i lys problemstilling, mine antakelser og teorien som er brukt. Avslutningsvis i kapittel 7 presenteres en kort oppsummering av oppgaven og noen tanker rundt resultatenes implikasjoner for praksis.

## **2 Bakgrunnen for den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen**

Hensikten med dette kapittelet er å gi en beskrivelse av utviklingen av barselomsorgen og de tilknyttede jordmortjenestene, som munner ut i utgivelsen av den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen “Nytt liv og trygg barseltid for familien” i 2014. Jeg finner det relevant for resten av oppgaven at jordmorfaget og barselomsorgen som politikkområdet presenteres, da dette er et lite fagområde og nødvendigvis ikke så godt kjent for utenforstående.

Både nasjonale og internasjonale føringer påvirker et tjenestetilbuds organisering og innhold. En rekke offentlige veiledninger, anbefalinger og rapporter har hatt betydning for utviklingen av barselomsorgen i Norge de seneste år. Jordmors arbeidsfelt er hovedsakelig innenfor svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorg. Fra 2005 har det vært fokus på at jordmortjenesten skal styrkes og utnyttes bedre. Som dokumentene presentert nedenfor viser har det over en lang periode vært signal fra helsemyndighetene å styrke jordmortjenesten i kommunene.

Dokumenter som har vært av betydning:

- St.prp.nr 1 (2007-2008). Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.melding.nr.12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet*. Om sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
- “Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen”. Helsedirektoratet. 2010.
- Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet. Helsedirektoratet. 2010.
- Rapport frå tilsyn i barselomsorga. Helsetilsynet. 2011.
- “Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen”. Helsedirektoratet. 2014.

I St.prp.nr 1 (2007-2008) (Helse- og omsorgsdepartementet) ble det gitt en omfattende redegjørelse for behovet for å styrke jordmortjenesten og for omstillingen innenfor fødselsomsorgen i Norge, og en omtale av utarbeidelse av en helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen med bred involvering av fagmiljøer, tillitsvalgte, brukere, Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for fødselsomsorgen.

I 2009 utga Helse- og Omsorgsdepartementet St.melding.nr.12 (2008-2009) “En gledelig begivenhet. Om sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg”. Målet er sammenhengende omsorg i alle ledd og det presiseres at de som er ansvarlige for tjenesten har ansvar for helheten, det vil si de regionale helseforetakene og kommunene.

Det skal tilbys helsetjenester av høy faglig kvalitet og gode samhandlingstiltak skal bidra til at organisering og helhetlig ansvar skal ivareta kvalitet, kapasitet, kontinuitet, trygghet og en samlet ressursutnyttelse. Et familievennlig barseltilbud var et av tiltakene regjeringen legger frem i meldingen som innsatsområde for å nå målene. Det må legges til rette for at lokal jordmortjeneste har en sentral rolle i oppfølgingen av mor og barn hjemme de første dagene etter fødselen i samarbeid med helsestasjon og fastlege (St.meld.nr.12, 9). Lokal jordmortjeneste er et kommunalt ansvar og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene skal forankres i avtaler som sikrer felles utnyttelse i barselomsorgen. Videre er det beskrevet i St.meld.nr.12 at ved tidlig hjemreise må det bygges opp nødvendig kompetanse ved helsestasjonene for å kunne utføre nødvendige medisinske undersøkelser av den nyfødte som hørselsscreening og nyfødtscreening i form av blodprøve fra alle nyfødte. I Vestfold i dag utføres disse undersøkelsene/prøvene på sykehuset. Pasienter som ønsker tidlig hjemreise etter fødsel kommer tilbake til barselpoliklinikken på sykehuset innen 5 dager for å få tatt de nødvendige undersøkelsene, samt de tilbys ammeveiledning, akupunktur, kontroll av sting/rifter og hørsels-/vektkontroll av det nyfødte barnet mm.

Veilederen "Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen" ble utgitt av Helsedirektoratet i 2010 og den følger intensjonene i St.meld.nr.12 (2008-2009) "En gledelig begivenhet". En utarbeidelse av retningslinjer for barselomsorgen ble avdekket som nødvendig for å nå målene om helhetlige tjenester innenfor svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorg (2010a, 17).

Liggetiden for kvinnene på sykehuset etter fødsel er blitt kortere og på landsbasis er det store variasjoner i barseltilbudet. De fleste fødeinstitusjoner har opprettet egne barselpoliklinikker, som på Sykehuset i Vestfold. Ifølge veilederen er planen at disse oppgavene skal overføres til kommunehelsetjenesten i forbindelse med gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Kommunehelsetjenestens tilbud må rustes opp parallelt eller aller helst i forkant av reduksjon i barseloppholdet på sykehuset (Helsedirektoratet 2010a, 18). Jordmortjenesten bør ha en sentral rolle i omsorgen for barselkvinnene, organisert i barselkvinnens eget nærmiljø.

I rapporten "Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet" (2010) fremmer Helsedirektoratet forslag om tiltak for å styrke jordmortjenesten med hensyn til kapasitet og kvalitet. Rapporten ble utarbeidet av Regjeringen etter anmodning fra Stortinget,

i forbindelse med Stortingets behandling av St.meld.nr.12 “En gledelig begivenhet”. Helsedirektoratet foreslår at barselomsorgen skal styrkes som et samarbeid mellom kommunene og helseforetakene og at befolkningen skal sikres rett til jordmortjenester gjennom tydeligere regulering i lov og forskrift. Det poengteres at det i dag er en uavklart situasjon for familier som reiser tidlig hjem etter fødsel. Oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er ikke godt nok avklart og kontakten med helsestasjon og sykehus ikke godt nok etablert. Det er et gap i oppfølgingen av fra utskrivelsen fra føde-barselavdelingen til helsestasjonen tar kontakt med familien.

Rapporten påpeker det som en utfordring at jordmortjenesten i kommunen er en knapp ressurs som skal fordeles mellom 60 000 gravide årlig og minst like mange nyfødte barn (2010, 31). Antall jordmorstillinger i kommunene var, da rapporten ble skrevet i 2010, under 295 årsverk som gir et gjennomsnitt på 0,6 årsverk per kommune. Også i denne rapporten anbefaler Helsedirektoratet en sterkere lovforankring av tjenesten. Jordmortjeneste i kommunene er en “skal tjeneste”, men jf. St.meld. nr.12 (2008-2009) “En gledelig begivenhet” er det behov for enda tydeligere lovkrav og krav til avtaleverk, organisering og samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, 52).

I 2014 publiserte Helsedirektoratet nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen “Nytt liv og trygg barseltid for familien”. Som i de andre rapportene som er presentert poengteres det også her at tjenestetilbudet ikke er tilstrekkelig og at det oppstår en kritisk periode fra pasienten reiser hjem fra sykehuset til det er opprette en reel kontakt med helsestasjonen. Det er ikke konkretisert tydelig nok fra helsemyndighetene hvem som har ansvar for hva og kommunene må i høyere grad sørge for systematisk overvåking, internkontroll og styring av virksomheten (Helsedirektoratet 2014, 6).

Denne retningslinjen omfatter barselomsorg både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. I retningslinjen påpekes det at ledere som har ansvar for å organisere barselomsorgen bør sette seg inn i hva som er faglig forsvarlig tjeneste. I retningslinjen anbefales det tiltak for friske barselkvinner og det beskrives effekten av disse tiltakene. Ledere for personale med pasientkontakt listes opp som viktig arena/kanal for implementering og iverksetting av retningslinjene, både i kommunene og på sykehuset. Det påpekes at det mangler nasjonale kvalitetsindikatorer for barselomsorgen og at en innføring av slike vil bidra til mer effektiv iverksetting og oppfølging av retningslinjene. Avklaring av ansvaret og

rollene i forbindelse utarbeidelse av samarbeidsavtalene mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er beskrevet som det viktigste tiltaket for iverksetting av retningslinjen (Helsedirektoratet 2014, 10).

I retningslinjene for barselomsorgen støttes det at det legges til rette for en lokal oppfølging av mor og barn, hvorav hjemmebesøk av jordmor er en sentral del av tilbudet (Helsedirektoratet 2014, 26). Anbefalingene er at for kvinner og nyfødte som det vurderes like trygt med oppfølging i hjemmet som på en føde-barselavdeling, skal det tilbys hjemmebesøk av jordmor innen første-andre døgn etter hjemreise fra sykehuset. Ved besøk av jordmor skal familien få tilpasset veiledning på konkrete problemer de eventuelt har, og jordmor kan danne seg en mer helhetlig forståelse av familiens behov og utfordringer. I retningslinjene for barselomsorgen anbefales det at det første besøket hos familien i hjemmet foretas av jordmor, deretter overtar helsesøster den videre oppfølgingen av barnet. Individuelt tilpasset oppfølging i barseltiden utover de generelle anbefalingene i retningslinjen skal tilbys familier som har behov for det. Et målrettet hjemmebesøk av helsepersonell med tilstrekkelig fagkompetanse kan for mange kvinner og nyfødte erstatte en poliklinisk konsultasjon i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2014, 34).

For utsatte grupper, som familier som er i en sårbar situasjon eller det er snakk om omsorgssvikt, er det viktig at helsepersonell har tilstrekkelig fagkompetanse og det poengteres i retningslinjen at for disse pasientene forutsettes det ett tverrfaglig samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2014, 37).

## **2.1 Samhandlingsreformen**

Et viktig element i samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er Samhandlingsreformen som ble presentert gjennom St.meld.nr.47 (2008-2009) "Rett behandling – på rett sted – til rett tid" (Helse- og omsorgsdepartementet) som trådte i kraft 1. januar 2012. Målet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud. Intensjonen er blant annet å få ulike tjenestenivåene i helsetjenesten (stat-kommune) til å jobbe bedre sammen, flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre dem, og sterkere brukermedvirkning. Samhandlingsreformen la til grunn en oppgavefordeling der en større del av pasientbehandlingen skal foregå lokalt. Kort liggetid på barselavdeling ved et sykehus, uten planlagt og faglig god oppfølging første tiden hjemme, kan være en fare for pasientsikkerheten.

Å sikre at pasienter mottar et helhetlig pasientforløp i svangerskap-, fødsel og barselomsorgen kreves at det legges til rette for et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten/helsestasjonene, inkludert jordmortjenesten. Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak skal bidra til at pasienter og brukere mottar en slik tjeneste, dette er nedfelt i Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 6 (Helsedirektoratet). En avtale vedrørende samarbeid om jordmortjenester er av delavtalene som skal inngås. Ved at de utarbeides lokalt sikres det at avtalene tilpasses regionale hensyn som geografi, kommunestørrelse og tilgang på personell. De regionale helseforetakene har ansvar for utarbeidelsen av samarbeidsavtalene og avtalene skal publiseres på internett og sendes til Helsedirektoratet.

I Vestfold er samarbeidsavtalen som foreligger om jordmortjenesten datert 1. juli 2012. Det er planlagt en revidering av denne avtalen for å tilpasse den retningslinjen som kom i 2014. I Østfold har sykehuset og kommunene revidert samarbeidsavtalen for jordmortjenesten (gjort i 2015), og retningslinjen for barselomsorgen er ett av dokumentene som er lagt til grunn for nye avtalen. Avtalen spesifiserer sykehusets og kommunenes samarbeidsforhold og ansvar. I denne avtalen er ikke hjemmebesøk av jordmor til barselkvinner tatt med, men kun at kommunen skal tilby barselomsorgstjenester til mor og barn med hjemmebesøk av helsesøster 7-10 dager etter fødselen (Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold, 2015a). Bakgrunnen for dette er at utvalget som har utarbeidet avtalen har konkludert med at dersom ikke jordmortjenesten endres og det tilføres mer ressurser vil det være stor sannsynlighet for at kommunene ikke kan tilby tidlig hjemmebesøk (Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold, 2015b). Om situasjonen i Vestfold er tilsvarende vil resultatene fra undersøkelsen jeg har gjort i denne oppgaven kunne gi noen svar på.

### **3 Teoretisk rammeverk**

Innledningskapitlet har forklart hva som er tema og problemstilling i denne studien. Denne delen av oppgaven skal presentere hovedteorier som skal gi et teoretisk rammeverk for studien. Teoridelen i oppgaven er todelt ved at den først utdyper den politiske/samfunnsvitenskapelige bakgrunnen for en faglig retningslinje. Det gis en beskrivelse av begrepet flernivåstyring, og forholdet mellom stat og kommune belyses. Sentrale poeng er hvilke styringsvirkemidler staten bruker i forhold til kommunene og kommunenes handlingsrom i forhold til denne styringen. Videre vil faglig retningslinje plasseres i styringsvirkemiddelbildet.

Iverksetting av offentlig politikk er en prosess som påvirkes av en rekke ulike faktorer. Det vil i den siste delen av teorikapitlet presenteres en teoretisk ramme i forhold utfordringer knyttet til selve iverksettingen av retningslinjen der blant annet en modell for iverksettingsprosessen utviklet av Van Meter og van Horn i 1975 er sentral, samt teori om forklaringsfaktorer utviklet av Fleuren mfl (2014). Hvordan iverksettingen av tiltak skjer lokalt i kommunene avhenger blant annet av styringsforholdet mellom stat og kommune, av trekk ved de enkelte lokale iverksettingsenhetene, av tilgjengelige økonomiske og personalmessige ressurser og handlingsvilje hos de ulike aktørene. Engelsk litteratur bruker begrepet “implementation”, men jeg har valgt å bruke begrepet iverksetting, som Kjellberg og Reitan (1995), da disse to begrepene er synonymer og brukes om hverandre.

#### **3.1 Flernivåstyring**

Begrepet styring handler om hvordan overordnede instanser forsøker å få underliggende enheter til å opptre i tråd med bestemte mål og regler. Flernivåstyring (multi-level governance) betyr at styringsansvaret er fordelt både vertikalt og horisontalt, det vil si på flere myndighetsnivå oppover og nedover, og samtidig mellom ulike organer innenfor ett nivå og mellom offentlig og privat sektor (Hellebø Rykkja 2008, 11). Det dreier seg om offentlig politikkutforming og kan defineres som et system av kontinuerlig forhandling mellom beslutningstakere på ulike nivåer; overnasjonalt, nasjonalt, regionalt og lokalt. I et flernivåperspektiv er oppmerksomheten rettet mot konteksten, prosesser, relasjoner og strategier.



Baldersheim og Ståhlberg (2002 , sitert fra Helgøy og Aars 2008, 15) påpeker at flernivåperspektivet impliserer koordinering mellom aktører og institusjoner med ulike nedslagsfelt for sine beslutninger. Der interessene og målene er overlappende vil dette ikke være et problem, men er derimot mål og interesser motstridende vil det være behov for gjensidig tilpasning og koordinering. Avhengigheten mellom nivåene er et premiss for både forvaltningspolitikken og demokratipolitikken, da mange politiske beslutninger er resultat av overlappende jurisdiksjoner og basert på samordning mellom beslutninger og beslutningsaktører på ulike nivåer.

Det eksisterer flere autonome styringssystem innenfor flernivåstyring, det vil si at de hver for seg er omfattet av et regelverk og er utstyrt med ett sett kompetanse over ett sett oppgaver. Samtidig er de enkelte nivåene ikke suverene fordi beslutningsutfallet på ett nivå er avhengig av beslutningsutfallet på ett annet nivå. Styringskapasitet og representativitet blir påvirket av flernivåstyring på flere måter. Det medfører økt integrasjon mellom forvaltningsnivåene som blant annet vil ha betydning for de enkelte politiske enhetenes styringskapasitet, som for eksempel en kommunes styringskapasitet. Isolert sett blir styringskapasiteten til det enkelte nivået redusert, men den totale styringskapasiteten kan øke ved samordnet beslutningsatferd (Helgøy og Aars 2008).

Kommunene er viktige for staten, da mange av de statlige vedtatte ordningene blir iverksatt av kommunene. Tett kobling mellom stat og kommune forutsetter partnerskap der kommunene bevarer et lokalt handlingsrom og staten bevarer en overordnet styring (NOU 2005:6).

Kommunene er et av velferdsstatens viktigste instrumenter for velferdsproduksjon og en leverandør av offentlige tjenester. Staten setter mange av de overordnede målene og kommunene iverksetter politikken.

Flernivåperspektivet på styring dreier seg om hvem som skal bestemme hva, og på hvilken måte. Beslutninger skal tas så nærme dem de gjelder som mulig, men likevel på et så høyt nivå som er nødvendig for å kunne gjennomføre sentrale mål, det vil si det følges et nærhetsprinsipp (Hellebø Rykkja 2008). Dette forutsetter at de nasjonale målene ikke er så generelle eller lite konkrete at myndighetene på de lave nivåene har vanskeligheter med å gjennomføre dem.

Lokalnivåene er premissleverandører for statlig politikk og styring, der staten må ta hensyn til kommunesektorens meninger, altså en gjensidig avhengighet og toveiskommunikasjon mellom stat og kommune. Politisk fattede vedtak danner grunnlaget for offentlig styring. Stortinget legger de overordnede premissene og rammene for kommunene, mens kommunestyrene/fylkekesting legger premissene for styring av lokalsamfunnet. Mange av de vedtak som fattes i kommunestyret er basert på sterke føringer lagt av Stortinget, regjeringen og statlig forvaltning (NOU 2005:6).

Styringsforholdet mellom stat og kommune ligger nært opp til et hierarkisk styringssystem, men staten står ikke i direkte kommandoforhold til kommunene. Det er kun gjennom lov eller hjemmel i lov at statlige myndigheter kan pålegge kommunene oppgaver og løsninger (NOU 2005:6). Det lokalpolitiske handlingsrommet er viktig fordi det åpner for en mer effektiv ressursbruk ved at kommunene kan tilpasse tjenestetilbudet til lokale forutsetninger og behov, og handlingsrommet vil øke kommunenes vilje til å overholde forpliktelser og budsjettammer (Indseth mfl. 2012, 179).

Kommunene har valgfrihet i hvordan de organiserer sin virksomhet for å nå målene. Staten har behov for kontroll og styring og man kan si at styringen ikke er blitt mindre fra statens side, men at staten styrer med andre midler enn tidligere. Eksempler på dette er utvikling av nye rapporterings- og informasjonssystemer og utstrakt bruk av handlingsplaner og program for enkelte sektorer. Det vil si at det utøves en mer indirekte form for styring, mer enn tidligere da staten styrte mer direkte.

### **3.2 Styringsvirkemidler stat-kommune**

Flernivåstyring innebærer at kommunene som tjenesteytere ikke er løsrevet fra nasjonale føringer og statlige reguleringer i lov, selv om kommunene har en viss frihet. Det er forventet av innbyggerne at velferdstjenestene er av høy kvalitet, vi ønsker de beste tjenestene, over hele landet. I tråd med dette har staten interesse av å påvirke den kommunale virksomheten. Dette kan for eksempel gjøres gjennom nasjonale retningslinjer om pasientbehandling eller tjenestetilbud. Slike retningslinjer skal være bygget på evidensbasert kunnskap som er systematisert og kommunene må forholde seg til de nasjonale retningslinjene som foreligger. Likeverdige tjenestetilbud forutsetter både nasjonale rammer og føringer og et lokalpolitisk handlingsrom. Hensynet til likhet i tjenestetilbudet i hele landet er en av grunnene til at staten

bør styre kommunenes aktivitet, andre grunner er hensynet til rettssikkerhet, til effektivitet, kvalitet og økonomistyring (Vabo 2014, i Vabø og Vabo, 162).

Ved bruk av ulike styringsvirkemidler sikrer staten nødvendig styring over kommunene. Med styringsvirkemidler gis et uttrykk for hvordan politikken operasjonaliseres på nasjonalt nivå (Vabo, i Reitan, Saglie og Smith 2012, 100). Johnsen (i Ladegård og Vabo 2010, 176) definerer styringsverktøy som teknikker det offentlige bruker for å utøve makt i forsøk på å støtte, påvirke eller forbygge endringer i samfunnet. Det vil si redskap og prosedyrer for planlegging, overvåking og evaluering av ressursbruk ved iverksettingen av en politikk.

De ulike styringsvirkemidlene deles gjerne inn i tre former for styring: juridiske virkemidler eller rettslige påbud, økonomiske virkemidler eller finansielle ordninger og pedagogiske virkemidler (St. Meld.nr 12 (2011-2012)). I tillegg til disse har man også organisatoriske virkemidler.

Juridiske virkemidler forstås som lover og forskrifter, men også som materielle og prosessuelle rettigheter for innbyggerne, som rett til nødvendig helsehjelp og individuelle planer. Lov er et hierarkisk virkemiddel mellom stat og kommune. Eksempler på juridiske virkemidler som regulerer den kommunale omsorgssektoren er Helse- og omsorgsloven (LOV-2011-06-24-30). En annen relevant lov for denne sektoren er Pasient – og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63). I disse to lovene blir både kommunens plikt og pasientenes rett beskrevet. Til Helse- og omsorgsloven finnes det en rekke tilhørende forskrifter, rundskriv og forarbeider til lov. Veiledere kan knyttes til juridiske virkemidler fordi de veileder hvordan en lov skal fortolkes (Hanssen og Helgesen 2012,17). Veiledere kan også grupperes innenfor de pedagogiske virkemidlene fordi de ikke har status som juridisk bindende.

Av økonomiske styringsvirkemiddel staten benytter seg av i forhold til kommunene så kan de deles inn i to hovedkategorier; rammetilskudd og øremerkede tilskudd. Rammetilskudd tildeles kommunesektoren uten andre vilkår enn det som følger av krav til oppgaveløsning i lov og forskrift. Dette innebærer at kommunene gjør sine egne prioriteringer for bruken av rammetilskuddet. Rammetilskuddet utgjør frie inntekter for kommunesektoren, slik som skatteinntektene. Med øremerkede tilskudd er det knyttet vilkår om at midlene skal brukes til bestemte formål. Øremerkede tilskudd blir gitt over budsjettet til de ulike fagdepartementene,

avhengig av hvilket saksområde tilskuddet gjelder, mens rammetilskudd gis over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett (St. Meld.nr 12 (2011-2012)). Om tilskuddordningen fra staten til kommunene har hatt betydning for grad av iverksetting av retningslinjen for barselomsorgen er et interessant spørsmål i forbindelse med denne oppgaven. Med knappe ressurser og en stadig økning i oppgaver som skal utføres i helsesektoren i kommunene vil man kunne tenke at det kan være avgjørende for iverksetting om midlene er øremerket eller ikke, og hvordan den interne prioriteringen av oppgaver innad i virksomheten er. Hvis man ser på vekst i antall jordmorstillinger i kommunene i Norge de siste årene, som har vært liten, tyder dette på at jordmortjenesten ikke har vært prioritert frem til nå. Spørsmålet er da om utgivelsen av retningslinjen for barselomsorgen vil styrke den kommunale jordmortjenesten.

Pedagogiske styringsvirkemidler er fellesbetegnelsen for ulike tiltak som staten kan ta i bruk som ikke er av formell karakter (Kommunal- og regionaldepartementet 2012, pkt 5.1). Disse virkemidlene favner bredt og har som mål å øke kompetansen i kommunene, bidra til utvikling og gi bedre kvalitet i kommunal tjenesteproduksjon. Pedagogiske virkemidler omfatter utdyping av lover og forskrifter, som rundskriv og informasjonsbrev, samt handlingsplaner, brosjyrer og veiledere. Skriftlige veiledere fra staten er mest brukt av disse. Faglige retningslinjer benyttes som begrep innen helse- og omsorgssektoren og begrepene faglige retningslinjer og veiledere benyttes om hverandre. Overgangen mellom disse kan være flytende. I utgangspunktet er ikke kommuner underlagt andre nasjonale organer enn Stortinget, derfor må plikter som pålegges kommunene ha hjemmel i lov. Pedagogiske styringsvirkemidler er altså en type dokument og tiltak som kjennetegnes ved at de ikke er rettslig bindende eller økonomisk imperative, men som likevel kan benyttes av de statlige organer for å styre kommunene. De pedagogiske virkemidlene omtales også som “myk lovgivning” (Holm, Helgesen og Risan 2013, 27, 36).

Velges det løsninger som avviker fra gitte anbefalinger i vesentlig grad, skal dette dokumenteres og begrunnes. Det er helsetjenestenes eiere og ledelse som har ansvar for å legge forholdne til rette på en slik måte at anbefalingene i de nasjonale retningslinjene kan følges. Ved at det legges føringer på at andre løsninger enn de anbefalte bør begrunnes og dokumenteres, gjør at det ikke uten videre er lett å fravike anbefalingene. Det er nærmest et krav at de skal følges, og på den måten vil retningslinjer, hvis de brukes som forventet, forme kommunale prioriteringer (Holm, Helgesen og Risan 2013, 64). Retningslinjer er utarbeidet av ekspertpanel med Helsedirektoratet i ryggen, så autoriteten til retningslinjen er massiv. Det

er sjelden enkeltkommuner eller enkeltpersoner i administrasjonen eller helsetjenesten klarer å begrunne og dokumentere et annet alternativ enn den anbefalte.

Forskning viser at kommunene fanger opp statlige styringssignaler, men at kommunene ikke opplever at juridiske og pedagogiske virkemidler er spesielt styrende for egen virksomhet i helse- og omsorgssektoren (Hanssen og Helgesen 2012, 110). Kommunene forholder seg til økonomiske incentiver. Hanssen og Helgesen beskriver at både de juridiske og de pedagogiske styringsvirkemidlene lett blir underordnet de økonomiske styringsvirkemidlene i en situasjon med presset kommuneøkonomi og at de målsetningene som kommer til syne gjennom styringsvirkemidlene kan virke uoppnåelige, og dermed problematiske. Med dette som bakgrunn vil det være interessant å finne ut hvor styrende retningslinjen for barselomsorgen synes å være i kommunene som er inkludert i undersøkelsen som gjøres i denne oppgaven, eller om iverksetting av tiltak uteblir på grunn av for eksempel mangel på ressurser.

Innenfor helse- og omsorgssektoren i kommunene er det gitt rom for lokale variasjoner i organiseringen av helsetjenestetilbudet på et overordnet nivå. Kommunene står fritt når det gjelder hvordan de organiserer og følger opp samarbeid på tvers av tjenester. Gjennom kommunehelsetjenesteloven gis kommunene stor frihet når det gjelder å organisere, prioritere og tilrettelegge tjenestene overfor ulike grupper av pasienter og tjenestemottakere. Det legges vekt på at kommunene skal ha et helhetlig ansvar og at prinsippet for rammefinansiering skulle gis fremfor øremerkede tilskudd. Denne typen tilskudd har vært svært viktig virkemiddel for å påvirke kommunene til å nå nasjonale mål (Nebben mfl 2010, 45)

Helsepolitiske føringer skal bidra til kvalitets- og effektivitetsforbedring av tjenestene og fra 2000-tallet der det kommet en rekke stortingsmeldinger og helse- og omsorgsplaner som argumenterer at koordinert pasientflyt og behandlingslinjer er sentrale virkemidler for å øke kvalitet og samordning av tjenestene (Fineide og Ramsdal 2014 i Vabø og Vabo, 110). Det har vært en økning i antall veiledere de senere årene og denne utviklingen tyder på at det fra sentrale myndigheter legges større vekt på faglig bistand og styring ovenfor kommunene (Nebben mfl 2010, 51).

### 3.3 Faglige nasjonale retningslinjer

Helse- og omsorgsdepartementet foretar egne valg når det gjelder hvilke virkemidler som skal brukes ovenfor kommunesektoren, men det er Helsedirektoratet som får i oppdrag i utvikle dem. Valg av virkemidler som Departementet velger er ofte politisk styrt, spesielt når det gjelder bruk av økonomiske og juridiske virkemidler. Men direktoratet, som fagorgan, påvirker også slike valg gjennom sine råd (Vemundvik mfl 2013). Helsedirektoratets styringsrolle ovenfor kommunene er stort sett veiledende., men det forventes at kommunene jobber kunnskapsbasert og ut fra beste praksis. Direktoratet skal hjelpe kommunene å få til dette innenfor rammene av gjeldende lovverk. Som en del av dette sendes det hvert år rundskriv om nasjonale mål og forventninger fra Helsedirektoratet til kommunene, i tillegg til veiledere og brosjyrer. Direktoratet har en viktig oppgave i å iverksette nasjonal politikk og dette kan skape en spenning mellom klare anbefalinger og hensynet til kommunalt selvstyre. Helsedirektoratet er pålagt å utarbeide nasjonalt normerende faglige retningslinjer, som regel på oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet. Men Helsedirektoratet kan selv ta direkte initiativ til å lage nasjonale faglige retningslinjer som ledd i sin faglige normerende rolle.

“En nasjonal faglig retningslinje inneholder systematisk utviklede anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper og diagnosegrupper “ (Helsedirektoratet).

Direktoratet har et større rom for å ta egne initiativ når det gjelder pedagogiske virkemidler, som en faglig retningslinje er. Forespørselen om en nasjonal faglig retningslinje kan også ha bakgrunn i en forespørsel fra et eksternt fagmiljø eller fylkesmannen. Sentrale tjenestemottakere og fagmiljøer er aktivt involvert i utviklingen av retningslinjene. Gjennom de faglige retningslinjene skal det sikres at helse- og omsorgstjenestene har god kvalitet, at det ikke er uønsket variasjon i tjenestetilbudet, at samhandlingsutfordringer løses, at det tilbys helhetlig pasientforløp og at riktige prioriteringer gjøres.

“Retningslinjer er ment som et hjelpemiddel ved avveininger tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i tjenesten. De er ikke rettslig bindende, men faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet” (Helsedirektoratet 2012,45).

I Nasjonal helseplan (2007-2010) (Helse- og omsorgsdepartementet) ble det gitt en nærmere omtale av oppgaven med å utarbeide nasjonale retningslinjer;

“Retningslinjer må være kunnskapsbaserte, og de må ivareta de etablerte prioriteringskriteriene og andre etiske og samfunnsmessige hensyn. Kostnads- og effektvurderinger må inngå i alle retningslinjer/veiledere, likeledes en vurdering av total kostnadene ved innføring av anbefalingene”.

Videre ble det presisert i denne nasjonale helseplanen at de prioriteringsmessige vurderingene, og også implementering og oppfølging, må skje i dialog med ansvarlige aktører (St.prp.nr.1(2006-2007) Helse- og omsorgsdepartementet, 283).

Retningslinjer oppfattes som mer bindende for kommunene enn veiledere. De faglige retningslinjene er skrevet mye mindre åpnet enn veiledere, samtidig som de henter sin legitimitet fra vitenskap og evidensbasert eller kunnskapsbasert forskning (Holm, Helgesen og Risan 2013, 137). Det er imidlertid ikke gitt bestemmelser i loven som gir slike dokumenter instruksvirkninger overfor kommunene. Anbefalingene Helsedirektoratet gir i sine retningslinjer er normerende og retningsgivende ved at de peker på ønskelige og anbefalingsverdige handlingsvalg, de er ikke rettslig bindende for kommunene. Men Departementet mener at kommunene bør la retningslinjene være styrende for valg av praktiske løsninger i sin tjenesteyting, selv om de ikke er juridisk bindende (Vemundvik mfl 2013). I lovens forarbeider er retningslinjene omtalt som et hjelpemiddel til å sikre forsvarlig og god kvalitet på tjenestene og dersom anbefalingene ikke følges bør det foreligge en dokumentert, faglig begrunnelse. Helse- og Omsorgsdepartementet påpeker i rapporten fra Difi (Vemundvik mfl 2013, 44) at det kommunale handlingsrommet vil ligge i spennet mellom det som i retningslinjene er beskrevet som god praksis og det som indikeres som den nedre grensen for forsvarlighet.

Mange av utfordringene i forholdet mellom direktoratet og kommunene bunner i at kommunene er pålagt å gjennomføre nasjonal politikk på fagområder hvor det både legges stor vekt på at kommunen skal beholde et stort rom for skjønn, samtidig som alle innbyggerne skal sikres tilgang til den samme typen tjenester. Balansegangen her kan være krevende.

### 3.4 Implementering og iverksetting av offentlige tiltak

Med forventninger og styringssignaler fra staten om gjennomføring av nasjonale mål og forventninger, skal kommunene iverksette og implementere politikken. Implementering av tiltak kan beskrives som de handlinger som utføres av det offentlige eller det private som er direkte knyttet til å oppnå prioriterte mål og politiske føringer (Van Meter og Van Horn 1975, 447). Fokus er flyttet fra kun å se på resultater til også å se på de variablene som innvirker i prosessen mellom beslutning og resultat.

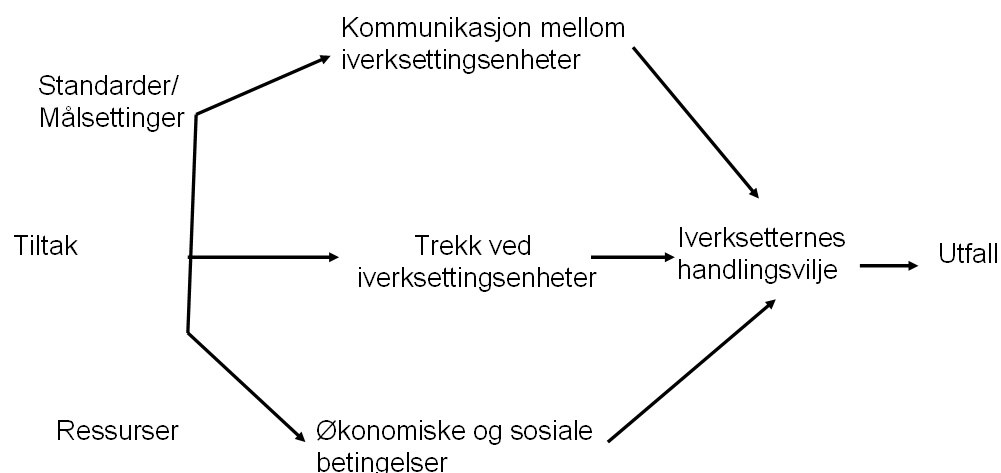
Van Meter og van Horn utviklet et rammeverk/en modell hvis formål er å utforske iverksettingsprosessen (se figur 1 side 19). Utgangspunktet er at det eksisterer en policy/et tiltak som skal iverksettes. Med dette kan vi forstå en ønsket og planlagt politikk, som for eksempel en nasjonal faglig retningslinje slik det dreier seg om i denne oppgaven. I modellen har de identifisert seks grupper variabler som påvirker forholdet mellom ønsket/planlagt politikk og det som blir utfallet etter implementering, altså den tjenesten som tilbys etter iverksetting. Variablene er med andre ord faktorer som påvirker om iverksettingen lykkes eller feiler. Van Meter og Van Horn mener at man på grunnlag av analyser basert på deres rammeverk kan forklare observerte resultater etter iverksetting av en policy/et tiltak. På bakgrunn av dette mener jeg har dette rammeverket er godt egnet til å bruke i forbindelse med denne oppgaven. Utgangspunktet er utgivelsen av den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen som Helsedirektoratet publiserte i 2014. Med retningslinjen følger det en rekke anbefalinger om tiltak, som per i dag er iverksatt i ulik grad. Jeg ønsker å se på aspekter ved iverksettingen av retningslinjene for barselomsorgen i lys av modellen til Van Meter og Van Horn.

Jeg har også valgt å bruke deler av teorien til Fleuren mfl (2014) med utgangspunkt i artikkelen «Measuring Instrument for Determinants of Innovations (MIDI)». Fleuren mfl har gjort studier på faktorer som er vesentlige for suksessfull innovasjon i *helsevesenet*. Fleuren mfl bruker begrepet innovasjon og de beskriver denne som en ide, praksis eller en ny funksjon som skal introduseres. I vårt tilfelle blir innovasjonen den faglige retningslinjen og de anbefalte tiltakene som følger med denne. Jeg har ikke funnet en direkte oversettelse av ordet «determinants», men jeg velger å oversette det med forklaringsfaktor. Fleuren mfl utarbeidet et måleinstrument med determinanter/forklaringsfaktorer som skal forbedre forståelsen av kritiske faktorer som kan ha innvirkning på suksessfaktoren ved implementeringen av innovasjonen. Måleinstrumentet MIDI danner grunnlaget for en grundig analyse for å belyse



faktorer som er viktige for en vellykket iverksetting. MIDI utgjør en liste med 29 forklaringsfaktorer delt inn i 3 grupper; 1) *forklaringsfaktorer assosiert med innovasjonen* 2) *forklaringsfaktorer tilknyttet brukeren av innovasjonen* og 3) *forklaringsfaktorer tilknyttet organisasjonen*. Fleuren mfl (2014) beskriver at MIDI er utviklet blant annet for bruk i forskning der man ser på hvordan profesjonelle bruker og forholder seg til en innovasjon. De 29 forklaringsfaktorene i MIDI kan fungere som en sjekkliste for innovasjonsprosesser eller brukt i vårt tilfelle; iverksettingsprosesser. I denne oppgaven brukt en tilpasset utgave av forklaringsfaktorene i MIDI som utgangspunkt for intervjuguiden og datainnsamlingen. Funnene i undersøkelsen vil bli analysert i lys av Van Meter og Van Horns iverksettingsmodell, så MIDI er i denne oppgaven brukt som et verktøy for innsamling av relevant data. På denne måten kan Fleurens liste over faktorer bidra til å belyse sider ved de ulike delene av iverksettingsprosessen, og satt sammen med/sortert inn i variablene i modellen til Van Meter og Van Horn danner man et godt grunnlag for en analyse av prosessen.

Slik jeg ser det sier ikke måleinstrumentet (MIDI) til Fleuren mfl noe om hvordan de ulike forklaringsfaktorene påvirker hverandre og står i forhold til hverandre, slik iverksettingsmodellen til Van Meter og van Horn gjør. De sistnevntes modell ser iverksettingsprosessen i et videre perspektiv, de trekker inn flere faktorer som belyser prosessen helt fra beslutning om tiltak til resultat av iverksatte tiltak. MIDI er mer direkte fokusert på å belyse hva den enkelte iverksetteren (lederen) gjør eller bør gjøre. Allikevel representerer MIDI en sjekkliste som kan brukes som et verktøy i det daglige arbeidet med iverksetting og implementering, og punktene i MIDI er også gjenkjennelige i flere av variablene i modellen til van Meter og van Horn.



Figur 1: Meter og Van Horns modell av iverksettingsprosessen (Kjellberg og Reitan 1995, 143).

Utgangspunktet, som iverksettingsmodellen viser, er at man har et tiltak eller en politikk som skal gjennomføres og de første to variablene til Van Meter og Van Horn er målsettinger og ressurser (se figur).

### *3.4.1 Målsettinger*

Innenfor denne variabelen i modellen til Van Meter og Van Horn skal det klargjøres hva som er målet og hvordan dette skal oppnås. Hva er bakgrunnen for den nye politikken og hvem er målgruppen? Som beskrevet tidligere i oppgaven er faglige retningslinjer kunnskapsbaserte og skrevet mindre åpent enn for eksempel veiledere. Målsettingene og tiltakene er detaljert beskrevet i en faglig nasjonal retningslinje og gradert hvor sterke de ulike anbefalingene er. Det er av betydning hvor klart målet er definert og variasjoner av dette er avgjørende for hvordan målene fortolkes og kommuniseres i iverksettingsfasen (Kjellberg og Reitan 1995, 144). Van Meter og Van Horn spesifiserer to dimensjoner ved tiltaket som vesentlige; grad av endring i forhold til eksisterende praksis og om det er konsensus omkring målene i organisasjonen (Van Meter og Van Horn 1975, 458). Jo klarere et mål er, jo mindre rom er det for misforståelser og fordreininger. I MIDI (Fleuren) er det formulert forholdsvis detaljerte spørsmål som brukes for å kartlegge forståelsen av innholdet i den nye politikken (retningslinjen): hvor godt lederen kjenner innholdet, om lederen mener den er basert på korrekt kunnskap og om den innehar nok informasjon til å kunne settes ut i praksis.

Innenfor barselomsorgen mangler det nasjonale kvalitetsindikatorer, men dette trenger nødvendigvis ikke til hinder for at mange av anbefalingene kan måles internt og bidra til utviklende kvalitetsarbeid. Kvalitetsarbeid og internkontroll er et lederansvar, sammen med ansvar for iverksetting av nødvendige tiltak (Helsedirektoratet 2014, 10). For helsesøstertjenesten har Helsedirektoratet utarbeidet et normtall for antall helsesøstre i kommunenes helsetjenester som bidrar til å regulere tjenesten og gjør det lettere å kontrollere etterlevelsen av myndighetskravene (Helsedirektoratet 2010c, 67). For jordmortjenesten finnes det ikke tilsvarende normtall, det er ikke definert hvor mange jordmødre det bør være i forhold til innbyggertall i kommunen, eller i forhold til antall gravide og fødende.

På bakgrunn av dette, og det som ble presentert i kapittel 3.2 og 3.3 om styringssignaler og hvordan er faglig retningslinje er formulert, vil mine antakelser i forhold til målsettinger være at målene i den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen vil oppfattes som klare og enkle å forstå, både når det gjelder bakgrunnen for den og hvordan tiltakene skal utføres.

### 3.4.2 Ressurser

Her er spørsmålet er om det følger med tilstrekkelige ressurser til at tiltaket lar seg gjennomføre. Dette kan dreie seg om ulike former for ressurser; det kan være finansielle ressurser til å dekke økte utgifter i forbindelse med iverksettingen. Skal dette dekkes av de enkelte enhetene eller følger det penger med tiltaket? Det kan også være spørsmål om en enhet har tilstrekkelig personalmessige ressurser, eller om det behov for opplæring av ansatte for å kunne gjennomføre iverksettingen (Van Meter og Van Horn 1975). Vi finner også spørsmålet om det finnes tilstrekkelig med ressurser i forklaringsfaktorene til Fleuren mfl (2014), plassert sammen med faktorer tilknyttet organisasjonen. De spør om det er nok midler til eventuelle endringer i organisasjonen som må gjøres, og om organisasjonen har tilgang på alle nødvendige materielle ting. Dette kan i vårt tilfelle dreie seg for eksempel om tilgang på bil i tjenesten.

Kjellberg og Reitan (1995) poengterer at uten finansielle og personellmessige ressurser vil en gjennomføring ha liten sjanse til å lykkes, uansett hvor mye man ønsker tiltaket iverksatt. Ifølge Toppe og Klinge (2015) er det for lav jordmordekning i kommunene til at jordmortjenesten kan oppfylle de forventningene som ligger i de faglige retningslinjene for barselomsorgen. De påpeker at dette er bekymringsfullt både sett fra et folkehelseperspektiv og at det også er samfunnsøkonomisk ulønnsomt. Med den faglige retningslinjen for barselomsorgen fulgte det ikke med økonomiske midler, noe som medfører at eventuelle økte utgifter kommunene måtte ha i forbindelse med iverksetting av anbefalte tiltak må løses innenfor egne rammer. Ifølge talsmann fra Helse- og omsorgsdepartementet er det ikke aktuelt å øremerke midler særskilt til jordmortjenesten. Hun viser til at helsestasjonene og skolehelsetjenesten allerede har fått nærmere en halv milliard kroner for å styrke tjenesten (Tidsskift for jordmødre 2016, 9).

I en lederkommentar i samme tidsskrift påpekes det at problemet er at pengene ikke har vært øremerket, så midlene har ikke blitt brukt til å styrke jordmortjenesten. Kommunen dekker selv kostnader med jordmorstillinger (lønn), men bare deler av disse kostnadene dekkes gjennom konsultasjonsrefusjon fra Folketrygden. Slikt sett har kommunen ingen incentiver for at de skal styrke kommunejordmortjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2010, 8). Aune og Olufsen (2014) påpeker i forbindelse med sitt prosjekt om tverrfaglig samarbeid mellom helsesøstre og jordmødre at kampen om de "frie midlene" synes å ha hardnet til i kommunene etter samhandlingsreformen. Med dette som utgangspunkt vil jeg forvente at det vil være en

“kamp” om knappe ressurser innad i kommunen og at en streng prioritering er nødvendig. Hvorvidt iverksetterne/kommunen ser verdien av å øke jordmortjenestene, både for brukerne/barselkvinnene og jordmødrene som gruppe, tror jeg vil ha en betydning for utfallet av prioriteringene. Min antakelse knyttet til ressurser er at kommunene vil ha utfordringer med å skaffe midler til å styrke jordmortjenesten/øke jordmorstillingene nok til at tiltak kan iverksettes som anbefalt i retningslinjen for barselomsorgen.

### *3.4.3 Kommunikasjon mellom iverksettingsenhetene*

Den neste variabelen i modellen til Van Meter og Van Horn som jeg ønsker å trekke frem er kommunikasjon mellom iverksettingsenhetene. Kjellberg og Reitan (1995, 145) beskriver dette som interorganisatoriske forhold, det vil si forholdet mellom sentrale og lokale myndigheter. Det sentrale ved denne variabelen er variasjonene i innflytelsesfordelingen mellom de enheter som inngår i prosessen. Oppgavedelingen mellom stat og kommune vil jeg plassere innenfor denne variabelen. Retningslinjen for barselomsorgen gjelder både for spesialisthelsetjenesten (stat) og kommunehelsetjenesten, og en helhetlig omsorg for pasienten forutsetter godt samarbeid mellom disse. Samarbeidsavtalen mellom sykehuset og kommunene som skal legge premisser for oppgavefordeling. Hvor godt kjent denne avtalen er ute i kommunen er interessant finne ut, da det i retningslinjen poengteres at denne samarbeidsavtalen er et av de viktigste tiltakene for kommunikasjonen mellom sykehus og kommune. En undersøkelse av jordmortjenesten viser at kommunejordmødre opplever at samarbeidsforholdet til sykehuset fungerer bra (Sosial- og helsedirektoratet 2003). Hvordan sykehusets og kommunenes utveksling av pasientopplysninger foregår, kan også plasseres inn under denne variabelen. Det sendes ut epikrise fra sykehuset når pasienten/barselkvinnen skrives ut, men det kan ta noen dager før helsestasjonen mottar denne. I retningslinjen for barselomsorgen står det at helsestasjonen bør motta varsel om hjemreise på annen måte, for å sikre at pasientopplysningene kommer helsestasjonen i hende, slik at tidlig hjemmebesøk skal være mulig å gjennomføre. På bakgrunn av dette er mine antakelser at innholdet i samarbeidsavtalen om jordmortjenester mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene er kjent for ledende helsesøster og at de opplever at samarbeidet med sykehuset fungerer godt.

Som tidligere beskrevet i oppgaven er ikke kommuner underlagt instruksjonsmyndighet fra staten, selv om de i stor grad er bundet av statlige direktiver og statlige overføringer. Kommunene har et visst handlingsrom når det gjelder å organisere sine tjenester. Vi har plassert en nasjonal faglig retningslinje som et pedagogisk styringsmiddel som staten bruker

ovenfor kommunene, den er normerende for hvilke tjenester som bør tilbys, det vil si den er ikke lovpålagt og kan beskrives som myk styring. Vi kan derfor forvente en variasjon i grad av iverksetting av retningslinjen i de ulike kommunene. Spørsmål som Van Meter og Van Horn trekker frem i forbindelse med denne variabelen er i hvilken grad det legges trykk på at iverksetting av tiltak skjer, og hva skjer dersom politikken ikke etterfølges? Generelt sett er det slik at politikkområder der man har sterke sanksjoner ofte får en raskere og mer regelbunden etterlevelse (Van Meter og Van Horn 1975). Når det gjelder retningslinjene for barselomsorgen er det ingen sanksjoner dersom tiltakene ikke iverksettes og det vil av denne grunn være fare for at kommuner ikke etterkommer anbefalingene skissert i retningslinjen. Spørsmålet som er naturlig å spørre er hvor forpliktet kommunene føler seg i forhold til å få på plass den jordmortjenesten som anbefales i retningslinjen. Hvem utøver trykk på at dette skal skje? Basert på det som er beskrevet i kapittel 3.4.2 om ressurser og det vi vet om lav jordmordekning generelt i kommunene i Norge, er min antakelse at retningslinjen for barselomsorgen ikke oppleves som sterk styrende og forpliktende for hvilke helsetjenester kommunen prioriterer.

#### *3.4.4 Trekk ved iverksettingsenhetene*

Den neste variabelen i modellen til Van Meter og Van Horn belyser de organisasjonsmessige trekkene ved iverksettingsenhetene som har ansvaret for iverksettingen. Dette kan være størrelse på staben, kompetansen til de ansatte, hvordan oppgavefordelingen innad i staben er, hvordan de ulike gruppene samarbeider (Kjellberg og Reitan 1995, 146). Også i MIDI finner vi lignende spørsmål: opplever lederen støtte hos kollegaer i arbeidet med iverksetting? Finnes det andre grupper av interessenter som påvirker iverksettingen? Organisasjonskulturen i enheten kan være av stor betydning for en iverksettingsprosess; hvilke normer og verdier preger enheten, hvordan kommuniseres det innad i virksomheten? Helsestasjoner er relativt små enheter med et begrenset antall ansatte. Som nevnt tidligere i oppgaven er det i snitt 0,6 % jordmorstilling per kommune i Norge, det vil si det er begrenset kapasitet og få personer. Personalet på helsestasjonene har ulik kompetanse; det er flest helsesøstre, men også fysioterapeuter og leger er tilknyttet helsestasjonen, i tillegg til jordmor.

Da retningslinjen for barselomsorgen kom var det en forventning i jordmormiljøet at denne retningslinjen skulle løfte jordmorfaget og at jordmors posisjon i kommunene ville styrkes; det var en forventning om høyere stillingsbrøker og mulighet for mer helhetlig oppfølging av pasientene. Kun 36 % av landets kommunejordmødre mener de har fått økte ressurser til

stillinger de to siste årene, og kun 60 % av landets kommunejordmødre tilbyr hjemmebesøk, til tross for anbefalingen fra Helsedirektoratet om at dette skal være et tilbud til barselkvinnene (Tidsskrift for jordmødre 2016, 6). Gjennom en kartlegging av helsestasjon- og skolehelsetjenesten i Sør-Trøndelag ble det avdekket at profesjonene på helsestasjonen hadde et begrenset samarbeid, både formelt og uformelt (Aune og Olufsen 2014). Ifølge Aune og Olufsen synes det som om det er en økende tendens til konflikt mellom helsesøsterprofesjonen og jordmorprofesjonen om å posisjonere seg i kampen om politisk oppmerksomhet og tildeling av ressurser. Ut fra dette er min antakelse at det finnes en form for profesjonskamp mellom helsesøster og jordmor på helsestasjonen, og at samarbeidet er påvirket av dette.

Hvor godt kjennskap lederne oppover i kommunesystemet har til innholdet og anbefalingene i retningslinjen tenker jeg vil ha betydning for grad av iverksetting. Det samme gjelder grad av støtte ledende helsesøster opplever fra sin leder. Forskning viser at sykepleieleidere innenfor kommunehelsetjenesten opplever manglende støtte fra sin egen leder, og de føler at de i stor grad er overlatt til seg selv. Som en konsekvens av dette bidrar forholdet lederen har til sine underordnede og andre ledere på samme nivå til å tilfredsstille deres behov for kompetanse og slektskap. Men dette kan ikke erstatte manglende støtte fra overordnet nivå (Nilsen mfl 2016). Det vil på bakgrunn av dette vil jeg forvente at min undersøkelse vil kunne gi lignende funn.

#### *3.4.5 Iverksetternes handlingsvilje*

Den siste variabelen i modellen til Van Meter og van Horn som jeg ønsker å fokusere på i denne oppgaven belyser iverksetternes handlingsvilje, deres oppfatninger og holdninger. Van Meter og van Horn (1975, 472) påpeker tre elementer som påvirker iverksetternes vilje og evne til å gjennomføre et tiltak; 1) deres forståelse av tiltaket 2) deres godkjenning av tiltakets nytte og verdi, eller avvisning av tiltaket 3) intensiteten de viser i denne reaksjonen. Kjellberg og Reitan (1995, 147) poengterer at dersom aktørene, det vil si lederen (lederne), som er ansvarlig for iverksettingen ser mulighetene ved tiltaket, og de slutter entusiastisk opp om gjennomføringen vil hindringer kunne overvinnes. Hvis derimot aktørene er lite motiverte og lite entusiastiske til tiltaket, og ikke helt har forståelsen for hva det innebærer, vil dette utgjøre en treghet i forhold til iverksetting og gjennomføring. Iverksetternes grad av endringsvilje er vesentlig, samtidig som deres kunnskaper, ferdigheter og erfaring tilsier om de evner å kunne påta seg å implementere en ny politikk (Van Meter og Van Horn 1975). Deler av

forklaringsfaktorene i MIDI (Fleuren mfl 2014) belyser også disse elementene, med flere detaljerte spørsmål som vil vise hvordan iverksetterens holdninger og motivasjon synes. I tillegg dreier av forklaringsfaktorene i MIDI seg å få frem hvor systematisk og strategisk lederne har jobbet med iverksettingen.

Leder av jordmortjenesten er helsesøster, det vil si at jordmor leder ikke eget fag. En kartlegging av jordmortjenesten viser at jordmødre som jobber innenfor kommunesektoren beskriver tunge systemer som vanskelig lar seg forandre. De føler de har liten påvirkningskraft på hvilke arbeidsoppgaver og kompetanseutvikling de får. Mange sliter med at de ikke blir hørt fordi makten ligger utenfor egen yrkesgruppe og langt unna (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Jordmødrene i kommunen er avhengig av at ledende helsesøster “taler deres sak” og jobber for å styrke jordmorgruppen. Min antakelse i forhold til iverksetternes handlingsvilje er at det vil være en forskjell i grad av iverksetting av tiltak i jordmortjenesten som kan knyttes til ledende helsesøsters engasjement i forhold til dette.

## 4 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for forskningsdesign og metoder jeg har brukt for å besvare problemstillingen: “I hvilken grad er den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen “Nytt liv og trygg barseltid for familien” iverksatt i kommuner i Vestfold og hva kan forklare om iverksettingen har lyktes eller ikke?”. Innledningsvis presenteres de metodiske valgene, og vurderer til slutt oppgavens styrker og svakheter i forhold til validitet, reliabilitet og overførbarhet.

### 4.1 Forskningsdesign

Hvordan en undersøkelse skal gjennomføres, samt hvem og hva som skal undersøkes kalles forskningsdesign (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011). Man skiller mellom kvantitative og kvalitative forskningsstrategier, der den kvantitative er basert på talldata og den kvalitative er basert på tekstdata. Kvantitativ forskningsstrategi baserer seg på et relativt antall enheter, mens kvalitativ forskning ofte baserer seg på få enheter (Ringdal 2007).

Da tema for oppgaven var bestemt gjorde jeg en vurdering på hvem jeg kunne undersøke for å få svar på problemstillingen, samt på hvilken måte undersøkelsen skulle gjøres for å belyse tema på best mulig måte. På bakgrunn av dette valgte jeg å gjennomføre denne en kvalitativ undersøkelse gjennom intervjuer. Kvalitativ design er knyttet opp mot en fenomenologisk tilnærming der man utforsker mennesker og deres erfaringer med, og forståelsen av, et fenomen (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011). Ved å velge denne metoden fikk jeg mulighet for å gå i dybden og vektlegge betydningen til de enkelte informantene, og jeg mener derfor metoden var godt egnet til å gi meg svar på spørsmålene jeg søkte å belyse.

Kvalitative undersøkelser som er avgrenset til å studere et enkeltmiljø, der målet er å gi en helhetlig beskrivelse av prosesser og særtrekk ved nettopp dette miljøet, kalles casestudier (Repstad 2007, 24). Kjennetegn ved en casestudie at man gjennom en detaljert og omfattende datainnsamling får mye informasjon om noen få enheter og forskeren ønsker å få kunnskap om prosessen ved å stille spørsmål om hva, hvordan og hvorfor noe skjer. I denne undersøkelsen har jeg studert kommunehelsetjenesten representert ved ledende helsesøster. Dette har gitt meg dybdekunnskap om relevante egenskaper som angår dette caset.

I tillegg til intervjuene har jeg foretatt en dokumentanalyse for å belyse hvilke lover, retningslinjer, veiledninger og rapporter som ligger til grunn for utgivelsen av de faglige



retningslinjene for barselomsorgen. Disse dokumentene er for det meste initiert eller utgitt av helsemyndighetene/helsedirektoratet. Alle disse dokumentene er offentlige og lett tilgjengelige.

Det er noen metodiske implikasjoner man som forsker må være klar over når man velger en kvalitativ metode for undersøkelsen, som blant annet nærhet til feltet og informantene. Tema i denne undersøkelsen er barselomsorgen i kommuner i Vestfold, med fokus på jordmortjenestene. Det er relativt små forhold i Vestfold når det kommer til jordmortjenesten, og jeg vil si at uttrykket “alle kjenner alle” er gjeldende for miljøet. Som en av lederne på Føde-barselavdelingen på sykehuset har jeg relativ god kjennskap til kommunejordmødrene gjennom samarbeid mellom sykehuset og jordmortjenesten i kommunene. Dette gav meg en utfordring under intervjuene, da jeg ofte kunne knytte informasjonen fra informantene opp mot den enkelte jordmoren som jobbet på den aktuelle helsestasjonen. På denne måten ble det veldig synlig for meg hvem som “gjør og mener sånn eller slik”. Jeg mener at min ledererfaring og at jeg er bevisst på denne nærheten, bidro til å klare å skille sak og person. I enkelte intervjuer styrte jeg samtalen tilbake til utgangsspørsmålene dersom samtalen trakk i feil retning og ble for detaljert angående enkeltpersoner.

Ved å velge å intervju lederne av jordmortjenesten, og ikke jordmødrene, gav meg en viss avstand fra et ellers nært knyttet fagmiljø. Dette fordi jeg ikke kjenner ledende helsesøster på samme måte som jeg kjenner jordmødrene. Med denne innfallsvinkelen får jeg også belyst saken fra et lederperspektiv, noe som var viktig for meg i forhold til studiet masteroppgaven er knyttet til, og for min egen utvikling som leder.

I en kvalitativ studie som denne er det viktig med en høy etisk standard når det gjelder hvordan undersøkelsen gjennomføres, hvordan data behandles og presenteres. Oppgavens tema og prosjektbeskrivelse ble meldt inn til, og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i september 2015.

#### **4.2 Undersøkellesobjekter og utvalgsstrategi**

Jeg har benyttet meg av en strategisk utvelgelse av informanter, og målgruppen i denne studien er som sagt ledere i kommunene som har ansvar for jordmortjenesten. Jeg brukte kriteriebestemt utvelgelse ved at informantene må oppfylle visse kriterier for å delta i studien (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 224). I Vestfold er det 13 kommuner og i første

omgang tok jeg kontakt med lederne for jordmortjenesten i alle 13 kommunene. Kommunene er av ulik størrelse og som tilbyr noe ulike tjenester. Dette mangfoldet av informanter var viktig for å ha mulighet for å avdekke hvilke kontraster eller likheter som er gjeldende.

Strategisk utvelgelse av informanter i kvalitative undersøkelser kan gjøres på ulike måter, enten ved ekstreme/avvikende utvalg eller ved intensive utvalg (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011). Jeg har valgt å buke et intensivt utvalg da dette gir meg informanter som kan bidra med mye informasjon omkring fenomenet jeg ønsker å studere. Antall informanter skal være så stort at jeg får bredde i funnene, men samtidig så skal datamengden være håndterbar i forhold til størrelsen på prosjektet. Jeg endte opp med å intervju syv informanter/ledende helsesøstre.

Jeg foretok først en samtale per telefon med ledende helsesøster der jeg kartla hvilke kommuner som er i gang med å iverksette retningslinjen og anbefalte tiltak i jordmortjenesten, og hvilke kommuner som ikke har gjort noe i forhold til retningslinjen. I utgangspunktet var intensjonen min å kun inkludere de kommuner som har kommet i gang med iverksettingen. Da det viste seg at dette kun gjaldt 4 kommuner, valgte jeg å inkludere 1 kommune som sa de hadde planer/var i gang om å endre tjenestene og 2 kommuner som ikke har gjort endringer. Ulikheten i informantene viste seg å være viktig for å få frem hvilke faktorer som påvirker en iverksettingsprosess i positiv eller negativ favør. Jeg gjennomførte alle intervjuene i løpet av tre uker i januar 2016. Intervjuene ble foretatt på arbeidsplassen til informantene. I etterkant av intervjuene sendte jeg en mail til alle informantene for å klarhet i ett konkret spørsmål.

I etterkant av undersøkelsen ser jeg at det kunne gitt en enda bedre bredde i funnene dersom en eller to av informantene representerte spesialisthelsetjenesten, da ville eventuelle utfordringer knyttet til samarbeidet mellom stat-kommune kommet tydelige frem.

### **4.3 Datainnsamling**

I forkant av intervjuene sendte jeg informantene mail med informasjon om studien og forespørsel om deltakelse i studien. Jeg utarbeidet en intervjuguide med utgangspunkt i spørsmål knyttet opp mot teorien som er brukt; jeg tilpasset Fleurens mfl (2014) liste over forklaringsfaktorer til min case. En intervjuguide skal ha et hovedtema og hovedspørsmål, men samtidig skal informantene oppfordres til å utdype og begrunne sine svar (Repstad

2007,78). Jeg valgte å foreta semistrukturerte intervjuer fordi dette er en fleksibel metoden og gir utfyllende svar. I et semistrukturert intervju er tema og stikkord skrevet ned, men man står fritt til å velge rekkefølge på spørsmålene. Det ble slik at jeg i de fleste intervjuene fulgte den oppsatte rekkefølgen på spørsmålene, med et par unntak der informantene pratet mer på eget initiativ og hadde mye de ønsket å formidle. I disse tilfellene sjekket jeg bare at tema jeg ønsket belyst var omtalt. Jeg har ingen erfaring fra før med å gjennomføre intervjuer, men jeg har god kjennskap til feltet jeg undersøker og jeg følte dette var en styrke i forhold til å kunne “holde tråden”, og stille relevante utfyllende spørsmål der det var behov for det.

Spørsmålene som ble stilt dreide seg om blant annet hvor godt kjent informantene var med innholdet i retningslinjen og i hvilken grad den var iverksatt i kommunen. Hvor styrende opplever de at en nasjonal faglig retningslinje er for tjenestene de tilbyr? Hvordan de opplever at retningslinjen er mottatt av fagpersoner tilknyttet helsestasjonen, samt av ledere de har over seg i kommunen? Videre ble det stilt spørsmål som tilknyttet hvilken strategi de som ledere har brukt i iverksettingen av retningslinjen: blant annet hvordan de har jobbet opp mot kommuneledelsen for å få nødvendig ressurser og hvordan de har jobbet med personalgruppen på helsestasjonen angående oppgavedeling. Det ble også stilt spørsmål angående samarbeidet mellom sykehuset og kommunene.

Jeg tok lydopptak av intervjuene. Dette bidro til at jeg kunne konsentrere meg om hva informantene sa og jeg slapp å skrive notater underveis. Kun små stikkord og viktige poeng ble nedskrevet under intervjuene. Videre transkriberte jeg alle intervjuene og skrev dem ut i fulltekst. Så ble dette tekstmaterialet redusert og kategorisert. Jeg valgte å kategorisere data etter variablene i iverksettingsmodellen som jeg har valgt å bruke (Van Meter og Van Horn, se kapittel 3). Dette gjorde at jeg fikk sortert materialet slik at det var lettere å knytte det opp mot det teoretiske rammeverket jeg har brukt. Til slutt gjorde jeg en analyse og fortolkning av data.

#### **4.4 Troverdighet, overførbarhet og pålitelighet**

En undersøkelse må tilfredsstillere flere krav, empirien må være troverdig (valid), pålitelig (reliabel) og resultatene bør kunne overføres til andre områder enn det som studeres.

At undersøkelsen er valid handler om metoden jeg har valgt undersøker det den har til hensikt å undersøke. Det vil si om dataene er gode representasjoner av det generelle fenomenet. I

dette kapitlet har jeg presentert metoden jeg har brukt til innsamling av data og mine refleksjoner rundt dette. Jeg har beskrevet hvordan intervjuene er utført og hvordan jeg har redusert og kategorisert data. Dette er med på å gjøre fremgangsmåten gjennomiktig og på den måten styrke troverdigheten. I presentasjonen av empirien er det brukt direkte sitater fra ulike informanter for å fremheve uttalelser fra informantene og gi et godt og variabelt bilde av innsamlet data. I kvalitativ forskning og ved bruk av intervju som metode vil tilstedeværelsen av forsker påvirke informanten (Johannessen, Christoffersen og Tuft 2011, 245). Jeg prøvde under intervjuene å være bevisst min tilstedeværelse ved å la informanten prate fritt og ikke avbryte denne med unødvendige spørsmål eller bekreftende nikk. Ved å ta opptak av alle intervjuene, samt at de ble transkribert i fulltekst styrker troverdigheten i innsamlet data. Alle informantene har fått tilbud om å få lese oppgaven når den er ferdig. Ved at jeg ønsker å formidle resultatene til informantene styrker også troverdigheten.

Reliabiliteten knytter seg til påliteligheten i dataene som er samlet inn, hvordan den er samlet inn, hvordan den er bearbeidet og hvilke data som brukes (Johannessen, Christoffersen og Tuft 2011). Det vil kunne være feilkilder i teorien eller svakheter i metoden som kan påvirke undersøkelsenes reliabilitet. Min forforståelse er preget av min erfaringsbakgrunn, så jeg måtte i forkant av datainnsamlingen klargjøre dette for meg selv, slik at jeg kunne stille meg så nøytral som mulig under intervjuene. Dette kunne være utfordrende da mange av temaene som dukket opp engasjerer meg veldig, og men på den annen side hjalp dette til å stille nyttige oppfølgingsspørsmål i forhold til tema. Spørsmålene jeg stiller i intervjuene må være utformet på en slik måte at jeg får nyttige svar på problemstillingen, så jeg jobbet en del med utarbeidelsen av disse. Har jeg har fått tak i gode nok informanter, eller ville andre informanter gitt bedre data, eller et annet perspektiv? Jeg valgte informanter som alle er ledere for jordmortjenesten i en kommune. Som leder har man ansvar for at nasjonale retningslinjer følges og tiltak implementeres i organisasjonen, slik at brukergruppen/pasientene får tilbud om de tjenestene helsemyndighetene ønsker. Jeg mener at med den utvalgsstrategien jeg har la opp til så vil informantene jeg intervjuet være representative for gode data. For å få inn et videre perspektiv kunne jeg med fordel ha intervjuet representant(er) fra sykehuset også.

Målet for undersøkelsen er å bringe frem ny kunnskap om fenomenet som er skissert i problemstillingen. Kan resultatene overføres til liknende fenomener (Johannessen, Christoffersen og Tuft 2011, 248)? Har resultatene av denne undersøkelsen gitt beskrivelser og forklaringer som kan være nyttige på andre områder? Caset i undersøkelsen er knyttet til

jordmortjenesten, så jeg ser at det kan være en utfordring å generalisere ut fra dette. Allikevel mener jeg at resultatene fra min undersøkelse til en viss grad synliggjør generelle utfordringer kommunene har med iverksetting av statlige direktiver, at dette ikke er unike utfordringer for ledende helsesøster på helsestasjonen. Selv om undersøkelsen er gjort på kommuner i Vestfold, så vil for eksempel tema og de eventuelle utfordringene også gjelde i kommuner i andre fylker.

## 5 Empiri

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for funnene ut i fra oppgavens problemstilling, forskningsspørsmålene, mine antakelser og teoretisk rammeverk. Innledningsvis presenteres data om grad av iverksetting og hvordan retningslinjen er gjort kjent i kommunene, videre er funnene presentert i kategorier lik Van Meter og Van Horns iverksettingsmodell.

### 5.1 Gjennomførte tiltak

I “Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet” (2010, 5) fremmer Helsedirektoratet forslag om å styrke jordmortjenesten med hensyn til kapasitet og kvalitet, noe som vil bedre rekrutteringen, øke nødvendig kompetanse og styrke fagmiljøet, samt gi uttelling for brukerne av tjenestene. Direktoratet vil bort fra ordningen i kommunehelsetjenesten hvor majoriteten av jordmødrene jobber alene i små deltidsstillinger. I utvalget i undersøkelsen som er gjort i forbindelse med denne masteroppgaven har fire av syv kommuner økt jordmorressursene etter retningslinjen for barselomsorgen kom i 2014, tre av kommunene har ikke gjort det (Tabell 1 side).

Kommune	Økt jordmorstilling med	Jordmor stillinger totalt	Tilbyr tidlig hjemmebesøk av jordmor	Andre nye oppgaver	Antall fødsler pr år.	Ingen nye tiltak
1	90 % og 60 %	3,3 årsverk	Ja, alle får tilbud	Nei	500	
2	0%	1,5 årsverk	Nei	Nei	450-500	x
3	20 %	0,4 årsverk	Ja, alle får tilbud	Nei	60-70	
4	40 %	1,2 årsverk	Ja, begynner nå	Nei	200	
5	0%	0,8 årsverk	Ja, alle får tilbud	Nei	100	
6	0%	0,1	Nei	Nei	25	x
7	50 % og 40 %	1,9 årsverk	Utvalgte får tilbud	Nei	290	

Tabell 1: Oversikt jordmorårsverk og hjemmebesøk utført av jordmor i kommunene.

Av oversikten ser vi at av de kommunene som ikke har økt jordmors stillingsbrøk er det to kommuner som ikke tilbyr hjemmebesøk til barselkvinner. De andre kommunene som er inkludert i undersøkelsen tilbyr hjemmebesøk til barselkvinner, i variert grad.

En undersøkelse gjennomført i 2016 av Tidsskrift for jordmødre, viser at kun 36 prosent av landets kommunejordmødre har fått økt sine stillinger de siste to årene. 36 prosent sier at kvinner ikke har et reelt valg å gå til svangerskapskontroller hos jordmor slik loven sier, på grunn av mangel på jordmødre. 80 prosent av de spurte kommunejordmødrene ser at det er et behov for å øke stillingshjelmene for å kunne gi et tilfredsstillende tilbud om hjemmebesøk etter fødsel (Tidsskrift for jordmødre 2016, 7). De siste tre årene (2014, 2015 og 2016) har regjeringen styrket helsestasjonene og skolehelsetjenesten med 667,7 millioner kroner med midler som er gitt som frie inntekter der kommunene prioriterer hvordan midlene skal fordeles.

## **5.2 Kjennskap til retningslinjen**

Hvordan får kommunene kjennskap til en ny retningslinje og hvordan gjøres denne kjent i kommunen? Forarbeidende til en faglig retningslinje er relativt omfattende med høringsrunder og uttalelser fra fagpersoner, brukergrupper osv. Det er derfor grunn til å anta at ledere innenfor den tjenesten det gjelder på forhånd vet at en retningslinje kommer. I denne studien beskriver to av informantene at de var godt forberedt og hadde tidlig begynt å planlegge iverksetting og implementering av anbefalte tiltak, og at det hele tiden var snakk om *når* og ikke *om*. Informasjonen om utgivelsen av retningslinjen får ledende helsesøster fra flere hold; den sendes fra Helsedirektoratet på mail til kommunene som videresender mail internt til aktuelle mottakerne; fra rådmann til ledere på lavere nivå som ledende helsesøster. Ledende helsesøster mottar også mail direkte fra Helsedirektoratet med informasjon. Når det gjaldt retningslinjen for barselomsorgen informerte også representant for fylkesmannen om denne på møte for alle ledende helsesøstre i fylket (møte som holdes to ganger i året).

Hvor kjent de ulike ledernivåene i kommunen er med innholdet i retningslinjen synes å være avhengig av flere faktorer; hvor godt ledende helsesøster kjenner retningslinjen, hvor systematisk ledende helsesøster har informert ledere over seg om innholdet og hvor engasjert ledende helsesøster og kommunejordmoren synes å være i å få dette til. Tre av informantene oppgir at de selv kjenner innholdet i retningslinjen ganske godt, fire informanter sier at de kjenner den "sånn passe godt"/kjenner hovedtrekkene. Kun en av informantene sier at hun

mener lederen over seg kjenner retningslinjen godt: "...hun kjenner godt til den fordi jeg har beskrevet den i mange dokumenter, samt jeg rapporterer antall hjemmebesøk hver måned". De andre informantene forteller at de har informert/presentert retningslinjen for sin leder i ulike møter, men en informant sier at hun tror ikke lederne over henne kjenner til retningslinjen.

### **5.3 Målsettinger**

Alle informantene mener at retningslinjen er tydelig på hva som er målet med anbefalingene og at den beskriver tiltakene på en forståelig måte. En informant beskriver det slik:

“Den beskriver veldig godt utfordringene; bakgrunn, tiltak og mål. Ofte er retningslinjer som kommer veldig gode, anbefalinger er mer vage. Men en faglig retningslinje sier jeg veldig gjerne ja takk til, veldig nyttig for meg å bruke oppover i systemet.”

Flere av informantene forteller at de har brukt beskrivelsene av målene i retningslinjen som grunnlag for å regne ut behovet for økte ressurser og økte stillinger for jordmødrene.

### **5.4 Resurser og prioriteringer**

Som nevnt før i oppgaven fulgte det ikke med midler da retningslinjen kom, så den enkelte kommune har måttet *prioritere* en økning av jordmortjenestene innenfor egne rammer. En viktig premiss som informantene trekker frem som avgjørende for at de har fått til hjemmebesøk av jordmor, er at de har fått tilstrekkelige midler til disposisjon, og at de økte ressursene er lagt inn i budsjett. En av kommunene har startet opp med tidlig hjemmebesøk av jordmor uten økte midler. I denne kommunen har ledende helsesøster, i samarbeid med jordmor, omprioritert oppgavene til jordmor blant annet ved å ikke lenger bistå en nabokommune med jordmortjenester.

For å synliggjøre behovet for økte ressurser beskriver flere av informantene hvordan de systematisk har argumentert for sine prioriteringer med å påpeke styrker ved tiltakene som anbefales i retningslinjen og hva konsekvensene blir dersom man ikke utvider tjeneste som anbefalt. De har også satt opp et regnestykke for hva det vil koste kommunen å øke jordmortjenestene slik at tidlig hjemmebesøk av jordmor kan være et reelt tilbud til barselkvinnene. En leder beskriver hun benyttet blant annet swotanalyse i forbindelse med



implementeringen av de nye tiltakene. Den samme lederen poengterte viktigheten av å kontinuerlig synliggjøre det man jobber med gjennom rapporteringer, dokumenter og for eksempel brukerundersøkelser. Når det gjelder kunnskap hos aktuell faggruppe, jordmødrene, så formidler alle informantene at alle jordmødre innehar kompetansen som er nødvendig for å kunne gjøre hjemmebesøk. Så det er ikke forventet store utgifter i forbindelse med kompetanseheving hos personalet i forbindelse med iverksetting av retningslinjen.

En annen leder forteller at hun har sagt til sin leder at det er kommet nye retningslinjer og opplever at hun får gehør, men får samtidig høre “hva vil du prioritere først?”. Jordmortjenesten utgjør en liten del av kommunehelsetjenesten, og skal denne delen styrkes er det nødvendig at beslutningstakere i kommunen ser verdien av tjenesten og at de ønsker denne prioritert. En informant beskriver hvordan hun helt bevisst jobbet opp mot kommunaldirektøren i forhold til forskrifter og anbefalinger og beskriver hvordan hun argumenterte for mer jordmorressurser ved å henvise til helsestasjonens mandat som er å være forebyggende og helsefremmende, og at det starter med kvinnen når hun er gravid og føder barn. Hun sier også: “Kommunen her er veldig for tidlig innsats, det er beskrevet i kommuneplanen. Dette er tidlig innsats! Dette har betydning for barnet, for barnets utvikling og hvordan det vil ende ut.”

Det fremkommer under intervjuene at midler fra staten for å styrke helsestasjon og skolehelsetjenester ikke har styrket jordmortjenestene. Å øke helsesøsterstillinger er prioritert, sammen med en satsning på skolehelsetjenesten. En av informantene påpekte at jordmor er en del av helsestasjonen: “... det er ikke alle ledende helsesøstre som har skjønt det, de tror det skal være helsesøstre. Men det står jo ikke det! Det står helsestasjon, og det inkluderer lege, helsesøster, jordmor og fysio.”

Flere av informantene påpeker viktigheten av å vise til tall og kostnader i sin argumentasjon for økte ressurser og beskriver at det er det eneste “de biter på” (henviser til politikerne); penger og tall.

## **5.5 Kommunikasjon mellom iverksettingsenhetene**

Tiden fra barselkvinnen skrives ut fra sykehuset til helsestasjonen er satt i beredskap til å ta imot familien og det nyfødte barnet utgjør et betydelig gap, mye på grunn av

kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunene. I “Rapport frå tilsyn med barselomsorga” (Helse- og omsorgsdepartementet 2010, 5) fremkommer det at det ikke er tatt tilstrekkelig høyde for mulige konsekvenser ved kortere liggetid på sykehuset for kvinner som har født, hverken ved fødeinstitusjonene eller i kommunene. Rapporten påpeker at barselomsorgen bør ha klare faglige krav fra styresmaktene, forpliktende samhandling mellom tjenestenivåene og individuell tilpasset barselomsorg på helsestasjonene. En utfordring med dagens organisering er kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunene. Fra sykehuset sendes det ut epikrise fra fødselen og det kan ta dager før epikrisen leses på helsestasjonen. Et annet aspekt som flere av informantene trekker frem er at kommunejordmor jobber i en liten stillingsbrøk, hun er på derfor på jobb på helsestasjonen kun et begrenset antall dager i løpet av en uke. Dersom barselkvinnen reiser hjem fra sykehuset i en periode kommunejordmor ikke er på jobb, vil det gå mange dager før et eventuelt hjemmebesøk blir aktuelt. I kommunene som har jordmødre i større stillingsbrøker er dette et mindre problem, da jordmor er tilgjengelig i mye større grad.

Flere av informantene i undersøkelsen trekker frem ønske om elektronisk melding om fødsel fra sykehus til kommune som et vesentlig poeng for å kunne imøtekomme kravet om tidlig hjemmebesøk. En informant beskriver det slik: “Jeg ønsker meg virkelig elektronisk melding etter fødsel! Men det tar jo så fryktelig lang tid... Men når det er på plass vil jeg tro mye endrer seg fra helsestasjonens side når det gjelder oppfølging. Da vil vi være mye tidligere på.” Om fordelingen av oppgaver mellom sykehusets og kommunene sier hun: “Når den elektroniske meldingen er på plass må vi se om vi trækker i hverandres bed, og sammen vurdere hva som er viktigst”.

I St.meld.nr.12 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) står det at helsestasjonene skal kunne motta elektronisk melding om fødsel raskt etter at barnet er født, dette er også spesifisert i veilederen “Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen” ( 15):

“...melding om fødsel til helsestasjon og fastlege er nødvendig for å kvalitetssikre overgangen fra føde- og barselavdeling til hjemmet. Elektronisk helsekort, føde- og barseljournal er her sentrale virkemidler for god samhandling”.

### 5.5.1 Forpliktet til å følge retningslinjen?

Hva skjer dersom iverksetting av retningslinjen ikke prioriteres og tjenestetilbudet uteblir?

Det er ingen sanksjoner mot de kommunene som ikke iverksetter anbefalte tiltak og det er heller ikke spesifisert en frist for når anbefalte tiltak skal være igangsatt. En informant beskriver at hun føler at de (kommunen) er forpliktet til å følge retningslinjen:

“Jo, jeg føler vi er forpliktet til det når jeg hører andre kommuner gjør det, så vi kan ikke sitte her som kommune og ikke følge. Så det synes jeg vi må. Jeg synes det skulle vært enda likere tilbud i kommunene, nå er det opp til kommunene å finne ut hva vi skal tilby, hva vi skal bruke tiden vår på. Jeg synes det skulle vært mindre forskjeller.”

En annen informant beskriver at hun opplever at kommunen ønsker å følge retningslinjer, men hun tror ikke de (kommunen) helt har vært informert om denne retningslinjen. De har derimot jobbet mye med å få på plass en retningslinje for helsesøstre. Hun sier: Men om det blir økt jordmorstilling...? Veldig vanskelig når man er en så liten kommune.”

I en av kommunene var ledende helsesøster helt klar når det gjaldt måten de forholder seg til styrende dokumenter:

“Måten vi jobber på er at vi hele tiden må holde oss oppdatert på førende retningslinjer når det gjelder økonomi og handlingsplaner, budsjett osv for helsesøster, jordmor og fysioterapeutene. Må hele tiden være årvåken på hva som rører seg nasjonalt og få dette inn i våre plandokumenter og konsekvensbeskrive hva vi kan nå av mål hvis vi får det slik vi synes er hensiktsmessig. Slik jobber vi strategisk”.

Videre sier hun:“ Når de nye retningslinjene kom brukte jeg den for det den var verdt for å styrke den kommunale jordmortjenesten og svangerskapsomsorgen”.

I kommunen der siste sitat er hentet fra har de fått økt jordmorstillingene med 0,9 årsverk. De har fått økte ressurser til dette tre år på rad.

## 5.6 Trekk ved iverksettingsenhetene

Van Meter og Van Horn trekker frem organisasjonskulturen som en faktor som kan ha påvirkning på iverksettingsprosessen. I de syv kommunene som var med i denne

undersøkelsen er enhetene forholdsvis like; lederansvaret for jordmortjenestene, helsesøstertjenestene og andre (fysioterapi, ergoterapi, lege) er tillagt ledende helsesøster, og de samme yrkesgruppene er tilknyttet de ulike helsestasjonene. Felles for de fleste informantene var at de trakk frem kommunikasjonen og samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene på helsestasjonen som god og viktig. De beskriver at det var forståelse blant helsesøstrene at jordmortjenestene skal styrkes, men at det hadde vært behov for å klare opp i forventningene i oppgavefordelingen mellom helsesøster og jordmor. Flere trekker frem fordelene ved å at de er små enheter med små miljø; de er vant til å samarbeide på tvers av yrkesgruppene.

Informantene ble stilt spørsmålet om de opplever støtte av andre ledere rundt seg i arbeidet med å iverksette og implementere retningslinjen. Flere av informantene sier at de ikke har mange andre ledere rundt seg til å diskutere med, foruten lederen de har over seg. To ganger i året arrangeres det et møte for alle ledende helsesøstre i fylket (arrangeres i regi av fylkesmannen), i dette fora har barselretningslinjene blitt tatt opp. Flere av informantene uttrykker at de gjerne skulle diskutert dette mer grundig med de andre ledende helsesøstrene enn hva det er gjort: “Vi burde snakket om hvilke argumenter vi kan bruke, hvordan vi kan jobbe for å få det til, hvordan jobbe opp mot kommunalledelsen? Savner det, for dette er det eneste fora jeg kan diskutere dette i”.

Alle informantene unntatt en sier at hun har diskutert barselretningslinjen med jordmor/jordmødrene dette gjelder for. Flere sier at de i fellesskap med jordmødrene har utarbeidet argumenter som de har brukt i arbeidet med å få økte ressurser til dette. Jordmors engasjement synes å være viktig for gjennomføringen ifølge informantene. På den andre siden forteller en informant at “lunkent” engasjement fra jordmor har bidratt til at hun som leder ikke har sett det som viktig å strebe etter å iverksette retningslinjen og hjemmebesøk hos barselkvinner.

## **5.7 Iverksetternes handlingsvilje**

I denne delen av iverksettingsmodellen til Van Meter og Van Horn oppfordres det til å gjøre vurderinger angående holdninger, kunnskap og motivasjon til de ansvarlige for om iverksettingen, det vil si den enkelte ledende helsesøster og den enkelte kommunen i vårt tilfelle.

Alle informantene formidler at de synes retningslinjen for barselomsorgen er relativt klar på hvilke tiltak som skal iverksettes, og alle trekker frem hjemmebesøk av jordmor hos barselkvinner som det klart viktigste tiltaket. Under intervjuet ble de spurt om de mener at tiltakene som anbefales, og da spesielt hjemmebesøk av jordmor, er viktige for barselkvinnen. Hovedinntrykket er at informantene mener at tiltakene er viktige for barselkvinnen, med ulike grunner til hvorfor. Elementer som kommer frem er at det er viktig fordi liggetiden på sykehuset etter fødsel er redusert og kvinnene reiser tidligere hjem enn før, hjemmebesøk av jordmor kan forebygge ammeproblemer. Det nevnes også at kvinnene får bedre oppfølging på denne måten, det blir bedre overgang mellom jordmor som har ansvaret i svangerskapsomsorgen til helsesøster som overtar etter fødsel, samt bedre overgang mellom sykehus og hjemmet. For jordmores del er tiltaket viktig fordi det bidrar til at hun får avsluttet sin oppfølgingen av kvinnen på en god måte, med en samtale etter fødselen. Hjemmebesøk av jordmor gir barselkvinnen mulighet til å snakke om fødselen sin med en fagperson som er spesialist på fødsel, før helsesøster overtar ansvaret for oppfølgingen av familien, og fokuset da er mer rettet mot barnet.

Van Meter og van Horn trekker frem den støtten eller motstanden man opplever fra ledere, kolleger og tjenestemottakere som relevante for utfallet av iverksettingen. Flertallet av informantene gav uttrykk for at de opplever at kommunejordmoren er en viktig pådriver i å få til iverksetting av retningslinjen, og at hun støttes og oppmuntres av andre kollegaer, som helsesøstrene.

Det virker i hovedsak som om tilbudet om hjemmebesøk av jordmor ikke er veldig godt kjent ute i lokalmiljøet. En informant forteller at de bevisst ikke har gått ut med informasjon om dette, da de kun kan tilby det i begrenset omfang. En annen informant forteller at de har lagt informasjon tilgjengelig på sykehuset, alle barselkvinner i deres kommune får tilbud om hjemmebesøk.

I intervjuene ble de ulike lederne spurt om de kunne oppsummere det de mente var suksesskriterier for å kunne gjennomføre de anbefalte tiltakene om hjemmebesøk av jordmor til barselkvinner. Først og fremst var det økonomiske midler, og flere var opptatt av at det burde må være øremerkede midler. Andre faktorer var å involvere alle parter, høre hva de ulike tenker, tett samarbeid mellom jordmor og leder. En leder beskriver viktigheten av å

jobbe proaktivt i forhold til administrasjon helt opp til rådmann og det politiske miljøet. Hun beskriver det slik:

“Det er ingen som kommer og banker på døra mi og spør om jeg trenger noe. Ingenting kommer rekende på en fjøl. Jeg må vise hva jeg får til og på hvilken måte, må beskrive utfordringene. Dette krever systematisk jobbing med dokumentasjon gjennom handlingsplaner, årshjul, analyser og årsberetninger For det er ingenting i et slikt system som sier seg selv. Ingenting, absolutt ingenting”.

## 6 Analyse og drøfting

Gjennom empirien fra forrige kapittel, teoribidragene og iverksettingsmodellen har jeg til hensikt å drøfte om det er funn i antakelsene mine i forhold til hva som kan forklare grad og variasjoner av iverksetting av retningslinjen. I det følgende vil det fremkomme at variablene som er beskrevet i modellen til Van Meter og Van Horn er dynamiske og gjensidig avhengig av hverandre når man skal forklare hva som påvirker iverksettingsprosessen.

### 6.1 Grad av iverksetting

Som vist i tabell 1 (kap 5.1, s ??) fremkommer det i undersøkelsen jeg har gjennomført at den er iverksatt i varierende grad. Fem av kommunene tilbyr tidlig hjemmebesøk av jordmor til barselkvinner, mens to av kommunene kan per i dag ikke tilby denne tjenesten. Ifølge en undersøkelse gjort av Den Norske Jordmorforening i januar 2016 tilbyr 60 % av landets kommunejordmødre hjemmebesøk til barselkvinner (Tidsskrift for Jordmødre 2016). I mitt utvalg er tallet noe høyere, ca.70 % av kommunene som er inkludert i studien tilbyr hjemmebesøk eller er i gang med å etablere dette tilbudet. Leder av Jordmorforbundet NSF, Hanne Charlotte Schelderup-Eriksen (2014) påpeker at i mange kommuner er det ingen hjemmebesøk av jordmor til tross for faglige anbefalinger: “Dette setter mor, barn og familien i en svært sårbar situasjon. Familien får slett ikke den helsehjelpen de har krav på”.

I de kommunene som tilbyr hjemmebesøk av jordmor er det variasjoner i hva tilbudet består av, det vil si innholdet i tjenestetilbudet. Dette varierer fra at alle barselkvinner får tilbud om hjemmebesøk, til at kun enkelte utvalgte får tilbud om hjemmebesøk. Kommunene har en viss råderett og et handlingsrom til å tilpasse instruksjer fra staten til sine lokale forhold (Kjellberg og Reitan 1995, 145). I modellen til Van Meter og Van Horn beskrives dette under variabelen kommunikasjon mellom iverksettingsenhetene. Ifølge Kjellberg og Reitan (1995) vil det være stor sannsynlighet for at desentraliserte, selvstendige enheter vil tilpasse tiltakene etter aktørenes interesser og behov. Kan variasjonene i tilbudet om hjemmebesøk av jordmor forklares ut fra dette? Både ja og nei. Kommunene og den enkelte helsestasjonen har begrensede ressurser og tilpasser tjenestene sine dette. Det er ikke dermed sagt at det kommunale handlingsrommet for å gjøre lokale tilpasninger er nødvendigvis ikke et reelt valg, men prioriteringer som tvinger seg frem da det ikke er ressurser til alt. Sett i tilknytning til jordmortjenestene i kommunen viser mine funn at ledende helsesøster, og kommunen, må prioritere hvilke helsetjenester som den aktuelle helsestasjon skal tilby og hvilke

arbeidsoppgaver jordmor skal utføre. Likeså må de prioritere bort tjenester som de kan ha ønske om å tilby, men ikke har ressurser til. På den annen side viser fremkommer det av undersøkelsen at enkelte av kommunene har bevisst valgt ut hvilke anbefalinger de vil følge, ut fra hva behovet er nettopp i deres kommune.

## **6.2 Hjemmebesøk prioriteres**

Min antakelse var at målene skissert i retningslinjen for barselomsorgen er klare, både når det gjelder bakgrunnen for - og utførelsen av tiltakene. Dette stemmer med det som kom fram av undersøkelsen. Målet synes lett å forstå, det samme gjelder hvordan tiltakene bør gjennomføres, både praktisk og innholdsmessig. Alle kommunene ser ut å sikte mot felles mål: å få på plass tidlig hjemmebesøk av jordmor. Det synes ikke som om det har vært en stor diskusjon på den enkelte helsestasjon rundt dette, noe som Van Meter og Van Horn (1975) kan være tegn på at graden av forandring fra praksisen de allerede har på andre fagfelt ikke er så stor. Personalet på helsestasjonen er godt kjent med organisering av hjemmebesøk, via helsesøstre.

Selv om ledende helsesøster beskriver at målene er klare, velger de å iverksette kun enkelte av anbefalingene, og videre utelate andre. De velger anbefalingen om hjemmebesøk, men derimot viser undersøkelsen at ingen av kommunene har planer om å iverksette andre tiltak som å tilby blodprøvetaking av barnet og annet. Snarere tvert imot. De var opptatt av at disse oppgavene fortsatt skulle utføres av sykehuset. Er det noe som skiller seg ut som avgjørende for hvilke tiltak er prioritert i tilknytning til iverksettingen av retningslinjen? Å iverksette andre tiltak enn hjemmebesøk vil kreve en større omlegging av arbeidsoppgaver, som inkluderer nytt utstyr, opplæring og oppfølging av ansatte. Informantene oppgir at de ikke har kapasitet til det. Dessuten trekker de frem at samarbeidet med sykehuset, som i dag utfører disse oppgavene fungerer bra, så de ser ingen grunn til å endre på dette. Om sykehuset er enig i dette viser ikke denne undersøkelsen. Men med samhandlingsreformen ser man en tendens til at oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, så det kan tenkes at sykehuset ser for seg en slik ordning også når det gjelder enkelte barseltjenester.

## **6.3 Tilgang på midler og ressurser**

Staten kan, som beskrevet i kapittel 3.1, kun pålegge kommunene oppgaver ved lov eller hjemmel i lov (NOU 2005:6). Den nasjonale faglige retningslinjen er ikke lovpålagt, men normerende for hva som er anbefalt praksis (Holm, Helgesen og Risan 2013). Med dette



følger det er nærmest et krav at den følges. Funn i undersøkelsen viser at ledende helsesøster ønsker å følge anbefalingene i retningslinjen, og hun opplever at kommunen generelt er opptatt av at nasjonale retningslinjer følges. Allikevel er det faktorer som gjør det utfordrende å få dette til i praksis. Som beskrevet i teorikapittelet hadde jeg en antakelse om at kommunene vil ha utfordringer med å skaffe midler til å styrke jordmortjenesten og øke jordmors stillingsandel. Dette viser seg å stemme for de kommunene som ikke har iverksatt retningslinjen. Det er to viktige aspekter ved dette; det ene er at det mangler personale til å kunne utføre de oppgavene, slik Van Meter og van Horn også beskriver i sin modell. Dette utløser et behov for økte midler for å kunne ansatte flere jordmødre, eller øke stillingsbrøken til jordmoren som allerede er ansatt på den aktuelle helsestasjonen. Dette samsvarer med slik situasjonen synes å være angående jordmortjenesten generelt: leder i NSF Landsgruppen for helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik påpeker i et innlegg i Sykepleien (2014) at mange kommuner mangler jordmødre og at uten en betydelig styrkning av tjenesten blir anbefalingene i retningslinjen kun gode intensjoner.

Det andre aspektet er hvordan kommunene har prioritert å bruke midlene de har til disposisjon, og hvilken argumentasjon som ligger bak prioriteringene. Informantene i undersøkelsen beskriver at de ekstra styrkningsmidlene som staten har gitt kommunene de siste årene i stor grad har gått til å styrke helsesøstrene, og spesielt i skolehelsetjenesten. Jordmortjenesten har ikke vært prioritert i forbindelse med dette. Dette sammenfaller med at det har vært en nasjonal satsing for å styrke helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og signaler fra stat og kommuneledelsen om hva det skal satses på. Det foreligger i disse dager et høringsutkast på Nasjonal retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten, som omfatter blant annet helsesøstertjenesten og jordmortjenesten. I denne retningslinjen er ikke hjemmebesøk av jordmor beskrevet i det hele tatt, første kontakt med familien som er listet opp er hjemmebesøk av helsesøster fra dag 7-10 (Helsedirektoratet 2016). Dette sammenfaller dårlig med anbefalingene som foreligger i retningslinjen for barselomsorgen der tidlig hjemmebesøk av jordmor er en sterk anbefaling. I de fem kommunene som har iverksatt hjemmebesøk av jordmor, har fire av disse økt jordmødrenes stillingsbrøker (se tabell 1), så for disse kommunene stemmer ikke min antakelse om at midler til jordmortjenesten ikke var tilgjengelige. I disse kommunene har en økning av jordmortjenestene blitt prioritert innenfor rammene de har til disposisjon.

Med bakgrunn i funnene til Aune og Olufsen (2014) som påpeker en økende tendens til konflikt mellom profesjonene, var min antakelse at jeg ville finne tegn på profesjonskamp innad i personalgruppen på helsestasjonene som kunne bidra til å forklare grad av iverksetting. Mine funn viser ikke dette. Tvert imot beskriver ledende helsesøster at samarbeidsklimaet mellom de ulike profesjonene er godt og nært. Oppgavefordelingen når det gjelder hvem som gjør hva i forbindelse med hjemmebesøk til barselkvinner har forgått uten de store uenighetene mellom gruppene. En informant forteller at helsesøstrene ble veldig glade på jordmors vegne for at hun skulle få høyere stilling, og en ny jordmorkollega. Så en eventuell profesjonskamp synes å ligge på et høyere nivå enn lokalt på helsestasjonen, mer på det politiske planet om hvilken gruppe som skal prioriteres fremfor en annen som diskutert overnfor.

#### **6.4 Engasjement i forhold til iverksetting**

Kan forskjellene i grad av iverksetting knyttes til den enkelte leders holdninger og oppfatninger? Avslutningsvis i kapittel 2.5.5, som handler om iverksetternes handlingsvilje, antok jeg at ledende helsesøsters engasjement i forhold til å få til iverksettingen av retningslinjen var av betydning for i hvilken grad den har blitt iverksatt. Funnene i undersøkelsen støtter denne påstanden. Min undersøkelse tyder på at ledende helsesøsters personlige engasjement er av avgjørende betydning for om en økning i jordmortjenesten er blitt prioritert eller ikke. Plasserer man disse funnene inn i iverksettingsmodellen til Van Meter og Van Horn (se kap 3.4) fremkommer det at det i vårt tilfelle er en sterk sammenheng mellom tilgang på ressurser og iverksetternes handlingsvilje. Som Van Meter og Van Horn påpeker er disse aktørenes eller iverksetternes vilje for å gjennomføre tiltaket eller motvilje mot det av avgjørende betydning for utfallet (Kjellberg og Reitan 1995, 147). Slik jeg tolker funnene i undersøkelsen viste de lederne som var tydelige på hva som skiller jordmors kompetanse og helsesøsters kompetanse et større engasjement for å få etablert hjemmebesøk av jordmor, enn de lederne som ikke så hva jordmor kunne tilby barselkvinnene på det første hjemmebesøket etter fødsel.

Når det gjelder om den enkelte kommunejordmors engasjement er av betydning for om iverksettingen lykkes eller ikke, tyder funn i undersøkelsen på at det er tilfelle. Hva gjør at dette har så stor betydning? For det første er det få jordmødre ansatt til å gjøre hjemmebesøk, så oppgaven faller på henne dersom hjemmebesøk skal tilbys barselkvinnene. Det er derfor av betydning at hun stiller seg positiv og ønsker dette. For det andre vil en engasjert jordmor øve

press og gi støtte til ledende helsesøster i iverksettingsprosessen. Motsatt vil en jordmor som er negativ til disse endringene være til hinder for at iverksettingen lykkes, nettopp fordi hun som fagperson er en viktig brikke i utførelsen av tjenestene.

Et annet funn tyder på at lederne som har gjennomført iverksetting av anbefalte tiltak har jobbet på en systematisk måte opp med å synliggjøre betydningen av å styrke jordmortjenesten. Fleuren mfl (2014) viser i sin forskning at i en iverksettingsprosess er noen faktorer mer kritiske og viktige for å lykkes med iverksettingen. Ved å bruke forklaringsfaktoren til Fleuren i datainnsamlingen fikk jeg data som synliggjør på hvilke måte ledende helsesøster konkret har jobbet med iverksettingen. Basert på disse funnene i undersøkelsen ser jeg tendens til at de lederne som synes å ha hatt en god dialog med sine ansatte og inkludert aktuelle aktører i arbeidet med å lage rutiner for hvordan tjenesten skal utføres, har lykkes med iverksettingen i større grad enn de lederne som ikke beskriver tilsvarende forhold til sine ansatte. Videre har de jobbet systematisk opp mot kommuneledelsen for å argumentere for en prioritering av jordmortjenestene.

Ledende helsesøster i kommunene som har fått iverksatt anbefalte hjemmebesøk, eller er i gang med det, gir uttrykk for at hun har fått støtte og gehør fra lederen over seg i forhold til å prioritere og iverksette tiltakene. Videre tyder undersøkelsen på det motsatte i de kommunene som ikke har iverksatt tiltak; at støtte fra overordnede ledere er mindre. Ifølge Nilsen mfl (2016) opplever sykepleieledere lite støtte fra sine ledere. Materialet i min undersøkelse har kun enkle data angående dette, så jeg kan ikke trekke noen endelig konklusjon, men det peker i retning mot at funnene mine ikke gir tilsvarende resultat. I mitt materiale fremkommer det ikke at manko på støtte fra leder over har vært en utfordring i forbindelse med iverksettingen av retningslinjen. Derimot viser undersøkelsen de at ledende helsesøster i varierende grad har informert sine ledere om retningslinjen, og at hvor vidt lederen over kjenner til innholdet i retningslinjen avhenger nettopp av den informasjonen ledende helsesøster har presentert for vedkommende.

## **6.5 Samhandling med sykehuset**

Min antakelse var at samarbeidsavtalen om jordmortjenester mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene var kjent for ledende helsesøster. Funnene i undersøkelsen støtter ikke denne antakelsen. Kun en av informantene sa hun hadde god kjennskap til innholdet i avtalen, av de

andre informantene var ikke kjent med detaljene, en hadde ikke hørt om denne avtalen i det hele tatt. Til tross for dette formilder de at samarbeidet med sykehuset er viktig.

I undersøkelsen jeg gjorde fremkommer kommunikasjonen og utveksling av informasjon om pasienten (barselkvinnen) mellom sykehuset og kommunene som et viktig element i forhold til om iverksetting av tidlig hjemmebesøk til barselkvinner lykkes eller ikke. I en rapport fra Østfold utarbeidet i forhold til revisjon av samarbeidsavtalen mellom Sykehuset i Østfold og kommunene i Østfold viser det samme; at sen epikrise fra sykehus til kommunene utgjør et hinder for tidlig hjemmebesøk av kommunejordmor (Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold 2015b). Dette er også påpekt i retningslinjer for barselomsorgen (Helsedirektoratet 2014). Innføring av elektronisk epikrise mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil derfor være av stort betydning for kommunejordmors mulighet for å kunne komme på tidlig hjemmebesøk slik Helsedirektoratet anbefaler i retningslinjen for barselomsorgen.

## 7 Oppsummering

Tema i oppgaven har vært barselomsorgen, og den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen som ble publisert av Helsedirektoratet i 2014. Retningslinjen lister opp en rekke ulike anbefalinger i forhold til hvilke helsetjenestetilbud kommunene bør ha, og det er iverksettingen av det anbefalte tiltaket om tidlig hjemmebesøk av jordmor til barselkvinner som denne oppgaven har hatt fokus på. Problemstillingen i oppgaven har vært:

“I hvilken grad er den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen “Nytt liv og trygg barseltid for familien” iverksatt i kommuner i Vestfold og hva kan forklare om iverksettingen har lyktes eller ikke?”.

Iverksetting av en offentlig politikk, som en nasjonal faglig retningslinje, påvirkes av ulike faktorer som videre har betydning for utfallet av politikken eller tiltaket. Det er tre dimensjoner som har vært av overordnet betydning gjennom oppgaven. Den første er styringsforholdet mellom stat og kommune, og hvordan staten styrer kommunene gjennom bruk av ulike styringsverktøy. Den andre dimensjonen dreier seg om forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og den siste dimensjonen handler om forhold lokalt i kommunen, på den enkelte helsestasjonen. Forklaringsfaktorer i forhold til om iverksettingen av retningslinjen har lyktes eller ikke, spenner over alle tre dimensjonene.

I oppgaven har jeg gjennom kvalitative intervjuer av ledende helsesøster i kommunen, dokumentstudier og ved bruk av ulike teoribidrag om styringsforholdet mellom stat – kommune og iverksettingsteori belyst tema. I oppgavens analysedel drøfter jeg mine antakelser og funn. På bakgrunn av dette vil jeg oppsummere svarene på problemstillingen på følgende måte:

Retningslinjen er iverksatt i kommunene i varierende grad. Fem av de syv kommunene som var med i studien har begynt å tilby tidlig hjemmebesøk av jordmor. I utgangspunktet er alle informantene klare på at de/kommunen ønsker å følge nasjonale faglige retningslinjer, men det er ulike faktorer som utpeker seg som viktige i forhold til om de lykkes med å iverksette anbefalte tiltak eller ikke. Kommunene som har begynt med hjemmebesøk har styrket jordmortjenesten ved å gjøre en prioritering og omdisponering av rammemidlene de har til disposisjon. Videre tyder det på at godt samarbeid mellom ledende helsesøster og jordmor er

en viktig faktor, samt at både ledende helsesøster og jordmor er engasjert og motivert for å få iverksatt nettopp dette tiltaket. Videre viser resultatet fra studien at en forklaring på om iverksettingen lykkes er at ledende helsesøster har jobbet systematisk opp mot sine ledere i kommunen for å få støtte og aksept for å styrke jordmortjenesten. Dette henger sammen med at hun ser verdien av jordmors arbeid i forhold til barselkvinner. At epikrisen fra sykehuset om barselkvinnen kommer kommunene sent i hende, gjør at kommunejordmor ikke rekker å komme på hjemmebesøk tidlig nok, slik retningslinjen anbefaler. I kombinasjon med små stillingsbrøker for kommunejordmødrene utgjør dette et hinder for iverksetting av tidlig hjemmebesøk.

### **7.1 Implikasjoner for praksis**

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommuner og helseforetak å inngå forpliktende samarbeidsavtaler (Lov av 24. juni 2011 nr.33). En av disse avtalene gjelder jordmortjenestene. Som beskrevet i kapittel 2.1 skal samarbeidsavtalen om jordmortjenester mellom Sykehuset i Vestfold og X kommune i Vestfold revideres og tilpasses anbefalingene i retningslinjen for barselomsorgen. Resultatene som fremkommer i denne masteroppgaven vil i den forbindelse ha nytteverdi i forhold til kunnskap om hvorvidt kommunene har etablert tidlig hjemmebesøk eller ikke. Videre har dette betydning for hva den nye avtalen skal inneholde med tanke på oppgavefordelingen mellom sykehuset og kommunene.

I tillegg mener jeg at oppgaven vil være et viktig bidrag inn mot det fagpolitiske miljøet innenfor jordmorfaget, da den løfter frem et aktuelt tema og belyser utfordringer jordmødrene i kommunehelsetjenesten står i. Oppgaven har også en nytteverdi for ledende helsesøster ved at den beskriver hvilke faktorer som synes viktige for iverksetting av nye tiltak i kommunehelsetjenesten.

## Litteratur

- Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold. 2015a. *Samarbeid om svangerskaps og barselomsorg*. <http://ek.so-hf.no/docs/pub/dok29812.pdf> (19.04.2016)
- Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold. 2015b. *Sluttrapport. Klinisk utvalg for samarbeid om jordmortjenester*. <http://www.sykehuset-ostfold.no/fagfolk/samhandling/samhandling-kommunehelsetjenesten/administrativt-samarbeidsutvalg/Documents/Innkalling,%20sakspapirer,%20referat%20og%20vedlegg%20-%20samlet/2015/Innkalling%20ADMS%20170915.pdf> (19.04.2016)
- Aune, Ingvild og Vibeke Olufsen. 2014. *Et tverrfaglig samarbeidsprosjekt mellom jordmor- og helsesøsterutdanningen sett i lys av den didaktiske relasjonsmodellen*. Høgskolen i Sør-Trøndelag. DOI: [10.3402/uniped.v37.23029](https://doi.org/10.3402/uniped.v37.23029)
- Baker, R., J. Camosso-Stefinovic, C. Gillies, E. Shaw, F. Cheater og S. Flottort mfl. 2010. "Tailored interventions to overcome barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes". I: *The Cochrane Library*; 2010. Issue 3. Art. No.: CD005470.
- Baldersheim, Harald og Krister Ståhlberg. 2002. *From guided democracy to multi-lever governance: relations in central-local relations in the Nordic countries*. Local Government studies; 28 (3):74-90. Sitert i Helgøy, Ingrid og Jacob Aars, red. 2008. *Flernivåstyring og demokrati*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fineide, Mona Jerndahl og Helge Ramsdal. 2014. "Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer". I *Velferdens organisering*, red. Vabø, Mia og Signy Irene Vabo. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fleuren, M.A.H, Paulussen, T.G.W.M, Van Dommelen, P og Van Buuren S. 2014. *Measurement Instrument for Determinants of Innovations (MIDI)*. Leiden: TNO.2014. FOR-1983-11-23-1779. § 3. *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste*.
- Hanssen, Gro Sandkjær og Marit Helgesen. 2012. *Hvordan påvirker statlige, juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?* NIBR-rapport: 2012:26.
- Helgøy, Ingrid og Jacob Aars (red). 2008. *Flernivåstyring og demokrati*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Hellebø Rykkja, Lise. 2008. *Flernivåperspektiv og krisehåndtering*. Røkkansenteret. ISSN 1503-0946.
- Helsedirektoratet 2010a. *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Veileder. IS-1877.
- Helsedirektoratet 2010b. *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet*. IS-1815.
- Helsedirektoratet. 2010c. *Utviklingsstrategi i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Rapport. IS 18-1798.
- Helsedirektoratet. 2012. *Helsedirektoratets veileder for å skrive faglige retningslinjer*.
- Helsedirektoratet. 2014. *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. IS-2057.
- Helsedirektoratet. 2016. *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende i helsestasjon, skolehelsetjeneste og ungdomshelsestasjon*. Høring.  
<https://helsedirektoratet.no/horinger/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal helseplan (2007-2010)*.
- Helsetilsynet 2011. *Rapport frå tilsyn om barselomsorga*.
- Holm, Arne, Marit K. Helgesen og Lars C. Risan. 2013. *Kommunal variasjon i statlige veiledere og retningslinjer*. NIBR-rapport.
- Indseth, M mfl. 2012. *Likeverdighet mellom stat og kommunesektor*. NIBR-rapport.
- Johannessen, Asbjørn, Line Christoffersen og Per Arne Tufte. 2011. *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utgave. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Johnsen, Åge. 2010. "Hard og myk styring i offentlig sektor." I *Ledelse og styring*, red. Ladegård, Gro og Signy Vabo. Bergen: Fagbokforlaget
- Kjellberg, Francesco og Marit Reitan. 1995. *Studiet av offentlig politikk*. En innføring. Tano.
- Kommunal- og regionaldepartementet. 2012. *Statlig styring av kommunene og fylkeskommunene. Med retningslinjer for utforming av lover og forskrifter rettet mot kommunesektoren*.
- Ladegård, Gro og Signy Vabo (red). 2010. *Ledelse og styring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven).
- Lov av 2.juli 1999 nr. 63. *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Pasient- og brukerrettighetsloven).



- Lov av 24. juni 2011 nr.33.  *Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste (helse- og omsorgstjenesteloven).*
- Nebben, Eivor B., Ellen R. Arnesen, Annemor Kalleberg og Ingunn Botheim. 2010.  *Statlig styring av kommunene. Om utvikling i bruk av juridiske virkemidler på tre sektorer.* Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi). Rapport 2014:4. ISSN 1890-6583.
- Nilsen, Etti, Anja H. Olafsen, Anne Grethe Steinsvåg, Hallgeir Hallvari og Ellen K. Grov. 2016. Stuck between a rock and a hard place: the situation for nurses as leaders in municipal health care. I:  *Journal of multidisciplinary Healthcare.*
- NOU 2005:6.  *Samspill og tillit – om staten og lokaldemokratiet.*
- Repstad, Pål. 2007.  *Mellom nærhet og distanse.* 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ringdal, Kristen. 2007.  *Enhet og mangfold.* 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schelderup Eriksen, Hanne. 2014.  *Kvinner får ikke tilbudet de har krav på.*  
<http://sykepleien.no/meninger/innspill/2014/10/kvinner-far-ikke-tilbudet-de-har-krav-pa> (15.04.2016).
- Sosial- og helsedirektoratet. 2004.  *Kartlegging av jordmortjenesten og følgetjenesten. Rapport fra undersøkelse blant helsesjefer og jordmødre i kommunene.* Tntgallup.
- Sosial - og helsedirektoratet. 2010.  *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet.*
- St.meld.nr.12 (2008-2009).  *En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld.nr.47 (2008-2009).  *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*”. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp.nr. 1 (2007-2008). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sykepleien. 2014.  *Anbefaler hjemmebesøk av jordmor.*  
<https://sykepleien.no/2014/04/anbefaler-hjemmebesok-av-jordmor> (15.04.16)
- Tidsskrift for jordmødre. Den norske jordmorforening/nr.2 2016/122. årgang.
- Toppe Kjersti og Jenny Klinge. 2015. Representantforslag om å styrke jordmortjenesten i norske kommuner. Dokument 8:112 S(2014-2015). Stortinget.no
- Vabo, Signy. 2014. “Flernivåorganisering – lokal skreddersøm og nasjonale standarder”. I  *Velferdens organisering.* Vabø, Mia og Signy Irene Vabo, red. Oslo: Universitetesforlaget.
- Vabo, Signy. 2012. “Tiltakende statlig styring av kommunesektoren – også på eldreområdet?” I  *Det norske flernivådemokratiet.* Reitan Marit, Jo Saglie og Eivind Smith, red. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Van Meter, Donald og Carl E. Van Horn. 1975. "The policy Implementation Proses: A Conceptual Framework." *Administration and Society*. 4:445-488.

Vemundvik, Sissel, Tormod Rødsten, Margaret Hagevik, Ingunn Botheim og Mette Haarstad. 2013. *Direktoratets rolle i statens styring av kommunene*. Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi). Rapport 2013:4. ISSN 1880-6583.

## **Vedlegg:**

### **1. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

#### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

*”Iverksetting av faglig nasjonal retningslinje for barselomsorgen i kommunene i Vestfold”*

#### **Bakgrunn og formål**

Prosjektet er en masteroppgave i studiet Styring og ledelse i offentlig sektor, Høgskolen i Oslo og Akershus.

*Formålet med studien er å kartlegge hvor langt kommunene i Vestfold har kommet i arbeidet med å møte kravene skissert i den Faglige nasjonale retningslinjen for barselomsorgen som Helsedirektoratet utga i 2014, samt utforske hvordan lederne av jordmortjenesten i kommunene har jobbet strategisk med iverksetting/implementering av disse retningslinjene.*

Utvalget av informanter til studiet er valgt på bakgrunn av at de innehar posisjonen som ledere av jordmortjenesten i kommunene.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Datainnsamling vil i første omgang foregå ved telefonkontakt og videre med dybdeintervju av et utvalg av informantene. Spørsmålene vil omhandle hvor langt man er kommet i arbeidet med å møte kravene skissert i retningslinjen for barselomsorgen, spesielt med tanke på jordmor arbeidsfelt. Videre vil det stilles spørsmål angående hvilken strategi og vurderinger lederne av jordmortjenesten har tatt i bruk/gjort i implementeringen av nye tiltak. Intervjuene vil tas opp på bånd og skrives ut i tekst i etterkant.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun studenten som skriver oppgaven og dennes veileder som vil ha tilgang til navnet på informantene. Temaet i oppgaven skal ikke være personlig, men knyttes til arbeidet som kommunen gjør. Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.06.2016. Personopplysninger vil etter denne dato anonymiseres.

Data lagres på studentens private PC, ikke offentlig. Opptak som er gjort under intervju vil slettes.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Nina Herholdt Høyer, tlf 99747811.

[nina.hoyer@hotmail.com](mailto:nina.hoyer@hotmail.com)

Veileder på denne masteroppgaven er Inger-Marie Stigen, Høgskolen i Oslo og Akershus: [inger-marie.stigen@hioa.no](mailto:inger-marie.stigen@hioa.no) Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

### **Samtykke til deltakelse i studien:**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## 2. Intervjuguide

Innledende del:

### 1. Demografiske data:

- Stilling, arbeidssted

### 2. Plassering i organisasjonen:

- Hvem er nærmeste overordnede/hvem rapporterer du til?
- Hvor mange jordmorstillinger er det i din kommune/enhet? Stillingsbrøk/antall personer
- Hvor lenge har du hatt stillingen du har nå?

### 3. Spørsmål knyttet til hvor forpliktende kommunen opplever retningslinjen

- Hvor godt kjenner du den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen?
- Hvordan “forholder” din kommune seg til en slik retningslinje?
  - hvor god kjennskap mener du at dine ledere over deg har til denne retningslinjen?
  - hvor sterk forpliktelse føler du at dere som kommune har til å følge retningslinjen?
- I hvilken grad er retningslinjen innført i din kommune?
- Er endringene lagt inn i kommunens handlingsplan/strategiplaner?
- Hvor viktig tenker du retningslinjen er for barselkvinnene?
- Mener du at retningslinjen er basert på korrekt kunnskap/kunnskapsbasert?
- Opplever du støtte av andre ledere rundt deg i iverksettingen av retningslinjen?
- Hvordan opplever du at retningslinjen er mottatt av fagpersoner i din enhet?  
Jordmødre, helsesøstre, andre?
- Hvilke forventninger har du til resultatet for barselkvinnene? For jordmødrene?

### 4. Spørsmål tilknyttet hvilken strategi ledende helsesøster har brukt ved iverksetting

- Er det klart hvem som har ansvar for iverksetting av retningslinjen i din kommune?
- Er det organisatoriske hensyn som eventuelt vanskeliggjør iverksetting?
  - (mangel på personal, omorganisering mm)
- Er de ansatte involvert i planleggingen, eventuelt på hvilken måte
- Opplever du at retningslinjen er klar på hvilke tiltak som skal iverksettes?
- Har dere nok ressurser til å imøtekomme anbefalingene slik de er beskrevet? Eventuelt hva mangler?

- Har dere nok finansielle midler?
- Gir organisasjonen de involverte fagpersonene nok tid til å utføre tiltakene i retningslinjen?
- Stiller organisasjonen til disposisjon materielle ting eller fasiliteter som er nødvendig for å kunne utføre retningslinjen (bil, utstyr osv)
- Gis det jevnlig oppdatering til de involverte fagpersonene i organisasjonen hvor langt man er kommet i forhold til innføring av retningslinjen?
- Hvordan løser dere utfordringen med hjemmebesøk i helgene, helligdager osv?
- Samarbeider dere med andre kommuner i forhold til utfordringer knyttet til iverksettingen av retningslinjen?

#### 5. spørsmål knyttet til samarbeid spesialisthelsetjeneste og kommune

- Hvor godt kjenner du samarbeidsavtalen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene?
- Kjenner du bakgrunnen for avtalen?
- Mener du den er viktig?
- Hva bør vektlegges i en slik samarbeidsavtale?