

# HJEMMEBESØK TIL FAMILIER MED NYFØDT BARN

Rapport fra kartlegging av helsesøsters tilbud  
ved helsestasjoner i Bergen



TORIL ØKLAND OG ESTHER HJÄLMHULT

## Forord

Hensikten med prosjektet "Hjemmebesøk til familier med nyfødte barn" har vært å dokumentere kunnskap om helsesøsters hjemmebesøk til foreldre med nyfødte barn, og på sikt medvirke til å utvikle og styrke praksis. Helsesøsters første møte med familien skjer oftest ved besøk etter hjemkomst med nyfødt barn. Hjemmebesøket skal tilbys innen to uker etter fødsel. I Veileder til forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten framheves det at hjemmebesøket gir en god innfallsvinkel til videre samarbeid med familien og oppfølging av barnet (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Familien får svar på spørsmål, samt råd og veiledning på hjemmebane. Arbeidsformen er tidkrevende, men blir framhevet som viktig i det forebyggende arbeidet (Fagerlund 2007, Hjälmhult 2009). Siden 1990-tallet kan det tyde på en gradvis reduksjon i tilbud om hjemmebesøk, samtidig som føde-/barselavdelinger praktiserer kortere liggetid for mor og barn (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD 2008). Spørsmålet er hvilken gevinst hjemmebesøket kan gi i dagens samfunn.

Prosjektmetoden gikk ut på å kartlegge helsesøstres vurderinger i forhold til oppgaven hjemmebesøk til nyblivne foreldre i Bergen. Datainnsamling skjedde i desember 2007 ved elektronisk tilsendt spørreskjema til 82 helsesøstre. Førtini av dem svarte, og ga dermed en svarprosent på 60.

Noen av funnene fra undersøkelsen er presentert:

- poster på NSF's Sykepleierkongress 2008 og Landsgruppe av helsesøstres kongress 2010
- seminarer i kvalitetsforbedring, Bergen kommune
- forelesning for helsesøsterstudenter

Prosjektet "Hjemmebesøk til familier med nyfødte barn" er forankret i Byrådsavdeling Helse og Inkludering, Bergen kommune med resultatansvar Toril Økland som hovedansvarlig for kartleggingsundersøkelsen. Førsteamanuensis, helsesøster Esther Hjälmhult, Høgskolen i Bergen, Avdeling for helse- og sosialfag/Institutt for videreutdanning har veiledet og medvirket i prosjektprosessen og rapportskrivning.

Takk

Først og fremst en stor takk til ansatte i Bergen kommune: Helsesøstre for besvarelsene, ledende helsesøstre for støtte og ulike bidrag, medlemmene i Sentral kvalitetsgruppe for helsestasjons- og skolehelsetjenesten for interesse og støtte og Byrådsavdeling Helse og omsorg for tilgang og hjelp til elektronisk utsending av spørreskjema og redskap for analyse av funnene. Videre takk til helsesøstre som deltok i pilotundersøkelse av spørreskjemaet, bl. a. fra Kristiansund, og ellers andre

som har vist interesse og ikke minst dere som har gitt verdifulle innspill underveis i skriveprosessen; Britt Darlington, Liv Tønjum og Kari Glavin.

Økonomiske bidrag fra Landsgruppen av helsesøstre (kr 15 000) og Norsk Sykepleierforbund (kr 45 000) gav stor inspirasjon til både å sette i gang og fullføre en lærerik utviklingsprosess som har gitt kunnskap om hvordan hjemmebesøk blir praktisert ved helsesøstre i Bergen.

Hjertelig takk alle sammen!

Bergen 10.10.2010

Toril Økland  
Prosjektleder/enhetsleder/helsesøster

Esther Hjälmhult  
Førsteamanuensis/helsesøster

## Sammendrag

Hensikten med prosjektet har vært å utvikle og styrke praksis gjennom å dokumentere kunnskap om helsesøsters hjemmebesøk til foreldre med nyfødte barn. I følge sentrale forskrifter og retningslinjer skal hjemmebesøk tilbys foreldre med nyfødt barn, helst innen to uker etter fødsel. Siden midten av 1990-årene tyder antall hjemmebesøk på å reduseres i en del kommuner og bydeler, samtidig som mor og barn ofte utskrives tidlig fra fødeinstitusjon. Oppsummering av eksisterende forskning omkring hjemmebesøk tydeliggjør at Norden er spesiell med et universelt tilbud. Forskningen er sparsom, men gir likevel viktig bidrag til å synliggjøre, problematisere og utvikle god praksis for å kunne ta velinformerte beslutninger.

**Problemstilling.** Hvordan vurderer og vektlegger helsesøstre sin praksis omkring hjemmebesøksstilbudet?

**Metodisk tilnærming.** I prosjektet kartlegges helsesøstres vurderinger og vektlegging av hjemmebesøk til nyblivne foreldre i Bergen. Datainnsamling med spørreskjema til 82 helsesøstre er gjennomført 2007 med svarprosent på 60. Data er statistisk bearbeidet med kommunens dataprogramsystem Corporator. Åpne underspørsmål er kvalitativt bearbeidet og analysert.

**Funn.** Helsesøstrene mener det er stort behov for hjemmebesøk, og med noen unntak omkring premature barn og barselkvinnen kjenner de seg godt kompetente til oppgaven. Undersøkelsen viser likevel at foreldre med nyfødt barn i Bergen i ulik grad får dette tilbudet. Ved tidspress prioriterer en del helsesøstre hjemmebesøk kun til førstegangsfødende. Svarene tyder også på at noen med en egendefinert praksis ytterligere nedprioriter oppgaven og avviker fra offentlige anbefalinger. Måten helsesøster presenterer tilbudet på, kan spille en avgjørende rolle for om foreldre takker ja til hjemmebesøk. Dersom hjemmebesøket utelates, er det ikke nødvendigvis en tidsbesparelse, fordi foreldre ofte kompenserer med hyppigere konsultasjoner på helsestasjonen.

**Konklusjon.** Undersøkelsen viser noen årsaker til ujevn hjemmebesøksdekning og ulikt helsetjenestetilbud til nyblivne foreldre i Bergen. Det kan være aktuelt for noen å videreutvikle sin faglige kompetanse i forhold til premature barn og deres familier.

## **Innhold**

	Forord	Side 2
	Sammendrag	Side 4
<b>1.</b>	<b>Bakgrunn</b>	Side 6
<b>2.</b>	<b>Innledning</b>	Side 8
<b>3.</b>	<b>Om metoden i kartleggingsundersøkelsen</b>	Side 12
<b>4.</b>	<b>Resultater</b>	Side 14
<b>5.</b>	<b>Diskusjon</b>	Side 22
<b>6.</b>	<b>Oppsummering</b>	Side 35
<b>7.</b>	<b>Referanser</b>	Side 36
	Vedlegg	

# 1. Bakgrunn for undersøkelsen

I dette kapittelet begrunnes interessen for kartlegging av helsesøsteres praksis av hjemmebesøk til familier med nyfødte barn.

Det blir fremhevet at hjemmebesøk til nyfødte blir nedprioritert i tider med ressursknappe rammer (Statistisk sentralbyrå (SSB 2009)). Det er lite forsket på hvilke kriterier som legges til grunn når helsesøster foretar prioriteringer om hvem som skal tilbys hjemmebesøk. Oppfatningen er at hjemmebesøk til førstegangsfødende er hovedkriterium, men dette er ikke systematisk dokumentert. Hva helsesøster tilbyr som alternativ til familier som ikke får tilbud eller ikke ønsker hjemmebesøk, er også lite dokumentert. Det foreligger ingen tidligere systematisk kartlegging i Bergen hvor helsesøstre har beskrevet sin oppfatning og vurdering av hjemmebesøket. Tidligere var helsesøstre informanter i en forundersøkelse om hjemmebesøk fra helsestasjonen (Bild 1996).

I 2007 var det 25 helsestasjoner i Bergen kommune fordelt på 8 resultatenheter helsestasjons- og skolehelsetjeneste (1 pr. bydel). Antall helsestasjoner varierer mellom 2 til 6 pr. resultatenhet. Antall nyfødte barn som årlig meldes til helsestasjonene er ca. 3 200.

Med denne spørreundersøkelsen var ønsket å kartlegge helsesøstrene i Bergen sine erfaringer med hjemmebesøk til familier med nyfødt barn. Det var også ønskelig å finne ut i hvilken grad tilbudet blir tilrettelagt slik at foreldre med nyfødte barn i Bergen mottar et likeverdig helsetilbud. Det startet med søknad om fagstipend til NSF's Landsgruppe av helsesøstre i mars 2007. Rask tilbakemelding derfra om økonomisk og faglig støtte til utviklingsarbeidet, ble en inspirasjon og videre planlegging kom i gang samme vår/sommer.

Prosjektet "Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn" ble høsten 2007 drøftet i ledernettverket for enhetsledere for helsestasjonene og Sentral kvalitetsgruppe for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Begge fora gav positiv tilslutning til den utarbeidete planen og behovet for dette utviklingsarbeidet. Søknad ble 9. oktober 2007 sendt kommunaldirektør for Byrådsavdeling helse og omsorg om å få benytte programsystemet Corporator (operativt datasystem og – program) til utsending av spørreskjema, purring, analyse og bearbeiding av data, hvilket ble godkjent. Følgende fremgikk bl. a. av svarbrevet: "Hjemmebesøk til familier med nyfødte barn er en viktig del av helsestasjonstjenesten, og er nedfelt som mål i budsjettforslag 2008 og i Styringskortet<sup>1</sup> for tjenesteområdet" (Bergen kommune, saksnr. 200502811-63).

---

<sup>1</sup> Styringskortet (innført i 2004, Bergen kommune) angir strategiske mål, indikatorer og ambisjoner for måloppnåelse i tjenestene. Det gir grunnlag for utarbeidelse av lokale årlige handlings-/virksomhetsplaner og årsrapporter (Byrådsavdeling helse og inkludering, 2010).

I 1995 ble det i Norge gjennomført hjemmebesøk til ca. 80 % av alle familier med nyfødte barn (St Helsetilsyn 1998). I perioden 2005-2008 er hjemmebesøk i Norge henholdsvis: 79, 80, 75 og 75 % (SSB 2009). I kommentardelen sies det at bare 3 av 4 nyfødte fikk tilbud om hjemmebesøk i de siste årene. Nedgang og lav dekningsgrad skyldes at flere kommuner tilbyr hjemmebesøk kun til førstegangsfødende, eller bare tilbyr samtale på helsestasjonen istedenfor hjemme hos familien (www.ssb/helsetj.ko - søkt 19.02.2010).

I Bergen kommune viser KOSTRA-tall<sup>2</sup> 2005 at hjemmebesøkets dekningsgrad var på 72 %, og statistikken viste stor variasjon mellom bydelene (fra 95 til 13 %). Utviklingen de neste tre årene (2006-2008) viser henholdsvis 91<sup>3</sup>, 72, 70 % for Bergen kommune (SSB 2010). Bergen kommune ligger klart under gjennomsnittet sammenlignet med landet for øvrig. I 2009 økte hjemmebesøksdekning til 80 %.

Med senere tids stadig kortere liggetid på føde-/barselavdeling får tidlig hjemmebesøk økt betydning (HOD 2008). Barseloppholdet ved Kvinneklinikken i Bergen ble i 2005 redusert til standard 48 timer. I realiteten utskrives barselkvinnen med barnet 1-2 døgn etter fødselen. Tilgangen på kyndig hjelp og veiledning tidlig etter hjemkomst er uttrykt brukerbehov for å kunne oppleve trygghet og mestring i foreldrerollen (ibid). I sin nye rolle som far og mor for første gang, er det naturlig å søke bekreftelse på om en er gode nok foreldre. Familie- og vennenettverket er ikke alltid like tilgjengelig med støtte og erfaringer.

Helsesøster bruker også hjembesøk som metode i andre sammenhenger hvor hun samarbeider med familien. Hjemmebesøk til nyfødte er hovedfokus i denne kartleggingsundersøkelsen, i tillegg er det ett spørsmål om adoptivforeldre tilbys hjemmebesøk.

Problemstillingene var:

1. Hvordan vurderer, prioriterer og vektlegger helsesøstre sitt tilbud om hjemmebesøk til nyfødte barn?
2. Er det et faglig dilemma for helsesøstre at de ikke tilbyr hjemmebesøk til nyfødte barn?
3. Hvordan vurderer helsesøstre sin kompetanse for å gjennomføre hjemmebesøk til familier med nyfødte barn?

---

<sup>2</sup> KOSTRA tall – Kommune Statistikk Rapportering, Statistisk sentralbyrå

<sup>3</sup> Upålitelig tall pga ulik registreringsmåte i HsPro journalene.

## 2. Innledning

Hensikten med dette kapitlet er kort å belyse det faglige grunnlaget for hjemmebesøk til familier med nyfødt barn med perspektiver fra forskning og andre dokumenterte beskrivelser.

Alle familier med nyfødt barn skal ha tilbud om hjemmebesøk av helsesøster kort tid etter hjemkomst fra føde-/barselavdeling (Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) 2003 § 2-3). Hjemmebesøk er en sentral oppgave i helsestasjonsarbeidet og har lange tradisjoner som et viktig forebyggende tiltak. Som alle tilbud knyttet til helsestasjonstjenesten, er hjemmebesøket et frivillig tilbud. På hjemmebesøket kan helsesøster blant annet vurdere barnets helse, utvikling og trivsel, mors helse og familiens situasjon. Helsesøster får et grunnlag for å danne seg et bilde av barnets situasjon og oppvekstmiljø og familiens behov for hjelp og støtte. Blant helsesøstrene fremheves hjemmebesøket som et positivt tiltak for å etablere tidlig og personlig kontakt som grunnlag for samarbeid og videre oppfølging. I en svensk studie oppgir helsesøstre at hjemmebesøket øker kvaliteten på deres arbeid og bidrar til et helhetsbilde av familiens situasjon (Jansson et al. 1998).

Hjemmebesøkets mål og oppgaver var tidligere mye knyttet til kontroll av familiens bolig, hygiene og barnets ernæring (Janson 2002, Fagerlund 2007). Samfunnet og helseutfordringene har endret seg, kontrollaspektet er blitt dempet til fordel for fokus på foreldrenes deltakelse og selvstendighet (Helseth 2001, 2002, Jansson et al. 2003).

Hensikten med hjemmebesøket er å skape kontakt og bli kjent med familien i deres eget miljø, og å bidra med støtte og tilpasset informasjon og veiledning. Sentralt i dette er støtte til mestring og bidra til trygghet i foreldrerollen (Brudal 2000, Helseth 2002). Dette er en fase som spesielt for førstegangsførelse er preget av mye usikkerhet. Deres spørsmål og veiledningsbehov er om fødsel, barseltid, amming, vekst, spedbarnsstell, barnets døgnrytme, mors helse og familiesituasjonen. Temaene som berøres kan være alt foreldre med nyfødte barn er opptatte av, og samtalen handler også om samspill i familien, forebygging av røyking og skader/ulykker, foreldrenes rettigheter samt om seksualitet, samliv og prevensjon. Veilederens anbefalte temaer for hjemmebesøket er mange, og bygger på erfaringer fra foreldrenes ønsker om hva som kan være aktuelt å ta opp (Shdir 2004).

I artikkelen "Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn?" beskrives funn i internasjonal forskning på erfaringer og effekt omkring helsesøstres hjemmebesøk (Hjälmhult 2009). Det konkluderes med at det er lite forskning på hjemmebesøk som universelt tilbud slik tilbudet er i Norge, øvrige nordiske land, samt Storbritannia. Internasjonal forskning har i stor grad vært opptatt av å dokumentere resultater av intervensjon ved hjemmebesøk til risikobarn og deres familier. Sparsom



forskning tiltross, artikkelen beskriver funn som kan være viktig støtte for å videreutvikle kvaliteten på hjemmebesøk som universelt tilbud, blant annet:

- Mødre som hadde mottatt hjemmebesøk uttrykte større tilfredshet med helsesøster enn de som hadde hatt første møtet på helsestasjonen.
- Mødre svarte at de fikk bedre ammeveiledning på hjemmebesøk.
- Mødre opplevde større trygghet, og i tillegg var hjemmebesøk praktisk og nyttig.
- Særlig mødre fra storbyområder mente at hjemmebesøk var en viktig faktor i god helsetjeneste til barn.
- Hjemmebesøk ble foretrukket fremfor besøk på helsestasjonen.
- Helsesøster hadde tid og var personlig.
- Foreldrene oppgav at undersøkelse av barnet og informasjon om barnestell, ernæring og utvikling var viktige tema for dem.
- Kontinuitet er viktig for foreldre, de ønsker å møte samme helsesøster.
- Universelle hjemmebesøk kan ha betydning for utvikling av gode relasjoner. Dette kan gi grunnlag for bedre selektiv støtte og hjelp, for eksempel ved forekomst av depresjon etter fødsel.
- Hjemmebesøket gir mulighet til tidlig støtte og veiledning, og særlig når det har vært kritiske hendelser knyttet til fødsel og ved behov for å bearbeide opplevelser.

I rapporten "Litteratursøk Helsestasjons- og skolehelsetjenesten" beskrives utførte søk etter forskning om effekt av ulike tiltak i tjenestene, blant annet hjemmebesøket (Nasjonalt Kunnskapssenter 2009). De fleste av de 20 referansene (flere er systematiske oversikter) omhandler hjemmebesøk til risikobarn og -familier. I likhet med Hjälmhult's artikkel er det også her flere funn som viser at hjemmebesøk har effekt, om sparsomme, på noen områder. Engelsk hjemmebesøksprogram ved helsesøster (health visitor) kan ha potensialer som å øke foreldrenes ferdigheter og bedre hjemmemiljøet for barnet (Kendrick et al. 2000). Det påpekes samtidig at mange studier mangler teoretiske rammer som er sterke nok til å finne sammenheng mellom intervensjon og effekt. Behovet for videre forskning og evaluering blir understreket.

I en engelsk rapport "Ante- and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews. Evidence briefing" som systematisk gjennomgår forskning om hvorvidt hjemmebesøk har effekt, starter sin oppsummering med: "Visiting pregnant women and new mothers at home has become an increasingly important activity for public health nursing in many countries" (Bull et al. 2004). I rapporten defineres hjemmebesøk som ett sett av intervensjoner for å oppnå resultater innenfor områder som: foreldreferdigheter, psykososial støtte til foreldre, stimulering av barn og helseovervåkning av barn og mors helse. I England er hjemmebesøk et universelt tilbud til kvinnen både under graviditet og i barseltid og i den videre oppfølgingen av barnets helse og utvikling. I tillegg inngår hjemmebesøket som nøkkelfaktor i deres folkehelsearbeid for likeverdig tilbud "Sure Start programme" – en multi komponenters

støttestrategi til familier med barn 0-4 år i bestemte vanskeligstilte lokale områder. Helsetilbudet til gravide og barn 0-5 år er organisert annerledes i England enn i Norge. Erfaringer og forskning fra England i tillegg til de nordiske landene benyttes av norske fagmiljø og helsemyndigheter som grunnlag for vurdering av risiko og behov, samt beslutninger om faglig innhold i retningslinjer og organisering av helsetjenester til barn og unge (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2010, Shdir 2005, 2007a, Helsedirektoratet 2010). I USA der hjemmebesøk ikke er et universelt tilbud, har et stadig økende antall foreldre med små barn mottatt hjemmebesøk som tiltak for å forebygge risiko og problemer som forbindes med helse og sosial ulikhet bl.a. gjennom New Home Visitation Programme (NHVP) (Olds et al. 2000).

Samtidig som hjemmebesøk har oppnådd politisk konsensus som effektiv strategi for å bekjempe sosial ulikhet i barnebefolkningen, er den vitenskapelige litteraturen mer kompleks i sin dokumentasjon (Bull et al. 2004). Det universelle tilbudet i England er ikke evaluert som kontrollerte forsøk, så det er i hovedsak hjemmebesøks programmer i USA som diskuteres i rapporten med tanke på om det er effekt av hjemmebesøk. De fleste av disse er til risikobarn og deres familier, og intervensjoner i slike programmer blir gjennomført ved flere hjemmebesøk over tid til samme familie.

Den engelske rapportens metodiske innfalsvinkler og funn peker på flere områder. Forskning på hjemmebesøket er belyst om effekt forekommer i forhold til barns fysiske helse, barnemishandling, skader blant barn, fysisk og intellektuell utvikling, barns immunitet, sykehusinnleggelse, amming, barneernæring, foreldrerolle og ansvar, mors psykiske helse, sosial støtte og fremskritt hos mor i arbeid og utdanning. I tillegg er det sett på om hjemmebesøket er samfunnsøkonomisk. Det fremheves at hjemmebesøk som har flere fokus med utgangspunkt i familiens behov, har større effekt enn de som har begrenset målsetting. Rapporten slår imidlertid fast at det å måle effekter av hjemmebesøk er en usedvanlig komplisert oppgave. Likevel gir den et bilde som konkluderer med at hjemmebesøk til barnefamilier kan assosieres med effekter som:

- ✓ Styrker foreldrenes rolle og ansvar
- ✓ Positiv endring i barns atferdsproblemer
- ✓ Reduksjon i skader og ulykker blant barn
- ✓ Bedre oppdagelse og mestring av fødselsdepresjon

Mors helse og velbefinnende har stor betydning for utvikling av mor–barn relasjonen og for hele familien. Kvinner med økt risiko for fødselsdepresjon, kan få hjelp på hjemmebesøket med senere oppfølging. Støttende samtaler tidlig ved helsesøster kan fremme mental helse og gi lavere forekomst av depresjon etter fødsel. I diskusjonen om innføring av screeningsverktøy for tidlig å avdekke fødselsdepresjon hos kvinner ved hjelp av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), er temaet hjemmebesøk aktualisert (Glavin 2007, Glavin et al. 2009, Folkehelseinstituttet 2007). Informasjon om fødselsdepresjon på hjemmebesøket er en viktig del av intervensjonsprogrammet. Glavin et al. (2009) viser i sin forskning på at tidlig hjelp til deprimerede mødre er spesielt

viktig i en tid foreldrene opplever tidsklemme og mangel på sosialt nettverk og støtte. Deltakelse av far på hjemmebesøket har spesiell betydning for støtten mor trenger ved risiko eller begynnende fødselsdepresjon hos mor. I rapporten "Svangerskap og psykisk helse" om kvinnens psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel, støttes dette med betydningen av tidlig hjelp (Nasjonalt kunnskapssenter 2005).

Med bakgrunn i funnene i TOPP-studien<sup>4</sup>, Folkehelseinstituttet (2007) anbefaler forskerne obligatorisk hjemmebesøk til alle familier med førskolebarn, i kombinasjon med systematisk oppfølging og støtte til familier som sliter (Scheldrup Mathiesen og Karevold 2010).

---

<sup>4</sup> Toppstudien gjennomført av Nasjonalt Folkehelseinstitutt omhandler psykisk helse, trivsel og oppvekst hos barn, unge og deres familier.

### 3. Om metoden i kartleggingsundersøkelsen

Når prosjektet "Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn" hadde fått nødvendig tilslutning, startet utarbeidelse av spørreskjema som datainnsamlingsmetode. Prosjektansvarlig fikk underveis innspill og vurdering på utkast fra tre ledende helsesøstre i Bergen. Pilotundersøkelse av spørreskjemaets spørsmål ble gjennomført blant helsesøstre i Kristiansund og 3 helsesøstre som deltok på LaH lederkonferanse oktober 2007. Hensikten var å få tilbakemelding på spørsmålenes kvalitet og avdekke vanskeligheter med skjemaet.

I spørreundersøkelsen ønsket vi svar på:

- forhold i helsesøsters arbeidssituasjon av betydning for hjemmebesøket (spørsmålene 1-5)
- planlegging og gjennomføring av hjemmebesøket (spørsmålene 6-28)
- tilbudet når hjemmebesøk ikke gjennomføres (spørsmålene 29-32)
- hjemmebesøk til andre barn (spørsmål 33),
- bakgrunnsopplysninger (spørsmålene 34-40)
- muligheter og begrensninger i forhold til hjemmebesøket (spørsmålene 41-42)

Spørreskjemaet ble utformet for å besvare disse områdene. Spørsmål 1-42 (vedlegg 1) hadde faste, men ulike svaralternativer med unntak av 3 (spørsmålene 15, 23 og 28) som var åpne beskrivende spørsmål. Flere spørsmål hadde underspørsmål. Siste spørsmål (43) gav informanten mulighet til å utdype sine kommentarer om hjemmebesøket. Elektronisk spørreskjema ble utsendt via Corporator 4. desember 2007 til 82 helsesøstre. Ledende helsesøstre hadde i forkant informert helsesøstre om spørreskjemaet som ville komme pr e-post, og oppfordret dem til å svare. Det oppstod en teknisk feil i datasystemet som førte til at noen helsesøstre ikke mottok spørreskjemaet. De tilbakemeldte dette via sin ledende helsesøster som kontaktet ansvarlig for prosjektet. De ble identifisert på en navneliste, og ansvarlig for Corporator sendte spørreskjemaet 17. desember til helsesøstre som var utelatt i første utsending.

Utvalget var alle helsesøstre (82) i Bergen kommune som gav tilbud om hjemmebesøk til familier med nyfødte barn.

Prosjektansvarlig fikk dataveiledning/-hjelp fra konsulent i rådgivningsenhet Seksjon for Konkurrans og Utvikling, Bergen kommune. Innsamlet data fra spørreundersøkelsen ble kvantitativ bearbeidet og analysert ved hjelp av Corporator i perioden februar- mars 2008. Prosjektansvarlig fikk elektronisk pdf-fil oversendt 13.03.08 med funnene grafisk fremstilt i prosent og antall. Helsesøstrenes besvarelser på de åpne spørsmålene (vedlegg 1) inngikk i rapportfiler enten som Excel grafer eller tekstfil med sitater. Disse fikk kvalitativ bearbeidelse og analyse.

Ledende helsesøstre ønsket resultatene innlagt elektronisk i Styringskortet, samt funn presentert fra egen bydel. Etter en del runder frem og tilbake om dette med ansvarlig for dataene i Corporator, viste det seg vanskelig av tekniske årsaker.

## 4. Resultater

I dette kapitlet blir funn fra kartleggingsundersøkelsen presentert. Av 82 helsesøstre som fikk tilsendt spørreskjema svarte 49. Det gav en svarprosent på 60 %.

### Helsesøster og deres arbeidssituasjon

Som bakgrunnsinformasjon ble det spurt om ulike forhold som kunne tenkes å ha betydning for svarenes innhold. Sammenfattet gir svarene følgende kjennetegn ved helsesøstrene:

- ✓ arbeidssted: de fleste (43) arbeider i et faglig sosialt fellesskap med to eller flere helsesøsterkollega på sin helsestasjon
- ✓ erfaring som helsesøster: de fleste (36) har mer enn 5 år, 5 mer enn 20 år og 3 mindre enn 2 år
- ✓ alder: ca halvparten (25) er mellom 41-50 år, mens 10 er under 30 år, 8 er mellom 51-60 år og 6 er over 60 år
- ✓ utdanningsår: over halvparten (30) har sin utdanning fra før år 2000
- ✓ helsesøsterutdanning: mange (38) er utdannet ved Høgskolen i Bergen. De andre er utdannet ved Høgskolen i Sør Trøndelag (6) eller Statens senter for høgskoleutdanning, Bygdøy (5)
- ✓ stillingsstørrelse: 28 har deltidstilling 50-90 %, mens 21 arbeider 100 % stilling
- ✓ de fleste av de 49 helsesøstrene svarer at de samtidig arbeider innenfor flere virkeområder enn helsestasjonen:
  - skolehelsetjeneste (39)
  - helsestasjon for ungdom (9)
  - prosjektoppgaver (3)

Trettiseks helsesøstre arbeider på stor eller ganske stor helsestasjon med over 150 fødselsrapporter (melding om nyfødt barn fra føde-/barselavdeling). Tjueåtte helsesøstre arbeider på helsestasjon med fem eller flere helsesøsterkollegaer. Med unntak av en helsesøster ("1-bemannet helsestasjon") arbeider resten på helsestasjoner med to-fire kollegaer.

Nærmest alle (48) opplyser at de tilbyr helsestasjonsprogram bestående av både gruppe- og individuelle konsultasjoner. Annet gruppetilbud som oppgis er: barselgruppe, Godt samliv, tvillinggruppe, søvngruppe, kostholdsgruppe og ICDP-gruppe (spesielt program for foreldreveiledning).

### Planlegging og gjennomføring av hjemmebesøksstilbudet

Måten fødselsrapporter fordeles på legger vanligvis føringer for hvilken helsesøster som følger opp og er ansvarlig for familier med barn fra nyfødt- til skolealder. Svarene

viser at fordeling av fødselsrapporter blant helsesøstre er organisert på følgende måter:

1. "et system uten distrikter" – 27 (55 %)
2. "alle har hvert sitt distrikt" – 13 (27 %)
3. "har en blanding av systemer" - 7 (14 %)
4. "har ikke noe bestemt system" - 2 (4 %)

De fleste (36 helsesøstre) oppfatter at deres etablerte fordelingsmåte fungerer tilfredstillende, mens 10 svarer at de ikke gjør det.

### **Faglige diskusjoner om prioritering av hjemmebesøk**

Prioritering av hjemmebesøkstilbud oppgis av 37 helsesøstre å være vanlig faglig diskusjonstema, mens 10 svarer at de ikke diskuterer dette temaet. Etter de fleste (39) helsesøstres mening praktiseres hjemmebesøket noenlunde likt til foreldre i Bergen.

### **Hvem tilbys hjemmebesøk**

Et vesentlig spørsmål er hvilke foreldre som tilbys hjemmebesøk av helsesøster. Kategoriene som peker seg ut er:

- (1) til alle foreldre med nyfødte barn (oppgis av 33 helsesøstre)
- (2) til førstegangsfødende (14 helsesøstre)
- (3) til familier etter anmodning (11 helsesøstre)
- (4) en praksis med kombinasjon førstegangsfødende og etter anmodning fra foreldrene (9 har avkrysset flere svaralternativer = 58 avgitte svar)

Følgende sitater fra helsesøstrene om hvem de tilbyr hjemmebesøk:

- Ved kapasitet får alle tilbud om hjemmebesøk, men det er ikke alltid tid til dette.
- Tilbyr hjemmebesøk til familier vi ikke kjenner i den grad vi har tid til det.
- Når en har tid bestreber jeg å tilby det til alle familier med nyfødt barn. Alltid til 1. gangsfødende.
- Tilbyr i utgangspunktet alle familier hjemmebesøk, men pga tidspress er ikke alltid dette mulig. Da prioriteres 1. gangsfødende. Ofte må familien komme til helsestasjonen i stedet.
- Etter sommeren 2007, har vi forsøkt å tilby alle hjemmebesøk. Men jeg ordlegger meg litt annerledes til 2.-3. gangs fødende.
- Tilbyr hjemmebesøk der jeg har tid og anledning.

### **Praksis når hjemmebesøk ikke gjennomføres**

Helsesøstre som av en eller annen grunn ikke gjennomfører hjemmebesøk, inviterer foreldre og barnet til helsestasjonen (34) eller har telefonkontakt (15).

### **Presentasjon av hjemmebesøket**

Når helsesøstre ringer familien, formulerer de seg på følgende måter:

1. "Jeg ønsker å tilby dere hjemmebesøk, når vil det passe?" eller "Jeg ringer for å avtale hjemmebesøk, når vil det passe?" – slik svarer henholdsvis 25 og 23 helsesøstre at de uttrykker seg.
2. "Vi har det for tiden såpass travelt, har du/dere istedenfor tid å komme til helsestasjonen?" - en variant som benyttes av og til av 13 helsesøstre.
3. "Hvordan er det, trenger du/dere hjemmebesøk?" denne måten benyttes av og til av 8 helsesøstre.

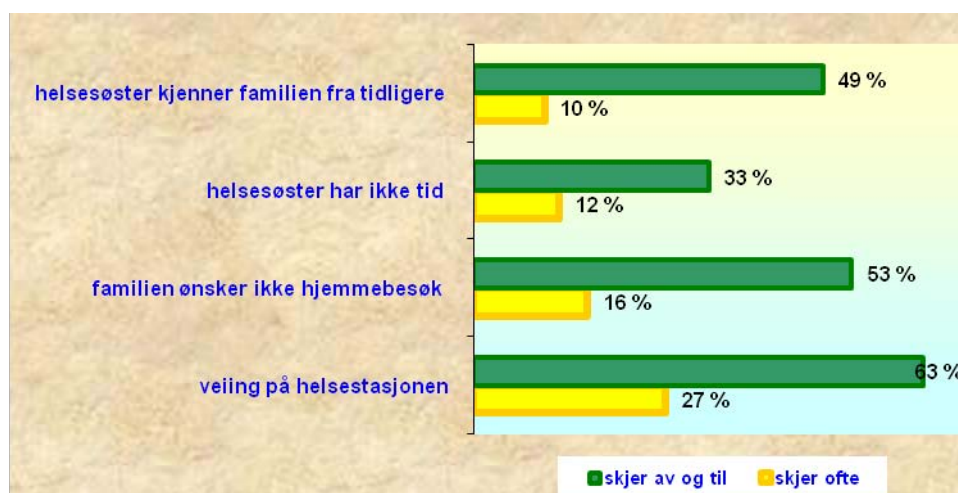
### Familier med utvidet behov

Når helsesøster har bakgrunnsinformasjon om barnet/familien som indikerer at hjemmebesøk er spesielt viktig, formulerer over halvparten (29) av helsesøstrene tilbudet på en måte som viser et aktivt ønske om å komme hjem til familien. Sytten inviterer seg omtrent på samme måte som til alle andre, og ni ber familien likevel å komme til helsestasjonen.

### Foreldre mottar ikke hjemmebesøk

Hovedgrunner til at hjemmebesøk ikke gjennomføres:

1. Veiing på helsestasjonen.
2. Familien ønsker ikke hjemmebesøk.
3. Helsesøster har ikke tid.
4. Helsesøster kjenner familien fra tidligere.



Figur 1. Grunner til ingen hjemmebesøk til nyfødte barn

Tretti helsesøstre oppgir at sent mottatt (over 3 uker) fødselsrapport fra Kvinneklinikken (KKB) vanligvis ikke er et hinder for tilbud om hjemmebesøk, mens 19 mener at nettopp det av og til kan være grunn til manglende hjemmebesøk. "Familien treffes ikke hjemme" er sjelden en grunn til at familien ikke får hjemmebesøk. Når det inntreffer, oppgis "på ferie" eller "barnet innlagt på sykehus".



Når hjemmebesøk ikke blir foretatt, øker da behovet for flere konsultasjoner på helsestasjonen? Ca en tredjepart (14) har erfaring med at foreldre ofte har flere konsultasjoner dersom de ikke har mottatt hjemmebesøk. De øvrige oppgir at det skjer av og til. I hvilket omfang utover dette, er ikke dokumentert i denne undersøkelsen.

### **Anmodes far om å delta på hjemmebesøket?**

Far anmodes alltid eller vanligvis om å være tilstede ved hjemmebesøket i følge 28 helsesøstre. Slik anmodning skjer noen ganger av sju, mens 14 helsesøstre oppgir at det ikke er deres vanlige praksis.

### **Tid avsatt til hjemmebesøket**

Det er mest vanlig å avsette 1-1.5 time til hjemmebesøket, 31 helsesøstre oppgir dette, mens de øvrige oppgir 1.5-2 timer. Grunner til at hjemmebesøket varer over 1.5 time oppgis å være:

1. Foreldre har mange spørsmål, er usikre og stort behov for veiledning.
2. Ammeproblemer.
3. Mye gråt og uro hos barnet.
4. Bruk av tolk.
5. Reiseavstand til og fra.

### **Samarbeid med jordmor**

Samarbeid med jordmor før fødsel: 28 helsesøstre oppgir at de har samarbeid ved behov, mens 20 har det sjelden.

Samarbeid med jordmor etter fødsel: Etter fødsel oppgir fem helsesøstre at de alltid har samarbeid med jordmor, 28 sier de har det ved behov, mens 14 har sjelden samarbeid.

### **Den ideelle tiden å komme på hjemmebesøk**

Tjuefem helsesøstre svarte at ideelt tidspunkt å foreta hjemmebesøk på er en uke etter hjemkomst fra klinikken. Sytten mener imidlertid snarest, mens enkelte (7) sier innen 10-14 dager etter hjemkomst.

Alle helsesøstre oppgir at de tar barnets fødselsrapport og brosjyrer med seg på hjemmebesøket. Ca. halvparten nevner at de har med vekt, alltid eller ved behov. Noen nevner at de tar med tran og helsebok samt timeavtale til 6 ukers undersøkelse. Nesten alle (47) mener de har nytte av utarbeidet brosjyreliste som oversikt og hjelpemiddel.

### **Fødselsrapporten**

I følge 21 helsesøstre inneholder fødselsrapporten fra føde-/barselavdeling ved Kvinneklinikken i Bergen (KKB) tilstrekkelig informasjon, 13 sier den av og til er tilstrekkelig, mens 15 oppgir at den sjelden tilfredstiller behovet for informasjon. De

savner mer informasjon om barnet, opplysninger fra svangerskapet, hvordan det går med ammingen og om barnet har fått spesiell behandling, for eksempel lysbehandling eller overflyttet Barneklubben. I tillegg bør personopplysninger som fars navn og sivil status komme frem. Det nevnes også at det er mangelfullt med kun *en* fødselsrapport ved tvillingfødsel.

### **Behov for hjemmebesøk**

Ca. halvparten (23) av helsesøstrene oppfatter at foreldrene gir uttrykk for et stort behov for hjemmebesøk. 11 har inntrykk av at det er middels behov, mens 15 erfarer at foreldrene uttrykker et lite behov.

I de fleste tilleggskommentarene (16 av 21) sier helsesøstrene at foreldrene uttrykker at hjemmebesøket er et flott tilbud. Spesielt førstegangsførelde uttrykker seg positiv til hjemmebesøket. Noen sier at behovet varierer, og er avhengig av om familien har barn fra før. En helsesøster mener at mange familier ønsker heller å komme til helsestasjonen fremfor å få hjemmebesøk.

Blant helsesøstrene (37) selv vurderes familienes behov for hjemmebesøk som stort, mens 12 mener det er et middels behov for tilbud om hjemmebesøk.

### **Hensikten med hjemmebesøket**

Følgende utsagn uttrykker helsesøstrenes erfaringer og betydning av hjemmebesøket:

- ✓ Legger grunnlag for oppfølging på helsestasjonen. "Mye lettere for meg senere å huske de forskjellige familiene." "... og de har lettere for å ta kontakt med helsestasjonen ved behov." .. og "de slipper å gå og engste seg."
- ✓ "Gir foreldreveiledning etter behov, snakker om viktigheten av den første kontakten med barnet. Gi råd i forhold til spedbarnstell. Gå gjennom nyttig informasjon og deler ut brosjyrer. Se på hjemmemiljø, foreldre-barn samspill og gi dem nødvendig støtte."
- ✓ Helsesøster får bilde av familien ved hjemmebesøket: ".. et innblikk i hvordan hjemmeforholdene er."
- ✓ "Kartlegger ulike behov for hjelpetiltak."

Deres erfaringer spesifiseres nærmere:

*Overfor spedbarnet:* Helsesøstrene er opptatt av å se hvordan barnet har det. Deres fokus er på observasjon av barnet, trivsel, utvikling, helse, samspill, ernæring og omsorg/stell. En tredjepart nevner spesifikt det å kjenne til barnets hjemmemiljø/ oppvekstforhold som viktig for videre oppfølging.

*Overfor foreldrene/familien* peker følgende forhold og tema seg ut:

1. Etablere et godt tillits- og samarbeidsforhold med foreldre og det å bli kjent.
2. Foreldreveiledning/svare på spørsmål.

3. Støtte til trygghet i en ny livssituasjon "... at foreldrene skal få bekreftelse på opplevelse av trygghet/mestring i omsorg for sitt barn."
4. Informere om helsestasjonstilbudet.
5. Familie- og oppvekstforhold.
6. Trygghetskapende møte på hjemmearenaen "... oppnår mye bedre kontakt med foreldrene enn på helsestasjonen."
7. Treffer hele familien.
8. Ammeveiledning.
9. Snakke om fødselssituasjon.

### **Nytten av sjekkliste**

"Hspro journalen"s tema-/sjekkliste for hjemmebesøket oppgis som svært nyttig blant 10 helsesøstre, mens 23 mener den er nyttig av og til.

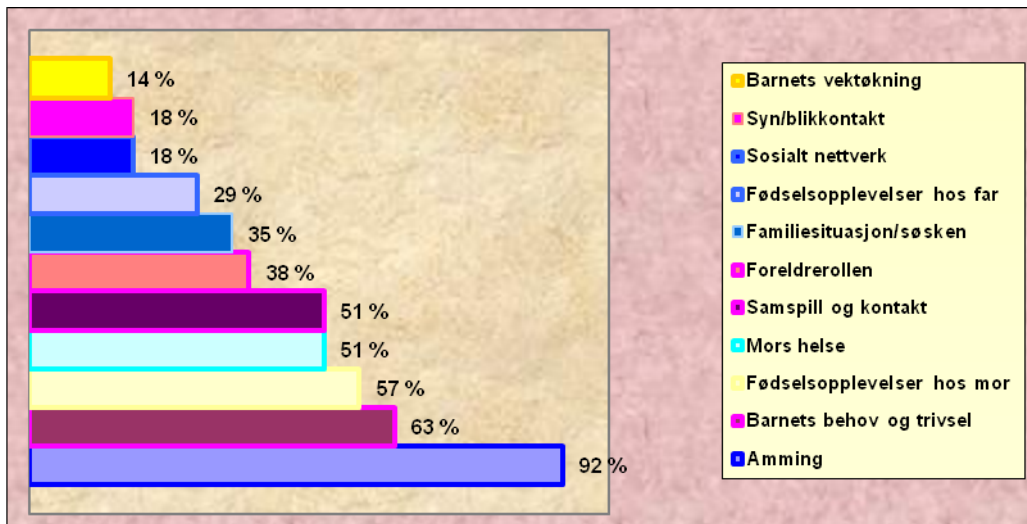
- ✓ "Synes det er viktig å ha en felles mal for hele Bergen."
- ✓ "Det er nyttig å ha en huskeliste, men det er mer viktig å forstå hva foreldrene er opptatt av og møte dem på det. På dette tidspunktet er det begrenset hvor mye info foreldrene kan ta imot. Vi har muligheten til å komme tilbake til ulike tema ved andre konsultasjoner."
- ✓ "Jeg har den "i bakhodet" som huskeliste over det vi skal gjøre. Men foreldrene og barnets behov er det viktigste. Det hender at mitt budskap må vente til de kommer på helsestasjonen."

De øvrige helsesøstre (16) sier de har liten nytte av sjekklisten.

### **Tema foreldrene ønsker å ta opp**

Hvilke erfaringer har helsesøstre av hva foreldrenes ønsker å snakke med dem om? For å få et bilde av det, ble det spurt om tidsbruk som medgår til relevante tema. De elleve temaene som det ble spurt om og som vises i figur 3, samsvarer med oppgaver for hjemmebesøket i Hspro journal. Helsesøstre erfarer at følgende tema tar mye tid:

- Amming/morsmelk eller annen ernæring
- Barnets trivsel
- Fødselsopplevelser hos mor
- Mors fysiske og psykiske helse
- Samspill og kontakt



Figur 2. Tema på hjemmebesøket

Praktisk omsorg, foreldrerollen, familiesituasjon/søsken og fødselsopplevelser hos far spiller også en stor rolle i samtalen med foreldrene. Mens noe mindre tid går til barnets vektøkning, sosialt nettverk, hud/navle, hals, barnets bevegelsesmønster, syn/blikkontakt og hørselsreaksjon.

### Tidlig oppfølging på helsestasjonen etter hjemmebesøket

De vanligste grunnene til oppfølging i etterkant av hjemmebesøket (og før 6 ukers undersøkelse) er:

- amming - oppgis av 37.  
"Opplever en del at mor strever med amminga. Tidlig utreise fra KKB medfører liten ammeveiledning."
- barnets vektøkning - oppgis av 27.  
"Mange foreldre kjem tidlig på helsestasjonen for å veie barnet sitt. De er gjerne usikre på om barnet får nok mat."
- skriking og urolige barn - oppgis av 15.

Andre grunner til tidlig oppfølging er:

- barnets søvn/døgnrytme – oppgis av 9
- bekymringer for familien/barnet – oppgis av 7
- psykisk helse/psykososiale grunner - oppgis av 5
- somatiske helseårsaker - oppgis av 5
- mors helse - oppgis av 5.

### Faglig forsvarlighet og dilemma

Helsesøstre mener det er faglig forsvarlig at familier ikke tilbys hjemmebesøk dersom:

1. De kjenner familiene fra tidligere – 34 helsesøstre mener det.
2. Foreldre uttrykker seg fornøyd med konsultasjon på helsestasjonen – 14 mener dette.

Helsesøstre mener det ikke er faglig forsvarlig at familier ikke tilbys hjemmebesøk dersom:

1. Begrunnelsen er "Ikke tid" eller "ikke prioritet" - oppfatning blant 38 helsesøstre.
2. Helsestasjonen ikke har foretatt seg noe med henblikk på forbedring av tilbudet – 28 helsesøstre mener at det er uforsvarlig.

38 av de 49 helsesøstre som svarte mener at det for dem er et faglig dilemma at familier med nyfødt barn ikke får tilbud om hjemmebesøk. Hos 4 er dette ikke et faglig dilemma, mens 7 helsesøstre har svart "vet ikke".

### **Hjemmebesøk til andre familier med barn**

Her ble det kun spurt om hjemmebesøk knyttet til adopsjon. 36 helsesøstre oppgir at de tilbyr hjemmebesøk til foreldre som adopterer barn, mens 3 sier nei og 10 vet ikke.

### **Helsesøstrenes vurdering av egen kompetanse**

Ved vurdering av egen kompetanse for å ivareta det nyfødte barnets behov, gis følgende svar:

- 44 er helt enig i at de har tilstrekkelig kompetanse; 4 er delvis enig og 1 helt uenig.

Ved vurdering av egen kompetanse for å ivareta barselkvinnens og familiens behov, gis følgende svar:

- 29 er helt enig i at de har tilstrekkelig kompetanse; 18 er delvis enig og 2 helt uenig.
- 28 er helt enig i at de har tilstrekkelige kompetanse som vedrører familiens behov, 20 er delvis enig og 1 helt uenig.

Følgende svar ved vurdering av egen kompetanse for å ivareta hjemmebesøk til premature barn:

- ✓ 19 er helt enig i at de har tilstrekkelig kompetanse som vedrører barnets behov, 28 er delvis enig og 2 helt uenig.
- ✓ 19 er helt enig i at de har tilstrekkelig kompetanse som vedrører morens behov, 29 er delvis enig og 1 er helt uenig
- ✓ 18 er helt enig i at de har tilstrekkelige kompetanse som vedrører familiens behov, 30 er delvis enig og 1 er helt uenig.

## 5. Diskusjon

Undersøkelsen av helsesøstres tilbud om hjemmebesøk til nyfødte refererer her til praksis i Bergen kommune. Den sier noe om helsesøstres prioriteringer, deres dilemma og deres syn på egen kompetanse i forhold til å ivareta oppgaven "hjemmebesøk". En svakhet ved undersøkelsen er at vi ikke vet noe om hvorfor 40 % av aktuelle helsesøstre ikke svarte på tilsendte spørreskjema. Er det arbeidsmengde, lav interesse, fravær etc.? Ville resultatene vært annerledes ved høyere svarprosent eller ville tendensen vært ganske lik? Dersom vi også hadde gjort intervjuer, kunne det trolig gitt ytterligere nyansering. En styrke er likevel at prosjektansvarlig har nært kjennskap til feltet og har fått muntlige tilbakemeldinger og bekreftelser ved presentasjon av resultatene.

Spørreskjemaene var godt utfylt, bare ett spørsmål (27) kan se ut til å være utydelig for informanten, se senere: "Tema foreldre ønsker å ta opp".

### **Helsesøstre og deres arbeidssituasjon**

Helsesøstrene i undersøkelsen tyder på å være stabile fagpersoner med lang erfaring innenfor forebyggende helsearbeid. Resultatene viser at 39 av 49 helsesøstre har oppgaver både i helsestasjon og skolehelsetjenesten, og flere arbeider i helsestasjon for ungdom. Dette bekrefter at helsesøstre i Bergen møter barn og unge og gir dem og deres familie et helsetilbud fra vugge til voksen. Deres kompetanse strekker seg vidt fra generelt helsefremmende og primærforebyggende til sekundærforebyggende arbeid og innsats. Det å tilstrebe at tilbudet til målgruppen er godt tilrettelagt og basert på beste kunnskap, gir kontinuerlig utfordringer i deres fagutvikling og kvalitetsarbeid.

Nesten alle helsesøstre er i et arbeidsfelleskap med flere kollegaer. For trivsel kan deltakelse i fagmiljø være en viktig stimulerende faktor og gi trygghet for at ens kompetanse utvikles og vedlikeholdes. Det har vært et mål i Bergen kommune å slå sammen helsestasjoner til større enheter, og de siste årene har det skjedd i tre av bydelene. I tillegg til større fagmiljø, er også et argument at ressurser utnyttes på en mer hensiktsmessig måte. I de årlige medarbeiderundersøkelsene som vedrører tilfredshet med egen arbeidssituasjon/-plass blant kommunalt ansatte, uttrykker ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten seg rimelig godt fornøyde med en gjennomsnittscore på 4.5 på en skala 0-6 i 2009<sup>5</sup>. Et annet spørsmål kan være hvor fornøyd brukerne er med store helsestasjoner. Det innebærer trolig færre helsestasjoner i nærmiljøet og lengre vei for en del familier.

I denne undersøkelsen bekreftes det at de fleste tilbyr en kombinasjon av individuelle konsultasjoner og gruppekonsultasjoner. Helsestasjonene i Bergen skal i følge Styringskortet (Bergen kommune 2009) gi et tilbud i tråd med anbefalinger fra

---

<sup>5</sup> Internt dokument i Bergen kommune.

nasjonale helsemyndigheter (Shdir 2004). Helsestasjonene i Bergen tilbyr målgruppen tilnærmet samme helsetjeneste innenfor ”standard” og ”utvidet tilbud”. Dette bekreftes i en kartlegging i 2008 knyttet til arbeidet med Melding om helsestasjon (Bergen kommune 2010). I avviksrapportering (to pr. år i Bergen kommune) vil det avdekkes om målgruppene ikke mottar helsetilbud i henhold til myndighetskrav. Det er i hovedsak hjemmebesøksdekning som har hatt og fortsatt (i 2009) har variasjon mellom bydelene/helsestasjonene.

### **Planlegging og gjennomføring av hjemmebesøksstilbudet**

Det systemet hver bydel/helsestasjon har for fordeling av fødselsrapporter, legger vanligvis føringer for hvilken helsesøster som følger opp det videre tilbudet til barn fra nyfødt- til skolealder. Et fordelingsystem uten avgrensning i bodistrikter er vanlig blant vel halvparten av de som svarte (27 opplyste det). De fleste helsesøstre oppgir at det fungerer tilfredsstillende, mens 10 helsesøstre ikke er fornøyde med måten de organiserer fordeling av fødselsrapporter på. Når fordelingsystem er uten faste distrikter, betyr det fordeling pr. helsesøster ut ifra hvor mange nyfødte hun har kapasitet til i forhold til stillingsstørrelse. Uten faste distrikter og ved blanding av, eller ved ingen systemer, innebærer det at kontinuitet kan ivaretas overfor det nye barnet. For tidligere eller senere barn vil familien kunne forholde seg til andre helsesøstre på samme helsestasjon. Kan dette tyde på at organiseringen er et hinder for at brukere ikke får ha samme helsesøster slik flere studier viser at de har store ønsker om (Jansson et al. 1998, Haaland m.fl. 2009)? Foreldre var opptatt av stabilitet og uttrykte ønske om å beholde samme helsesøster fra konsultasjon til konsultasjon og fra barn til barn (ibid.).

Kontinuitet i oppfølging er i følge retningslinjene også et kvalitetskriterium i helsestasjonstilbudet (Shdir 2004). Bør ikke helsesøstre tilstrebe et system der familien beholder samme helsesøster? En brukerundersøkelse<sup>6</sup> som landets kommuner kan benytte seg av, er planlagt gjennomført blant foreldrene i Bergen (høst 2010). Svarene vil kunne gi et grunnlag for å vite mer om foreldrenes tilfredshet med helsestasjonstilbudet i Bergen.

Mangelfull kontinuitet fra konsultasjon til konsultasjon kan også bero på perioder med fravær eller vakans i helsesøsterstillinger. Erfaringsmessig er løsningen oftest å sette inn tilgjengelige helsesøstre for å opprettholde tilbudet. Det innebærer at familiene treffer en eller flere vikarer i korte eller lengre perioder.

### **Faglige diskusjoner om prioritering av hjemmebesøk**

Prioritering av hjemmebesøk som oppgave er tydelig et område som opptar de fleste helsesøstrene (37), og oppgaven diskuteres blant kollegaer. Like mange oppfatter at

---

<sup>6</sup> Skjema for brukerundersøkelse utarbeidet av Kommunenes Sentralforbund - ”www.bedre.kommune.no”.

de på samme helsestasjonen/i bydelen gjennomfører hjemmebesøksstilbudet på noenlunde lik måte. Det kan tyde på at de foruten prioritering, også har innholdet i hjemmebesøk på dagsorden.

Mange helsesøstre betrakter hjemmebesøk som en skal-oppgave, og har en praksis som svarer til dette (jfr. årlige KOSTRA tall). Helsesøstre (10) som svarer at de ikke diskuterer prioritering av hjemmebesøk, svarer muligens slik fordi det for dem er en selvfølge å gi tilbudet. Derimot kan det være urovekkende for tjenestekvaliteten dersom spesielt helsesøstre på helsestasjoner med lav hjemmebesøksdekning er i svargruppen "nei/vet ikke" til å ha problemstillingen på dagsorden.

### **Hvem tilbys hjemmebesøk?**

En tredjedel av helsesøstre i utvalget tilbyr ikke hjemmebesøk til alle med nyfødt barn, og det betyr at de ikke følger nasjonale anbefalinger. Det som bekreftes her, har lenge vært avdekket gjennom årlige KOSTRA-tall (SSB 2010). Nedprioritering av hjemmebesøket skal enheten dokumentere gjennom avvikshåndtering. Dersom dette er styrt omprioritering av ressurser, skal tilbudet som erstatter hjemmebesøket, være dokumentert kvalitetsmessig minst like bra eller bedre (Shdir 2004).

Kommentarene fra helsesøstre som gjengis i sitater som begrunnelse for mangelfullt hjemmebesøksstilbud, er velkjente argumenter i diskusjoner blant helsesøstre. Tidspress går igjen som en viktig faktor, når tiden er knapp, prioriteres de førstegangsfødende. Hvordan helsesøstre ordlegger seg er også fremhevet som argument. Det er ikke dokumentert om bydeler med lav hjemmebesøksdekning og såpass tilfeldig praksis som kommentarene avspeiler, faktisk har fulgt opp med forsøk på å forbedre tilbudet.

Gjennom kvalitetsarbeidet knyttet til Styringskortet f.o.m. 2004 er kravene til likeverdige tilbud til brukerne blitt tydelig fremsatt. Gjennom systematiske målinger dokumenteres resultater fra ulike helsestasjoner/bydeler, og oversikter med deres grad av oppnåelse i henhold til målkrav i Styringskortet blir fremlagt og diskutert. For 2008 ble det fremsatt et politisk og administrativt målkrav om at 92 % av familier med nyfødte barn skulle ha mottatt hjemmebesøk av helsesøster. For 2009 ble målet justert til 90 %. Kvalitetforbedringsarbeid innad i helsestasjonstjenesten i alle bydeler f.o.m. høsten 2009 har også for alvor satt hjemmebesøket på dagsorden som mål for forbedring. I kvalitetsutvalgenes arbeidsprosesser kan det i hver bydel forventes aktive diskusjoner om hva som kan løfte hjemmebesøksdekningen og kvaliteten opp til et faglig forsvarlig nivå.

Inntil 2006 ble KOSTRA-tall for hjemmebesøk basert på manuelle statistikker fra helsestasjonene i Bergen kommune. Fra 2007 ble det vedtatt at hjemmebesøksstall utelukkende skulle hentes fra HsPro rapportering. Disse dataene viste seg imidlertid å



være upålitelige pga ulik registreringsmåte i HsPro journalene. Både hjemmebesøk og første kontakt på helsestasjonen ble dokumentert som samme kontakttipe. En slik sammenblanding gav feilaktige rapporter med for høy prosentvis hjemmebesøksdekning. Definisjonen på hjemmebesøk er at besøket faktisk gjennomføres i familiens hjem. Dette er nå rettet opp i utgaven Hspro journal som benyttes i Bergen kommune. Hjemmebesøksstall f.o.m. 2008 er faktiske tall for gjennomførte besøk i familiens hjem, mens første kontakt på helsestasjonen er skilt ut i journalen som egen kontakt.

### **Når hjemmebesøk ikke tilbys**

De fleste helsesøstre fra undersøkelsen inviterer barnet og foresatte til samtale på helsestasjonen dersom de ikke tilbyr hjemmebesøk. Telefonkontakt med en av foreldrene er en alternativ praksis som flere har. Etter mange helsesøstres oppfatning er slik praksis helt faglig forsvarlig dersom de kjenner familien fra tidligere. Det er derimot *ikke* god praksis i henhold til Veileder å utelate tilbud om hjemmebesøk (Shdir 2004). Helsesøstre skal melde avvik dersom de ikke tilbyr og/eller ikke gjennomfører hjemmebesøk. Her skal det fremgå begrunnelse for utelatt tilbud eller ikke gjennomført hjemmebesøk. Både tilbud og gjennomført hjemmebesøk er målbart, likedan når det er utelatt.

### **Presentasjon av hjemmebesøket**

De to presentasjonsmåtene flertallet av helsesøstre benytter, uttrykker intensjoner om å gi foreldrene et tilbud om hjemmebesøk. En forholdsvis stor andel formulerer seg imidlertid av og til på måter som ikke positivt uttrykker tilbud om hjemmebesøk.

Det har lenge vært diskutert og faglig erkjent blant helsesøstre at måten tilbud om hjemmebesøk presenteres på, henger i stor grad sammen med om foreldrene takker ja eller nei. Foreldre kan trolig bli usikre på om de faktisk kan svare ja dersom de foretrekker hjemmebesøk, når helsesøster benytter formuleringer som: "Hvordan er det, trenger du/dere hjemmebesøk?" og særlig dersom helsesøster henvender seg slik til førstegangsforeldre som i begrenset grad kjenner til helsestasjon for barn 0-5 år. Både forskning og erfaringskunnskap gir holdepunkter for at hjemmebesøk er spesielt betydningsfullt for førstegangsforeldre (Bild m. fl. 1998, Jansson et al. 2001, Fagerlund 2007, HOD 2008). Finske surveystudier viser også at hjemmebesøk også spiller en viktig rolle for flerbarnsmødre (Vehvilhäinen-Julkunen 1994 a, b)

Om hjemmebesøk i Bergen skal oppnås på et 90 % dekningsnivå, gir dette funnet et godt grunnlag for å si at det trengs faglige diskusjonsrunder på hvordan helsesøster på en best faglig måte presenterer tilbudet om hjemmebesøk.

### **Familier med utvidet behov**

Mange av helsesøstrenes svar tyder på en bevisst måte å formulere tilbud på til familier som ut ifra forhåndskjennskap tilsier at de bør få hjemmebesøk. Helsesøster kan være tilmeldt bekymring om spesielle behov eller risikoforhold avdekket av jordmor eller lege i svangerskapsomsorgen, av helsepersonell under oppholdet i føde-/barsel avdeling eller fra andre samarbeidende faginstanser. I mange sammenhenger sitter helsesøster med opplysninger som indikerer at behov for ekstra oppfølging og støtte er spesielt viktig for enkelte familier. Det å planlegge hjemmebesøket godt med tanke på samtale, observasjon og kartlegging av behov, kan være verdifullt for samarbeidet der og da og gi godt grunnlag for videre oppfølging på helsestasjonen. Det er derfor faglig betenkelig at såpass mange helsesøstre ikke formulerer seg aktivt overfor denne målgruppen når de presenterer hjemmebesøket. Det kan imidlertid også bety at en del helsesøstre har funnet sin presentasjonsform som fungerer, slik at foreldre stort sett takker ja når de tilbys hjemmebesøk.

### **Foreldre mottar ikke hjemmebesøk**

Årsaker til manglende hjemmebesøk som vises i figur 1, samsvarer med erfaringer som ofte kommer fram i muntlige sammenhenger som forklaring på hvorfor hjemmebesøk ikke gjennomføres. Det er forholdsvis mange som oppgir at familien ikke ønsker hjemmebesøk. Tidligere undersøkelse har vist at flergangsfødende oftere ikke ønsker hjemmebesøk (Bild m.fl. 1998). Kan dette settes i sammenheng med helsesøsters måte å presentere tilbudet på? Når helsesøstre ikke positivt gir et tilbud ved måten de spør på og i tillegg oppgir at de ikke har tid, kan det i noe grad gi forklaringer på lavere hjemmebesøksdekning enn ønsket i Bergen? Om disse forholdene ikke blir diskutert med tanke på forbedringer, vil kommunen vanskelig nå målet på 90 % hjemmebesøksdekning.

I faglige diskusjoner blant helsesøstre kommer det ofte til uttrykk: "Det er sjelden jeg opplever at familien takker nei til hjemmebesøk, uansett ett eller flere barn". Hva er det som skiller helsesøstre som har denne erfaringen fra helsesøstre som uttaler: "Jeg kan godt påvirke hvem jeg går på hjemmebesøk til, og det er jeg som bestemmer hvem jeg skal tilby hjemmebesøk til"?

Undersøkelsen kan tyde på at hjemmebesøk som universelt tilbud, i høyst varierende grad er implementert praksis blant helsesøstre. Tiltross for at det har vært en "skal-oppgave" i lang tid, har dette inntil 2008 i liten grad vært fulgt opp med systematisk forbedringstiltak. Svært få helsesøstre i Bergen har inntil 2008 meldt avvik om mangelfullt hjemmebesøkstilbud.

Kan hjemmebesøket bli nedprioritert pga at det finns lite dokumentert effekt av dette tilbudet? I hvor stor grad har kunnskaper noe å si som årsak til at helsesøstre ikke følger nasjonale retningslinjer på dette området? Resultatene fra spørsmål om

kompetanse, viser at helsesøstrene oppgir å ha god kompetanse til å ivareta oppgaven. Kunnskap om eksisterende forskning (Jansson et al.1998, 2001, 2002, 2003, Hjälmhult 2009, Nasjonalt kunnskapssenter 2009) samt det forbedringsarbeidet som gjennomføres i Bergen kommune vil muligens øke bevissthet blant helsesøstre om hvilken forebyggende betydning hjemmebesøket kan ha.

Denne kartleggingen viser at manglende hjemmebesøk i liten grad forårsakes av at familien ikke treffes hjemme eller barnet er innlagt på sykehus. Sen utsendelse av fødselsrapporten fra føde-/barselavdeling har en del å si om hjemmebesøket kan tilbys innenfor anbefalt tid. Uttalelser fra praksis er at foreldrene ofte kommer til helsestasjonen for veiing før fødselsrapporten er mottatt. Dette er ikke til hinder for at familien kan tilbys hjemmebesøk i etterkant av besøket på helsestasjonen. I en travel booket hverdag vil helsesøster heller sjelden ha særlig tid der og da til å imøtekomme foreldrenes behov for informasjon og veiledning som tilsvarer omfanget i et hjemmebesøk. Erfaringsbasert kunnskap gir også holdepunkter for at en del helsesøstre avtaler tid for hjemmebesøk fremfor såkalt "hjemmebesøk på helsestasjonen" (nå "1.kontakt på helsestasjonen" i HsPro), men dette er ikke kartlagt i denne undersøkelsen.

Manglende hjemmebesøk må for en del barn/foreldre ofte kompenseres med flere kontakter på helsestasjonen, en tredjepart opplyser det. Dermed er det ikke alltid tidsbesparende å utelate hjemmebesøk. Kan svarene være et uttrykk for at noen helsesøstre nedprioriterer hjemmebesøket til fordel for flere kontakter på helsestasjonen?

### **Anmodes far om å delta på hjemmebesøket?**

Når 28 helsesøstre har innarbeidet en praksis som anmoder begge foreldre om å være tilstede ved hjemmebesøk, er dette i tråd med Veilederens anbefalinger. I lengre tid har norske fedres omsorgsrolle allerede fra spedbarnsalder vært tema i et likestilt samfunn (Barne- og likestillingsdepartementet 2008). Fars betydning for tidlig samspill og tilknytning i foreldre-barn relasjonen er forskningsmessig dokumentert. Økt fedrekvote, Godt samlivs program og foreldreveiledningsprogrammet er samfunnsbidrag som har til hensikt å styrke fedrenes omsorgsrolle (Haaland m.fl. 2009). Det er derfor grunn til å være oppmerksom på at 21 helsesøstre i undersøkelsen ikke har aktiv fokus på fars familieengasjement fra starten av. Kan det bety at de mener at det ikke er viktig å møte begge foreldrene hjemme sammen med barnet? I rapporten "Helsestasjon for hele familien" (ibid.) er fars tilstedeværelse ved hjemmebesøket oppgitt til å være 61 %. Selv om undersøkelsen ikke bekrefter det, kan en kanskje anta en positiv sammenheng mellom helsesøster aktive uttalte ønske og fars tilstedeværelse. "Hvordan få større oppslutning av fedre på helsestasjonen" har lenge vært et tema blant helsesøstrene på Landås helsestasjon. Rapporten gir også holdepunkter for at

dette kan bety en del for hvorvidt fedre i større grad følger barnet sitt også ved senere kontakter på helsestasjonen (ibid.).

### **Tid avsatt til hjemmebesøket**

Tidsfaktor er selvsagt en vesentlig avklaring, og svarene bekrefter tidsbruk 1.5-2 timer til hjemmebesøk. Som normtall for hjemmebesøk har helsesøstre i Bergen kommune avsatt to timer til planlegging, gjennomføring, reisetid og etterarbeid. I tidsrammen må helsesøster ta hensyn til at uforutsette ting kan skje. Dersom helsestasjonens plan for bemanning kan ta hensyn til anbefalt normtall, vil helsesøstre ha rimelig tidsramme for å tilby alle foreldre hjemmebesøk. Hele standardprogrammet (i alt 14 konsultasjoner, inkludert hjemmebesøk) i helsestasjonen har beregnet at den direkte totale brukertiden utgjør ca. ni timer til hvert barn 0–5 år. Hjemmebesøket vil utgjøre ca. 20 % av beregnet direkte brukertid. I tillegg vil ca. 25 % av barna ha behov for utvidet tilbud, hvilket betyr at de i tillegg til standardprogrammet har behov for oftere kontakt med helsestasjonen. Når helsesøstrene er presset på tid, noe som erfaringsmessig ofte uttrykkes av mange, er det lett å forstå at omprioritering av oppgaver skjer i en travel hverdag. Hjemmebesøket blir da nedprioritert til fordel for andre oppgaver som prioriteres høyere. Svarene i denne undersøkelsen viser at det oftest vil være hjemmebesøk til flergangsforeldre som utgår.

Det som ikke kommer fram i undersøkelsen, er at enkelte bydeler har en forholdsvis høy andel 1. gangs foreldre, ca. 60-65 % (lokal manuell statistikk). Med kort opphold på barselavdeling, og særlig for de uerfarne foreldrene, tilsier dette og all erfaring at foreldrenes behov for veiledning, rådføring og oppfølging av helsesøster har økt betydelig. Nettopp dette bekreftes ved at halvparten (25) av helsesøstrene nevner "foreldre har mange spørsmål, er usikre og har stort behov for veiledning" som grunn til at hjemmebesøkene varer over 1.5 time. Amming er det enkelttema som tar mest tid, noe andre studier også tyder på (Jansson et al 2002, Christ et al. 2007). I tillegg oppgis dette også som hyppigst grunn til tidlig oppfølging på helsestasjonen.

### **Samarbeid med jordmor**

Det er forholdsvis mange helsesøstre (20 før fødsel og 14 etter) som opplyser at de sjelden samarbeider med jordmor. Hva betyr dette for at kontinuitet i oppfølging av barnet og familien skal bli ivarettatt? Bydelene har svangerskapsomsorg ved jordmor, og deres tjeneste tilbys ved en eller to helsestasjoner i hver bydel. Jordmor og helsesøster er ikke samlokalisert ved cirka halvparten av helsestasjonene. Påvirker dette samarbeidet? Er det tilfredsstillende at flertallet sier at de har et samarbeid ved behov før og etter fødsel? Bør en se nærmere på behovet for samarbeid og hvordan helsesøstre og jordmødre samarbeider? Et annet spørsmål er om det å innhente samtykke fra kvinnen kan være et hinder for samarbeidet? St.mld. nr.12 (2008-09) peker nettopp på en sammenhengende omsorg ved svangerskap, fødsel- og barseltid (HOD 2008).

For å oppnå status som godkjent Ammekyndig helsestasjon (et nedfelt mål i Styringskortet) etter kriterier fra Nasjonalt senter for ammeveiledning, settes det klare krav til samarbeid mellom jordmor og helsesøster gjennom retningslinjer. Disse kravene innebærer at samarbeid foregår på systemnivå i forhold til alle brukere og på gruppe/individnivå når det er behov som bør følges opp. Noen få helsesøstre opplyser at de tilbyr barselgrupper sammen med jordmor. Hvordan kan helsesøster og jordmor gjensidig utveksle faglig kompetanse? Interessen for hverandres fagfelt har stor verdi for forståelse og samarbeid innad i tjenestene. Jordmor har f. eks. kjennskap til mor og familien gjennom konsultasjoner i svangerskapsomsorgen. Overføring av opplysninger til helsesøster forutsatt at den gravide samtykker, kan ha stor betydning for videre oppfølging av barnet og familien.

### **Den ideelle tiden å komme på hjemmebesøk**

Når helsesøstrene svarer ganske samstemte og har en praksis med tidlig hjemmebesøk til familiene, er dette også i henhold til myndighetskravet i Veileder. I Hspro journalen skilles det uheldigvis ikke mellom hjemmebesøk som gjennomføres innen eller etter 2 uker.

I arbeidet med revisjon av veileder (informasjon fra Helsedirektoratet i 2009) og i Utkastet til nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling (Helsedirektoratet 2009) er det forslag om å innføre en ny konsultasjon for vektkontroll på helsestasjonen når barnet er 7-10 dager. På bakgrunn av at de fleste mødre med nyfødte blir utskrevet fra KKB den 2. dagen etter fødsel og av det eventuelle nye forslaget, bør helsesøster derfor tilby hjemmebesøk i barnets første leveuke, og gjerne med veiing av barnet. For å støtte familien videre i barselomsorgen, bør de også anbefales besøk på helsestasjonen uken etter. Dette vil også samsvare med Tjora & Reigstad's (2009) anbefaling om at tidlig veiing etter hjemreise er nødvendig for å fange opp risikobarn og forhindre alvorlig dehydrering.

### **Fødselsrapporten**

Svar fra helsesøstre tyder på delt oppfatning i nytten av fødselsrapporten. I etterkant av denne kartleggingen har det kommet svært ofte klager fra helsesøstrene i Bergen pga mangelfull informasjon fra KKB. Dette indikerer at misnøyen med fødselsrapporten kan være langt høyere enn denne studien viser. I høringsutkastet til nye Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling (Hdir 2009) er det en viktig påpekning om at overføringsrutiner av informasjon fra føde-barsel til helsestasjoner bør forbedres. Sent mottatte opplysninger til helsestasjonen om nyfødte barn er meldt som et landsdekkende problem. I oppstartet Elin-H prosjekt<sup>7</sup> (2009) er også overføring av

---

<sup>7</sup> Elin-H står for Elektronisk Informasjon i Helsestasjonstjenesten, og det er et prosjekt for elektronisk informasjonsutveksling mellom helsestasjonstjenesten, fastleger og spesialisthelsetjenesten med formål å bidra til mer samhandling og bedre tilgang på nødvendig helseinformasjon.

opplysninger mellom føde-barsel og helsestasjoner det sentrale temaet som utredes med tanke på utprøving av elektronisk overføring. Systemrådgiver for HsPro, Bergen kommune deltar i dette prosjektet som er et samarbeid mellom Norsk Sykepleierforbund, Den norske Jordmorforening, Den norske legeforening, Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH) og Bærum og Harstad kommune. Forventningene er høye til at elektronisk overføring av opplysninger skal kunne gi forbedringer. I samarbeidsavtalen mellom Helse Bergen og Bergen kommune (Bergen kommune og Kvinneklinikken, Haukeland Universitets Sykehus 2007) er det satt standard for hvordan samarbeid og informasjonsutveksling bør skje. I tillegg er det jevnlig samarbeidsmøter mellom Kvinneklinikkens føde- og barselavdelinger, representant(er) fra helsestasjonene i Hordaland fylke og Helsevernetaten, Bergen kommune. Enhetsledere for helsestasjonstjenesten mottar likevel jevnlig klager på uheldige hendelser som viser at samarbeidet likevel ikke fungerer tilfredsstillende.

### **Behov for hjemmebesøk**

Ca. 2/3 av helsesøstrene svarer at de oppfatter at foreldre ønsker hjemmebesøk og betrakter behovet som stort eller middels stort. Det er overraskende at den siste tredjedelen oppfatter foreldrenes behov som lite. Kan det være uttrykk for at slik er det reelt sett? Kan det være påvirket av tidspress eller som en "rettferdiggjøring" av egen praksis? I rapporten "Helsestasjonen for hele familien" opplyser 80 % av mødrene og 56 % av fedrene at de i ulik grad har nytte av hjemmebesøket (Haaland m. fl. 2009). Når flere kommuner gjennomfører brukerundersøkelser, vil disse kunne gi ny og bedre innsikt i foreldrenes tilfredshet og mening om hjemmebesøket i tillegg til helsestasjonstilbudet generelt.

I følge tre fjerdedeler (37) av helsesøstrenes egen vurdering har foreldrene stort behov for hjemmebesøk. Dersom dette gjenspeiler andre helsesøstre, samsvarer det ikke med mål om hjemmebesøksdekning på 90 %. Ca. en fjerdedel av helsesøstrene mener at behovet er middels stort. Denne undersøkelsen kan ikke bekrefte det, men kan det tyde på at disse har høyere antall "1. kontakt på helsestasjonen" enn helsesøstre som oppfatter behovet som stort?

Kan disse to svarene til en viss grad forklare hvorfor mange ikke gjennomfører tilbud om hjemmebesøk? Hjemmebesøk som forbedringsområde i Kvalitetsforbedrings prosjektet 2009-10 i Bergen kommune i samarbeid med Helsetilsynet i Hordaland og Nasjonalt kunnskapssenter, tyder på å være et interessant og viktig valg.

### **Hensikten med hjemmebesøket**

Helsesøstrenes svar og faglige begrunnelser i utsagnene tyder på at de er opptatt av god omsorg og vil være til hjelp for barnet og familien. Samtidig ser de verdien av hjemmebesøket for samarbeidet på lengre sikt. Familieperspektivet og en helhetlig vurdering for deres livssituasjon tyder på å prege deres svar. Når helsesøster møter

familien i deres miljø, vil hun følge spilleregler som "gjest" i hjemmet. Som tidligere nevnt, bør et hjemmebesøk foregå på familiens egne premisser. Det stiller krav til å vise respekt for familiens integritet, fleksibilitet og forståelse for etnisk og kulturelt mangfold. Resultatene samsvarer her med offentlige anbefalinger (Shdir 2004). Slik helsesøstre sier de formidler sin erfaring (jf sitater side 18), viser faglig refleksjon og positiv holdning til å gjennomføre oppgaven hjemmebesøk.

Tilbud om hjemmebesøk til familier med nyfødte er universelt, og dette er tradisjon som trolig er rimelig godt kjent i befolkningen. Hjemmebesøk er på denne måten ikke-diskriminerende. Det betyr at det ikke er noe oppsiktsvekkende eller stigmatiserende at helsesøster som offentlighetsperson er synlig og oppsøkende i bo- og nærmiljø (Fagerlund 2007, Janson 2002). I motsetning til tidligere tider da helsesøster ofte kom på hjemmebesøk uanmeldt, er det nå et avtalt besøk. Det henger kanskje enda igjen at mor/foreldre tenker at "da må jeg ha det ryddig og støvfritt"?

Det kan til en viss grad være stressende å få besøk enten det er familie, venner eller andre kjente. Å få en offentlighetsperson på besøk kan være forholdsvis "sterkt" for mange. Et hjemmebesøk ved helsesøster kan i seg selv være intervensjon fra samfunnets side, og noe om foreldre kan oppfatte som kontroll. Helsesøsters gode hensikt er hjelp, råd og støtte, men samtidig vet hun også at hjemmebesøket kan bety observasjon og tilgang på informasjon som kan medføre behov for tett oppfølging eller i noen sammenhenger, mer inngripen enn familien ønsker. Helsesøster er forberedt på at hun kan møte uforutsette behov eller problemer og vet at hun har plikt<sup>8</sup> til å informere eller melde fra om bekymringsfulle forhold. I helsestasjonsarbeidet skal helsesøster bidra til å sikre at barn 0-5 år i risiko- og utsatte omsorgssituasjoner får nødvendig hjelp.

For noen barn og familier kan det bety innhenting av opplysninger og/eller henvisning til fastlege, spesialisthelsetjenesten eller melding til barneverntjenesten for å be om deres utredning og hjelp på vegne av barnet eller familien. I slike situasjoner generelt og ved melding til barneverntjenesten spesielt, har åpenhet overfor foreldrene om hva som er bekymringsfullt, stor betydning for det videre samarbeidet. Ansatte i helsestasjoner i Bergen kommune har prosedyre som angir rutiner som skal følges ved bekymringer som bør meldes barneverntjenesten. I helsesøsters oppfølging etter en bekymringsmelding bør oppmerksomheten være på hvordan hun sammen med foreldrene kan øke barnets trygghet og forebygge mistriivsel og problemer. Dagens

---

<sup>8</sup> Uten hinder av taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for omsorgssvikt, eller når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf helsepersonelloven §33. Opplysninger kan også gis med hjemmel i pasientrettighetsloven § 4-4 og barneverntjenestelovens § 6-4.

forskrift og retningslinjer for helsestasjon 0-5 år har dette nedfelt i så vel standard som utvidet tilbud (Shdir 2004).

### **Nytten av sjekklister**

Helsesøstre erfarer at sjekklister for hjemmebesøk er nyttig. Det er mange tema som inngår i retningslinjer for hjemmebesøket slik det fremgår av "Hspro" journalens sjekklister. Behovet for å støtte seg til sjekklister som huskelister i utførelsen av oppgaver antas generelt å være størst blant de nyutdannede, ved nylæring av oppgaver og blant de som vektlegger å ha faglige standarder. Det bekreftes ved utsagnet "Synes det er viktig å ha en felles mal for hele Bergen."

### **Tema foreldrene ønsker å ta opp**

Svaralternativene 3 (mye tid), 2 (litt tid) og 1 (bruker nesten ikke tid på dette), ble i liten grad benyttet slik hensikten ble forsøkt instruert i spørreskjemaet. Frekvensen i avkrysning av hvert tema gir likevel en pekepinn på hva helsesøstre erfarer er foreldrenes behov og ønsker. Helsesøstre vektlegger i tillegg tid til det som de selv ser som behov i situasjonen.

Svarene viser at det som opptar foreldre i svært stor grad er barnets trivsel, om de legger på seg og får tilstrekkelig ernæring. Barnets trivsel, ammesituasjon og mors opplevelser og mestring er sentrale også når helsesøstre vurderer hvilke tema som tar tid. Det er 11 tema for hjemmebesøket slik det fremgår i retningslinjene (og Hspro journalens sjekklister). Helsesøstre kommenterer at de bruker mest tid på de temaene som foreldrene er opptatte av. Hvilke som tar mest eller mindre tid vil derfor variere fra ett hjemmebesøk til et annet. Dette tyder på at helsesøster utviser faglig skjønn ut ifra situasjonen på hjemmebesøket. Det er flere som kommenterer at det er anledning å komme tilbake til temaene på helsestasjonen. Helsesøstre er oppmerksomme på foreldrenes store behov for kunnskaper om spedbarn, og hvordan de best kan ivareta deres behov. Særlig ovenfor førstegangsforeldre, kan undervisningsfunksjonen være særlig fremtredende i råd og veiledning både på hjemmebesøket og i kontaktene på helsestasjonen.

### **Oppfølging etter hjemmebesøket**

Ammeveiledning og veiing av barnet oppgis som de hyppigste grunner til å ha tidlig oppfølging på helsestasjonen. Helsesøstre har helt tydelig siden 2005 da det ble innført kortere liggetid på Kvinneklinikken, erfart økt pågang og større behov for tidlig oppfølging av spedbarna og barselkvinnen på helsestasjonene. Dette er erfaringsbasert kunnskap som i brevform ble videreformidlet av ledende helsesøstre til Byrådsavdeling Helse og omsorg sommer 2006 (sak nr. 20 06 08 416-1: "Økt behov for helsestasjonstjeneste til nyfødte barn"). Da barseloppholdet ble redusert fra 5 til 2 døgn, var det lite samarbeid mellom Kvinneklinikken og helsestasjonene. Kortere barselopphold ble basert på brukerønske og erfaringer fra andre av landets sykehus



(HOD 2008). Konsekvenser som større omfang av tidlig oppfølging fra kommunehelsetjenesten ble i liten grad tatt opp som relevant problemstilling.

### **Faglig forsvarlighet og dilemma**

Etter mange helsesøstres (34) oppfatning er det faglig forsvarlig å ikke tilby hjemmebesøk til familier de kjenner fra tidligere. Kanskje dette gjelder familier med flere barn som helsesøster var hjemme hos ved tidligere barn. Tidspress og nedprioritering som grunn til manglende gjennomført hjemmebesøk, blir av de fleste helsesøstrene (38) oppfattet som faglig uforsvarlig. Samme antall mener det er et faglig dilemma at familier ikke tilbys hjemmebesøk.

Nærmere en tredjedel har en oppfatning av at konsultasjon på helsestasjonen ivaretar de samme funksjonene som et besøk i hjemmet gjør. Dette begrunner de med at foreldrene uttrykker å være fornøyd ved å komme til helsestasjonen. Sannsynligvis vurderes ikke hjemmebesøket for familiens nå-situasjon og verdien det har på sikt på samme måte blant helsesøsterkollegaer. Samtidig viser dette en nedvurdering av nasjonale anbefalinger som er basert på faglig konsensus. Svarene tyder på at det er behov for faglige diskusjoner om "hva er god praksis?" - det vil si hva er mål og kvalitet i et hjemmebesøk ved helsesøster?

### **Hjemmebesøk til andre familier med barn**

Helsestasjonstilbudet til familier som planlegger å adoptere og de som har mottatt adoptivbarn, har ingen konkrete myndighetsbestemte krav utover det som gjelder for alle barn. En faglig anbefaling om hva tilbudet til disse barna og familiene bør inneholde, er utarbeidet av Landsgruppe av helsesøstre (2008). Over en fjerdedel av helsesøstrene tilbyr ikke hjemmebesøk eller vet ikke hvordan tilbudet blir ivaretatt på egen helsestasjon. Det er bekymringsfullt. Helsestasjonene i Bergen kommune har lenge hatt en prosedyre som tydelig gir føringer om hvilket tilbud adoptivbarn og deres foresatte skal tilbys.

### **Helsesøstrenes vurdering av egen kompetanse**

Svarene tyder på stor faglig trygghet blant de fleste helsesøstrene i deres møte med familier med nyfødte barn. De er spesialister på å observere, vurdere og se til hvordan spedbarn har det. Deres kompetanse er i tillegg til råd og veiledning, å vurdere og bekrefte barnets utvikling og barn-foreldre samspillet. Samtidig har helsesøstre et klinisk blikk for når "noe" signaliserer behov for tettere oppfølging i egen regi eller henvisning til helsehjelp eller utredning hos andre instanser.

Over halvparten (29) av helsesøstrene vurderer sin kompetanse som god til å ivareta barselkvinnen/familiens behov. Ca. en tredjedel opplever derimot noe faglig usikkerhet. Dette er et interessant funn som først og fremst kan inspirere helsesøstrene selv til å reflektere over hva de trenger av faglig påfyll og hvordan egen kompetanse kan

styrkes. Det er som tidligere nevnt, mye som tyder på at potensialet innenfor egen tjeneste ikke er godt nok faglig utnyttet. Alle bydeler har foruten helsesøster og jordmor, også lege og psykolog. Hvordan kan faggruppene sammen bedre dra nytte av hverandres kompetanse i forhold barselkvinnen og familien?

Vel en tredjedel av helsesøstrene er faglig trygge på at de yter familier med premature barn et tilbud som de vurderer som faglig forsvarlig. Innenfor helsesøstrenes fagmiljø er det mange med god faglig kompetanse som bør komme til nytte overfor de helsesøstre (30) som opplever faglig usikkerhet. Hvordan sikres erfarings- og kunnskapsutveksling på dette området? Helsedirektoratet (2007b) har utgitt nasjonale retningslinjer for tilbudet til premature barn. Retningslinjene ble gjennomgått på et seminar for helsestasjonene med professor dr. med. Trond Markestad som foreleser like etter denne kartleggingen ble foretatt. Vi kan undre over hva nye retningslinjer og gjennomgåelsen av disse har hatt av betydning for helsesøstrenes vurdering av egen kompetanse. Mye kan tyde på at tjenesten bør se på innholdet i tilbudet til premature barn og deres familier, og vurdere behovet for faglig oppdatering.

## 6. Oppsummering

Nasjonale retningslinjer anbefaler hjemmebesøk til familier med nyfødte barn. Det er begrenset forskning omkring universelle hjemmebesøk, men eksisterende forskning tyder på å ha en forebyggende effekt blant familier som får dette tilbudet. Mødre er mer tilfredse når første møtet med helsesøster skjer på hjemmebesøk, der blant annet ammeveiledning er bedre og de opplever større trygghet.

De fleste helsesøstre i kartleggingsundersøkelsen mener det er behov for hjemmebesøk. Likevel viser undersøkelsen at foreldre med nyfødt barn i Bergen i ulik grad mottar tilbudet. Ved tidspress prioriterer en del helsesøstre hjemmebesøk kun til førstegangsfødende. Svarene tyder også på at noen med en egendefinert praksis ytterligere nedprioriter oppgaven og avviker fra offentlige anbefalinger. Måten helsesøster presenterer tilbudet på, kan spille en avgjørende rolle for om foreldre takker ja til hjemmebesøk. Dersom hjemmebesøk utelates, er ikke dette nødvendigvis en tidsbesparelse fordi foreldre ofte kompensere med hyppigere konsultasjoner på helsestasjonen.

Helsesøstrene svarer at de har god kompetanse til å ivareta oppgaver og utfordringer som de kan møte i et hjemmebesøk. De har størst faglig trygghet i forhold til å ivareta det nyfødte barnets behov, mens svarene fra en del helsesøstre kan tyde på at de trenger å styrke kompetansen i forhold til barselkvinnen og familiens behov. Dette kan også gjelde for oppfølging av premature barn.

## 7. Referanser

Barne- og Likestillingsdepartementet (2008). *Om menn, mansroller og likestilling*. St.meld.nr 8 (2008-2009).

Bergen kommune (2010). *Melding om helsestasjonstjenesten 2010-2015*. Byrådssak 221/10.

Bergen kommune og Kvinneklinikken HUS (2007). *Rutiner for samarbeid mellom Bergen kommune og Helse Bergen HF ved Kvinneklinikken*. BKDok-2007-00633.10.

Bild H. (1996). *Hjemmebesøk fra helsestasjonen til foreldre med nyfødt barn*. Rapport fra en forundersøkelse. Statens Institutt for Folkehelse.

Bild H. m.fl. (1998). *Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten?* Statistisk Sentralbyrå. Rapport 11/1998.

Brudal L. (2000) *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen, Fagbokforlaget.

Bull J et al. (2004). Ante- and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews. Evidence briefing. In: *Health development Agency*. [www.hda.nhs.uk/evidence](http://www.hda.nhs.uk/evidence).

Christ M, Sawyer T, Muench D & Huillet A. Comparison of Home and Clinic Well-Baby Visit in a Military Population. *Military Medicine*. Bethesda 2007; Vol. 172, (5), 515-519.

Fagerlund B H. (2007). Helsesøster på hjemmebesøk. I: Glavin K, Helseth S, Kvarme L (red.) *Fra tanke til handling i helsesøstertjenesten*. Oslo, Akribe.

Fagerlund B H. (2003). *Det første møtet mellom helsesøstre og foreldre med nyfødt barn. En observasjons- og intervjustudie*. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet, institutt for sykepleievitenskap. Hovedfagsoppgave.

Folkehelseinstituttet (2007). *Topp-studien Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. Rapport 2007:5.

- Glavin K. (2007). Screening og strukturerte kartleggingsinstrumenter. I: *Fra tanke til handling i helsesøstertjenesten*. Oslo, Akribe.
- Glavin K., Smith L. & Sørnum R (2009) Prevalence of Post Partum Depression in Two Municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 705-710.
- Helseth S (2001) Psychosocial intervention in child health centres. *Vård i Norden*, 2001; 21 (2)16-20.
- Helseth S. (2002). Hjemmebesøket. I: Bjørk IT, Helseth S & Nortvedt F *Møte mellom pasient og sykepleier*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2009). *Utkast til Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. IS-1736.
- Helsedirektoratet (2010). *Retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. IS-1734
- Helsedepartementet (2003). *Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, 3.april 2003 nr 450.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *En gledelig begivenhet*. St.meld.nr. 12 2008-2009.
- Hjälmhult E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning* nr. 1 (4) 18-26.
- Haaland G, Brundtland D & (2009). *Helsestasjonen for hele familien. Rapport fra prosjekt*. Høgskolen i Bergen og Bergen kommune.
- Janson S (2002). Home visitation: from sanitary control to support of the young family. *Acta Pædiatrica* 2002; 91 (5), 505-506.
- Jansson A, Isacson Å, Kornfält R & Lindholm L. (1998). Quality in Child Healthcare. The views of Mothers and Public Health Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1998; 12 (4), 195-204.

Jansson A, Pettersson K & Udèn G. (2001) The nurses first encounter with parent of newborn. The public health nurse's view of the good meeting. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10 (1), 140-151.

Janson A, Sivberg B, Wilde Larsson B & Udèn G. (2002) First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child health care: home visit or visit to the clinic? *Acta Pædiatrica* 2002; 91 (5), 571-577.

Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsson B & Udèn G. (2003) Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Första mötet med barnhälsovården viktig för den fortsatta kontakten. *Läkartidningen*, 2003;15,100, 1348-51.

Kendrick et al. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. In: *Ante- and post-natal home-visiting programmes*.

Landsgruppe av helsesøstre (2006). *Adoptivfamilien - veiviser for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og Foreldrehefte for adoptivfamilien*. Revidert/2.opplag i 2008.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005). *Svangerskap og psykisk helse*. Rapport fra Kunnskapssenteret 2/2005.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2009). *Litteratursøk i Helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Rapport fra Kunnskapssenteret 10/2009.

Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010). *Helsetilstanden i Norge*. Folkehelse rapport 2010:2.

Olds et al. (2000). Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. In: *Ante- and post-natal home-visiting programmes*.

Schjeldrup Mathiesen K., Karevold E. (2010). *Når mor sliter, sliter barna*. Intervju i bladet Psykisk 01/10: Funn fra Topp-studien.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Retningslinjer Svangerskapsomsorgen*. IS-1179.

Sosial- og helsedirektoratet (2007a). *Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn*. IS-1225.

Sosial- og helsedirektoratet (2007b). *Retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* – IS-1419.

Statens helsetilsyn (1998). *Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år*. Utredningsserie 5/98. IS-2621.

Statistisk Sentralbyrå (2009). KOSTRA. [www.ssb/helsetj.ko](http://www.ssb/helsetj.ko).

Statistisk Sentralbyrå (2010). KOSTRA. [www.ssb/helsetj.ko](http://www.ssb/helsetj.ko).

Tjora E. & Reigstad H. (2009). En seks dager gammel pike med vektnedgang. *Tidsskr Norsk Legeforening* nr 9, 2009; 129: 868-69.

Vehvilhäinen-Julkunen K. (1994 a) What do Finnish women want from home visits of public health nurses?... maternal and child health care. *Holistic Nursing Practice* 1994; July 8(4) 59-66.

Vehvilhäinen-Julkunen K. (1994 b) The function of home visits in maternal and child welfare evaluated by service providers and users. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 20 (4) October.

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Spørreskjema "Hjemmebesøk til familie med nyfødt barn."

# HJEMMEBESØK TIL FAMILIE MED NYFØDT BARN

## EN KARTLEGGINGSUNDERSØKELSE AV TILBUDET I BERGEN 2007

Til helsesøster!

Dette er en henvendelse til deg som helsesøster, og som gir helsestasjonstilbud til familier med nyfødte barn i Bergen kommune. Hjemmebesøket har i alle år vært betraktet som et viktig forebyggende tiltak og fundament for videre oppfølging og samarbeid med foreldre på helsestasjonen. På landsbasis er dette et helsetilbud som er lite undersøkt. Det foreligger ingen systematisk kartlegging i Bergen av nyere dato hvor helsesøstre har beskrevet sin oppfatning og vurdering av hjemmebesøksstilbudet. KOSTRA (kommunestatrapportering) tall viser en hjemmebesøksdekning som tyder på at dette tilbudet varierer i Bergen kommune. Denne spørreundersøkelsen vil finne ut hva som er helsesøstrenes vurderinger og erfaringer med hjemmebesøksstilbudet. Vi kan finne ut hvordan likhet i tilbudet til foreldrene kan tilrettelegges.

**Det er ønskelig at du avsetter ca 20 minutter og fyller ut spørreskjemaet!**

På forhånd hjertelig takk for svarene dine!

Med vennlig hilsen

Toril Økland, Sentral kvalitetsgruppe for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Bergen kommune

### A. Helsestasjonsarbeidet generelt

**1 I ditt arbeid som helsesøster har du ansvar for (flere kryss mulig):**

- a)  Helsestasjonsarbeid for sped- og småbarn
- b)  Skolehelsetjeneste
- c)  Helsestasjon for ungdom
- d)  Prosjekt
- e)  Annet .....

**2 Hvor stor helsestasjon arbeider du på i dag? (ett kryss)**

- a)  Stor (over 200 fødselsmeldinger)
- b)  Ganske stor (199-150 fødselsrapporter)
- c)  Middels stor (149-100 fødselsrapporter)
- d)  Liten (opptil 99 fødselsrapporter)

**3 Hvor mange helsesøstre arbeider på din helsestasjon? (ett kryss)**

- a)  10-8 helsesøstre
- b)  7-5 helsesøstre
- c)  4-2 helsesøstre
- d)  1 helsesøster

**4 Konsultasjonsform og gruppetilbud, hvilke har du?**

- a)  Gruppekonsultasjoner (kun denne formen)
- b)  Individuelle konsultasjoner (kun denne formen)
- c)  Både gruppe- og individuelle konsultasjoner
- d)  Andre gruppetilbud 1. leveår .....

**5 Fordeling av fødselsrapporter (FR) mellom kollegaer (ett kryss)**



- a)  Vi fordeler FR etter geografiske distrikter (alle har hver sitt)
- b)  Vi fordeler FR ut i fra et system uten distrikter
- c)  Vi fordeler FR uten bestemt system
- d)  Vi har en blanding av flere fordelingsystemer

## B Planlegging og gjennomføring av hjemmebesøket

**6 Er dagens fordelingsordning av fødselsrapporter tilfredsstillende etter din mening?**

- ja       nei       vet ikke

**7 Har det vært faglige diskusjoner på din helsestasjon om prioritering av hvem som skal tilbys hjemmebesøk?**

- ja       nei       vet ikke

**8 Gjennomfører dere kollegaer en omtrentlig lik praksis mht tilbud om hjemmebesøk?**

- ja       nei       vet ikke

**9 Hvem tilbyr du hjemmebesøk til?**

- a)  Alle familier med nyfødte barn
- b)  Til alle førstegangsfødende
- c)  Etter anmodning fra foreldre
- d)  Annet .....

**10 Hvordan presenterer du hjemmebesøket? (avkryssing a - d)**

- |   |                                 |                                    |                                  |
|---|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| a) Jeg ønsker å tilby dere hjemmeh, når kan det passe?                                  | oftest <input type="checkbox"/> | av og til <input type="checkbox"/> | sjelden <input type="checkbox"/> |
| b) Jeg ringer for å avtale hjemmeh, når kan det passe?                                  | oftest <input type="checkbox"/> | av og til <input type="checkbox"/> | sjelden <input type="checkbox"/> |
| c) Vi har det pt såpass travelt, har du/dere istedenfor tid å komme til helsestasjonen? | oftest <input type="checkbox"/> | av og til <input type="checkbox"/> | sjelden <input type="checkbox"/> |
| d) Hvordan er det, trenger du/dere hjemmebesøk?   | oftest <input type="checkbox"/> | av og til <input type="checkbox"/> | sjelden <input type="checkbox"/> |

**11 Bakgrunnsinformasjon om barnet/familien indikerer at hjemmebesøk er spesielt viktig, men foresatte uttrykker liten interesse. Hva er vanligvis din praksis da? (ett kryss)**

- a)  Formulerer tilbudet på en måte som viser et aktivt ønske om å komme hjem til familien
- b)  Sier: "Vi pleier å tilby hjemmebesøk, når kan det passe for dere?"
- d)  Respekterer at familien ikke ønsker hjemmebesøk, og ber dem å komme på helsestasjonen i stedet
- e)  ..... (min vanlige måte ...)

**12 Hvilke grunner er det til at foreldre ikke mottar hjemmebesøk på din helsestasjon? (Grader fra 1-3 i alle rutene mht hvilke grunner: 1 = oftest, 2 = av og til 3 = lite vanlig)**

- a)  Foreldrene ønsker ikke hjemmebesøk
- b)  Jeg kjenner familien fra før
- c)  FM mottas for sent fra KKB (mer enn 3 uker)
- d)  Familien møter på helsestasjonen for å veie barnet
- e)  Helsesøster har ikke tid
- f)  Barnet er innlagt på sykehus
- g)  Familien treffes ikke hjemme/har ferie

**13 Anmoder du far om å være tilstede på hjemmebesøket? (ett kryss)**

- a)  Alltid
- b)  Vanligvis

- c)  Noen ganger
- d)  Ikke vanlig

**14 Hvor lang tid (inkludert reise til/fra) avsetter du vanligvis til hjemmebesøket? (ett kryss)**

- a)  under 1 time
- b)  fra 1 opptil 1,5 time
- c)  fra 1,5 opptil 2 timer
- d)  over 2 timer

**15 Hva er de vanligste grunner til at hjemmebesøket tar lang tid, dvs mer enn 1,5 time? (Nevn de 3 vanligste)**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**16 Har du samarbeid med jordmor før fødsel? (ett kryss)**

- a)  Alltid
- b)  Ved behov
- c)  Sjelden
- d) Kommentarer .....

**17 Har du samarbeid med jordmor etter fødsel? (ett kryss)**

- a)  Alltid
- b)  Ved behov
- c)  Sjelden
- d) Kommentarer .....

**18 Når mener du den ideelle tiden er for å foreta hjemmebesøk til familier med nyfødt? (ett kryss)**

- a)  Snarest etter hjemkomst fra klinikken
- b)  Ca 1 uke etter hjemkomst fra klinikken
- c)  Innen 10 - 14 dager

**19 Hva har du med på hjemmebesøket? (mulig med flere kryss)**

- a)  Fødselsrapporten
- b)  Brosjyrer
- c)  Annet .....

**20 Inneholder Fødselsrapporten tilstrekkelig informasjon for oppfølging av barnet/familien?**

- oftest OK     av og til Ok     sjelden OK

**21 Finner du anbefalt brosjyreliste for hjemmebesøket nyttig som et hjelpemiddel?**

- ja     nei     vet ikke

**22 Hvordan erfarer du vanligvis at foreldre ser på behovet for å få hjemmebesøk etter fødsel? (ett kryss)**

- a)  Stort behov
- b)  Middels behov
- c)  Lite behov

d)  Kommentarer .....

**23 Hva ønsker du å oppnå med hjemmebesøket? (ønskelig at du besvarer a-c)**

a) For spedbarnet .....

b) For foreldrene/familien .....

c) Annet .....

**24 Hva er din vurdering mht det generelle behovet for hjemmebesøk til familier med nyfødt?**

(ett kryss)

a)  Stort behov

b)  Middels behov

c)  Lite behov

d)  Kommentarer .....

**25 Når du av en eller annen grunn ikke får gjennomført hjemmebesøk, er din erfaring da at det er behov for å kompensere med flere konsultasjoner på helsestasjonen?**

ofte

av og til

sjelden

**26 Har du nytte av tema-/sjekklisten i HSPRO-journal som huskeliste for hjemmebesøket?**

a)  Stort nytte

b)  Middels nytte

c)  Liten nytte

d)  Kommentarer .....

**27 I et vanlig hjemmebesøk, hvilke tema er det som tar mest tid? (svar alle med å**

nummerere i alle rutene (3= mye tid, 2= litt tid, 1= bruker nesten ikke tid på dette)

a)  Barnets vektøkning

b)  Barnets trivsel

c)  Amming/morsmelk, annen ernæring

d)  Barnets behov og praktisk omsorg

e)  Samspill og kontakt

f)  Fødselsopplevelser hos mor

g)  Fødselsopplevelser hos far

h)  Foreldrerolle

i)  Familiesituasjon/søsken

j)  Sosialt nettverk

k)  Mors fysiske og psykiske helse

l)  Etterkontroll, prevensjon

m)  Hud/navle

n)  Hals

o)  Barnets bevegelsesmønster

p)  Syn/blikkontakt

q)  Hørselsreaksjon

r)  Annet .....

**28 Hvilke 3 temaområder gir hyppigst grunn til oppfølging etter et hjemmebesøk?**

1) .....

2) .....

3) .....

### C Når hjemmebesøk ikke gjennomføres

29 Hvordan er vanligvis din kontakt med familier som ikke tilbys hjemmebesøk? (ett kryss)

- a)  Jeg tar alltid telefonkontakt  
b)  Jeg inviterer foreldre og barnet til hst  
c)  Jeg avventer til familien tar kontakt  
d)  Jeg følger ingen spesiell rutine

30 Hvordan vurderer du det at familier ikke tilbys hjemmebesøk fra helsestasjonen?

(Flere kryss mulig)

- a)  Faglig forsvarlig dersom helsesøster kjenner familien fra tidligere  
b)  Faglig forsvarlig fordi foreldre etter vår erfaring er fornøyd med konsultasjon på helsestasjonen  
c)  Faglig lite forsvarlig dersom helsestasjonen ikke har foretatt seg noe mhp forbedring av tilbudet  
d)  Faglig lite forsvarlig dersom helsesøster begrunner det med "Ikke tid" eller "ikke prioritet"

31 Er det et faglig dilemma for deg at familier med nyfødt ikke får tilbud om hjemmebesøk?

- ja       nei       Vet ikke

32 Dokumentasjon i journal:

- a) Alle opplysninger i Fødselsrapporten innføres i Hspos-journal  
 ja       nei       Vet ikke  
b) Kun Fødselsrapportens opplysninger om barnet innføres i Hspro-journal  
 ja       nei       Vet ikke  
c) Min rutine er å hake av i Hspro slik at jeg skiller mellom hjemmebesøk og konsultasjon  
 ja       nei       Vet ikke

### D Hjemmebesøk til andre barn

33 Tilbyr dere på din helsestasjon hjemmebesøksstilbud til foreldre ved adopsjon?

- ja       nei       Vet ikke

### E Bakgrunnsopplysninger

34 Din alder (sett kryss)

- under 30 år     31-40 år     41-50 år     51-60 år     over 60 år

35 Når ble du utdannet helsesøster? ..... (angi år)

36 På hvilken høgskole tok du helsesøsterutdanning? ..... (skriv høyskole)

37 Har du annen relevant videreutdanning utover helsesøsterutdanning? .....  
..... (skriv hvilke(n))

38 Hvor mange år har du arbeidet som helsesøster? ..... år

39 Arbeider du deltid eller heltid pr i dag? ..... (angi stillingsbrøk)

40 Hvor stor del av stillingen har du til helsestasjonsarbeid ..... (angi stillingsbrøk)

### F Muligheter og begrensninger

41 Hvordan vurderer du din kompetanse for å ivareta hjemmebesøket til nyfødte barn?

**(sett kryss for det som passer for deg)**

- a) Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta oppgaver som vedrører spedbarnets behov  
 helt enig     delvis enig     helt uenig
- b) Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta oppgaver som vedrører moren/barselkvinnen  
 helt enig     delvis enig     helt uenig
- c) Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta oppgaver som vedrører familiens behov  
 helt enig     delvis enig     helt uenig

**42 Hvordan vurderer du din kompetanse for å ivareta hjemmebesøk til familier med prematurt barn? (sett kryss for det som passer for deg)**

- a) Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta oppgaver som vedrører prematurt barns behov  
 helt enig     delvis enig     helt uenig
- b) Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta oppgaver som vedrører moren  
 helt enig     delvis enig     helt uenig
- c) Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta oppgaver som vedrører familiens behov  
 helt enig     delvis enig     helt uenig

**G Utfyllende informasjon**

**43 Har du andre kommentarer knyttet til hjemmebesøkstilbudet?**

Hjertelig takk!