



Bacheloroppgave

ADM650 Jus og administrasjon

**Tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner i
helsetjenesten**

Anita Hasseløsæter og Marit Storum

Totalt antall sider inkludert forside: 34

Molde, 23.05.18



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Beinta í Jákupsstovu

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 13.05.18

Forord

Denne bacheloroppgaven markerer vår avslutning på studiet juss og administrasjon ved Høgskolen i Molde. Arbeidsprosessen har vært både lærerik og utfordrende. Vi har valgt et tema og en problemstilling som vi synes er interessant, og som har gjort at vi har fått et litt annet perspektiv på helsestasjonen og hvordan den fungerer enn vi hadde fra før. Det har vært interessant å se hvordan helsestasjonen som organisasjon er bygget opp, hvordan de jobber der, og hvordan samarbeidet på tvers av yrkesgruppene fungerer.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder, Beinta í Jákupsstovu, som vi har fått mye god hjelp fra gjennom oppgaveprosessen.

Anita Hasseløsæter og Marit Storum

Molde, 2018

Sammendrag

Fødselsdepresjon er en tilstand som rammer mellom 6000-9000 kvinner til enhver tid, (10-15% av befolkningen). Målet med denne studien er å se på hvordan helsestasjonen jobber for å fange opp disse kvinnene, og hvordan de samarbeider på tvers av profesjoner.

Grunnlaget for denne oppgaven er en kvalitativ undersøkelse med intervju av jordmor og fastlege, i tillegg til litteraturstudie.

Vi har sett på velferdsstatens- og helsestasjonens oppbygging, hvordan helsestasjonen drives, og hvilke utfordringer de har.

Vi ble overrasket over noen av funnene våre, blant annet hvor stor rolle taushetsplikten har for om man får til å fange opp mødre med fødselsdepresjon.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Problemstilling	1
1.2	Tema	1
2.0	Teori	2
2.1	Velferdsstaten	2
2.2	Omsorg og overvåking	4
2.3	Helsestasjonens betydning for samfunnet	6
2.4	Drift av helsestasjonen	6
2.5	Institusjonelle barrierer ved profesjonelt samarbeid i helsetjenesten.....	8
2.5.1	Taushetsplikt	8
2.5.2	Samarbeid.....	10
2.5.3	Økonomi.....	10
2.6	Helsestasjonens oppfølging av nybakte mødre	11
2.7	Institusjonelle retningslinjer for virksomheten i helsestasjonen	12
2.8	Fødselsdepresjon	14
3.0	Metode.....	16
3.1	Datainnsamling.....	16
4.0	Funn fra intervju.....	18
5.0	Fange opp/henvisning	20
5.1.1	Omorganisering.....	21
6.0	Drøftelse	22
7.0	Oppsummering	23
7.1	Konklusjon	24
8.0	Litteraturliste.....	24
9.0	Vedlegg	26

1.0 Innledning

I denne oppgaven er fokuset på det tverrfaglige samarbeidet mellom helsesøstre, jordmødre og fastleger om å fange opp kvinner i faresonen for å utvikle fødselsdepresjon. Vi vil se på hvordan profesjonene koordinerer arbeidet, og om det finnes et sikkerhetsnett som sørger for at alle blir fanget opp, eller om det er fare for at noen faller mellom. Vi vil også se på hva som gjøres dersom det blir oppdaget at noen er i faresonen eller har utviklet en depresjon.

Vi vil se på lover og retningslinjer de må følge, og hvordan dette påvirker arbeidet deres, samt se på hvordan velferdsstaten er bygd opp og hvordan den påvirker driften av helsestasjonen.

1.1 Problemstilling

Med utgangspunkt i retningslinjene for svangerskaps- og barselomsorgen vil vi rette søkelys på det tverrfaglige samarbeidet mellom helsesøstre, jordmødre og fastlege for å se om de lager et finmasket sikkerhetsnett for å fange opp kvinner i faresonen for å utvikle fødselsdepresjon.

1.2 Tema

Vi har valgt å skrive om helsestasjonen som tema fordi vi begge har vært gjennom svangerskap og fødsler, og har vært innom forskjellige helsestasjoner i forhold til det. Vi følte da at det var veldig mye fokus på det nyfødte barnet, og heller lite interesse for mors helse, og lite eller ingen informasjon om fødselsdepresjoner. Vi har derfor lyst å se på hvordan helsestasjonen i Molde drives i forhold til arbeidet med å fange opp mødre som har utviklet, eller som står i faresonen for å utvikle fødselsdepresjon.

Grunnen til at vi velger å se på nettopp dette temaet er fordi vi tror det er et større antall av nybakte mødre som utvikler fødselsdepresjoner enn mange er klar over. Dagens forventninger og presset om å være lykkelig har etter vår mening økt til en nesten urealistisk høyde, som påvirker mødrene i stor grad når realiteten setter inn. Heldigvis er det blitt et større fokus på fødselsdepresjon både i media og på sosiale

medier, og flere har åpnet opp om erfaringer de har hatt med det, vi føler derfor at kunnskapen om fødselsdepresjoner blant allmenheten har gått opp.

Det har også blitt en endring i at det nå praktiseres stadig tidligere hjemreise etter fødsel, dette betyr et større ansvar for helsestasjonstilbudet i kommunene. Vi ønsker å se hvordan Helsestasjonstjenesten i Molde løser dette, og om de følger det vi anser som et stigende behov på dette området.

2.0 Teori

2.1 Velferdsstaten

Helsestasjonen er et helsetjenestetilbud som er en del av den norske velferdsstaten, vi må derfor se litt på hva den handler om. Bærebjelkene i velferdsstaten er helsetjenesten og trygdesystemene, men vi forholder oss mest til helsetjenesten i denne oppgaven.

Målet med velferdsstaten er å sikre en sosial trygghet og likhet i samfunnet, at alle i befolkningen skal ha lik tilgang til de ulike velferdsgodene, uavhengig av hvor de bor eller hvilken inntekt de har. Dette er et offentlig ansvar, som kommer til uttrykk gjennom politiske vedtak om hvordan, hvor mye, og til hvem kontantoverføringer og tjenester skal fordeles og leveres, og vedtak om hvordan, hvor mye og fra hvem skatter og avgifter skal samles inn for å finansiere de offentlige velferdsgoder, (Hatland, Kuhlne og Romøren, 2013).

Den moderne helsetjenesten har vært under store endringer de siste førti årene, og en rekke reformer, omorganisering og tiltak har ført til bedring og utjevning av levekår i Norge. Helsetjenesten er nå en primærhelsetjeneste hvor fastlegen er sentral, men helsesøstre, fysioterapeuter og andre helsefaglige yrkesgrupper deltar i det forebyggende og behandlende arbeidet.

I 1984 trådte lov om helsetjenesten i kommunen i kraft. Da ble primærhelsetjenesten en desentralisert kommunehelsetjeneste, hvor tanken var at hver kommune skulle være selvforsynt med helsetjenester som står for forebyggende og alminnelig diagnostikk og behandling. Den politiske begrunnelsen er i utgangspunktet at den ville bli i bedre stand til å lette presset på

sykehussektoren, og at det ville til dels øke kostnadskontrollen, (Hatland, Kuhnle, Romøren, 2013).

En annen viktig reform er kommuneloven av 1993, hvor det ble mindre statlig tilsyn og kontroll, noe som økte kommunens selvstyre og ansvar.

I 2011 endret det som tidligere het kommunehelsetjenesten, og pleie- og omsorgstjenesten navn til helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og det ble vedtatt en ny lov som stadfester det nye navnet og knytter sammen forhenværende lover og virksomheter med nye. Kommunene har organisatorisk og i praksis fremdeles henholdsvis en helsetjeneste og en omsorgstjeneste, som arbeider med hver sine oppgaver og har ulike faglige profiler.

Primærhelsetjenesten er alminnelige, ikke-spesialiserte helsetjenester til pasienter som ikke er på sykehus, men befinner seg hjemme eller i kommunale institusjoner og boliger, (Hatland, Kuhnle og Romøren, 2013). Dette er en virksomhet som har vokst seg fram over lengre tid, både som privat tjenesteyting, og på statlig, fylkeskommunalt eller kommunalt initiativ. Myndighetene har fra midten av 1970-årene jobbet for å samordne disse tjenestene, ønsket har vært å få de inn i organisasjoner med felles mål, oppgaver, finansiering og styring, noe som endte med desentralisering. Tanken var at hver kommune skulle være selvforsynt med helsetjenester som sto for forebygging og alminnelig diagnostikk og behandling, (Hatland, Kuhnle og Romøren, 2013). Det å organisere primærhelsetjenesten på denne måten var politisk begrunnet med at det ville lette presset på sykehussektoren, og man ville få økt kostnadskontroll. I tillegg ville lokal styring gi mer innflytelse til tjenestemottakerne; dette var demokratiargumentet.

Økonomisk sett går statens bidrag til kommunehelsetjenesten inn i de årlige rammebevilgningene til kommunen, mens resten blir dekket delvis av bidrag fra folketrygden, kommunens skatteinntekter og pasientenes egenbetaling.

Når det gjelder hvordan de vil organisere og drive sine primærhelsetjenester, står kommunene nokså fritt. Da kommunehelsetjenesteloven var ny, i 1980-årene, hadde de fleste kommunene kommunehelsetjeneste, eldreomsorg og kommunal sosialtjeneste som ble administrert av en helse- og sosialsjef. Da var som regel leger, fysioterapeuter og helsesøstre inndelt i en helseavdeling, mens hjemmesykepleie, hjemmehjelp, omsorgsboliger, og aldersinstitusjoner, med mer, lå innunder en pleie- og omsorgsavdeling, og sosialtjenestene og barnevernstjenesten var inndelt i en sosialavdeling.

På slutten av 1990-årene ble etatsjefer og andre administrative ledere, for eksempel på sykehjem eller skole, fjernet, og det ble vanlig å organisere kommunale tjenester ut fra det som kalles «tonivåmodeller». Den kommunale helse- og sosialtjenesten fikk flere oppgaver i denne perioden, blant annet ansvar for psykisk utviklingshemmede og alvorlig psykisk syke. I tillegg fikk NAV ansvaret for store deler av det som hadde vært sosialkontorenes virksomhet.

Det sies at primærhelsetjenesten i Norge har vært, og er enestående, både internasjonalt og innenfor den skandinaviske velferdsmodellen, ved at den har tett og desentralisert organisering. Denne ordningen har trolig vært en viktig forutsetning for å gjennomføre reformer og endringer på høyere nivåer, for eksempel når det gjelder avinstitusjonaliseringen av sykehusvesenet og det psykiske helsevesenet, (Hatland, Kuhnle og Romøren, 2013).

Velferdsstaten går nå i en retning der man legger større vekt på markedsbaserte løsninger og med mer fokus på økonomisk lønnsomhet, effektivitet og individuelle rettigheter. I tillegg er politisk agenda blitt viktig mot omstillinger og fornyelse av offentlig sektor. Den tradisjonelle velferdsstaten har både aktuelle og framtidige utfordringer som knytter seg både til politiske og ideologiske endringer, i tillegg til hvordan sosialpolitikken skal finansieres (Stamsø, 2009).

Norge er et land som i stor grad baserer seg på desentraliserte systemer ved produksjon av offentlige tjenester. Desentraliseringen er økende og stadig flere oppgaver er blitt overført fra sentrale myndigheter til regionale og lokale myndigheter, for eksempel kommunehelsetjenesten. Siden kommunene har et lovpålagt ansvar for oppfølgingen, kan sykehusene nå sende pasienter langt tidligere hjem enn før, noe de gjør fordi de mener det er lønnsomt økonomisk. Dette er noe som er med å påvirke driften av helsestasjonen.

2.2 Omsorg og overvåking

I velferdsstaten forutsettes det at det er et offentlig sosialt sikkerhetsnett som kan sikre barn gode oppvekstmuligheter, (Jákupsstovu og Aarseth, 1996). Dette vil si at det er offentlige institusjoner som har ansvaret med å forebygge at barn får sykdommer, psykiske lidelser, eller blir utsatt for ulykker. Helsestasjonene har en nøkkelrolle i dette arbeidet, og helsesøstre og jordmødre er sentrale aktører i

kommunenes folkehelsearbeid. De skal yte nødvendig omsorg, overvåkning og rådgivning til gravide i løpet av svangerskap, fødsel og barseltid, og de har en viktig oppgave med å formidle undervisning og helserådgivning, både for den gravide kvinnen, for familiene og for samfunnet. De har en rolle som overvåker av både barn og mødre, noe som vil si at de skal ha kunnskap om helsetiltak som er rettet mot individet, grupper og samfunnet. De skal ha en sentral rolle for å skape tillit for å veilede og støtte mødre, barn og unge med spesielle behov, (Jákupsstovu og Aarseth, 1996).

Helsestasjonen er den eneste kommunale institusjonen som driver med forebyggende arbeid for barn som hovedoppgave, og den eneste instans som har kontakt med nær 100% av alle småbarnsfamilier, (Jákupsstovu og Aarseth, 1996). Helsesøstrene og jordmødrene har opparbeidet seg en tillit i lokalmiljøene, og kan ta kontakt eller komme på ekstra hjemmebesøk om de ser behov for det, uten at det er påfallende eller krisebetont av den grunn. De har en unik mulighet til å komme inn i hjemmene og se familiene i deres naturlige hjemmemiljø, noe som gjør at de har mulighet til å fange opp eventuelle problemer som skulle oppstå, som for eksempel fødselsdepresjon. I følge Jákupsstovu og Aarseths brukerundersøkelse fra 1992 er det få som oppfatter helsesøstrene som kontrollorgan, og det var ingen som syntes hjemmebesøkene var påtrengende eller ubehagelige. (Jákupsstovu og Aarseth, 1996, s. 29). Dette vil si at helsesøstrene og jordmødrene har god anledning til å få et nært forhold til brukerne, og dermed har god mulighet til å være både en god støtte og kunne være overvåker. «Den profesjonelle overvåkeren» har hatt som mål å påvirke mødrenes atferd til det beste for barnet, ved å øke mødrenes innsikt i barnas behov. Dette gjør de ved hjelp av sin autoritet og ekspertise etter at de har blitt litt kjent med mødrene og oppnådd tillit. Det at helsesøstrene har ansvar for vaksinasjonsprogrammene gjør at de treffer barn og foreldre jevnlig i småbarnsperioden, noe som fører til at de har god mulighet til å overvåke og holde oppsyn med om familiene har behov for hjelp.

2.3 Helsestasjonens betydning for samfunnet

De fleste helsestasjonene ble drevet av frivillige organisasjoner fram til 1974. Norske Kvinners Sanitetsforening var spesielt aktive, og de åpnet i 1914 sin første kontrollstasjon for mor og barn, som er forløperen til dagens helsestasjoner. Målet var å drive folkeopplysning, øke familienes egenkompetanse, og få undersøkt barnas helse. Sanitetskvinnene drev opplysningsvirksomhet og arrangerte foredrag med tema om helse og sykdomsforebygging. Dette hadde betydning for lokalsamfunnene, spesielt ved å få samlet mødre til sosialt samvær.

Historisk statistikk viser at barnedødeligheten er gått kraftig ned, noe helsestasjonene kan ta mye av æren for, siden oppgavene til helsestasjonen var å forebygge mot feilernæring og smittsomme sykdommer. De oppmuntret mødre til amming av barna sine, og ga råd for å bedre hygiene. Etter hvert fikk de også oppgaven om å vaksinere mot ulike epidemiske sykdommer.

Sanitetskvinnene vant i 1972 en årelang kamp, da det ble lovpålagt at helsestasjoner skulle være en kommunal oppgave. Denne loven fikk virkning fra 1974, og i dag drives helsestasjonene av kommunene, stort sett som en del av kommunens helseavdeling.

Helsestasjonene har en stor rolle i dagens samfunn også. De driver fremdeles med veiledning, støttesamtaler, forebygging, overvåking, og vaksinering, samt at de er en arena for sosialt samvær for nybakte mødre ved at de har barselgrupper.

Helsestasjonen er fremdeles en vel ansett institusjon, og mange kan ha et nærere forhold og synes at det er lettere å ta kontakt med helsestasjonen enn lege om det skulle være noe, da terskelen for å ta kontakt er lavere og kan føles mer brukervennlig innstilt. Helsesøstrene har nok en profesjonell interesse i å holde en lav terskel for brukerne, sånn at de i neste omgang kan drive forebyggende virksomhet, (Jákupsstova og Aarseth, 1996). Det at man har et slikt tilbud som er lett tilgjengelig og er en gratis tjeneste som har et fokus på helsefremming, forebygging og tidlig intervensjon, er veldig positivt for befolkningen i kommunen.

2.4 Drift av helsestasjonen

Helsestasjonstilbudet i dag er for barn fra 0 til 5 år og foreldrene deres, i tillegg er svangerskapsomsorgen en del av helsestasjonstilbudet. Grunnbemanningen på

helsestasjonen består av helsesøstre, jordmødre, lege, helsestasjonsmedarbeider, fysioterapeut og familieveileder. De kan også bistå med å formidle kontakt og samarbeid med andre ansatte innenfor helse, tannlege, barnehage, sosial tjeneste og lignende.

Helsestasjonsvirksomheten er en del av kommunens helsetjeneste. Det vil si at helsestasjonen er pliktig til å følge lover og regler som er forbeholdt de. I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1(1) har kommunen et ansvar med å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. I § 3-1(4) står det at kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører til under stat eller fylkeskommune. Dette vil si at Molde kommune har ansvaret for at alle i kommunen skal få tilbud om de helsetjenestene de har krav på, og at helsestasjonen i Molde er en del av dette tilbudet. Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2(1) og 3-2(2) står det at for å oppfylle kravet fra § 3-1 skal kommunen blant annet tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder: helsestasjonstjeneste og svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Det vil i utgangspunktet si at Molde kommune er pliktig til å sette av ressurser slik at dette tilbudet blir ivaretatt og oppfylt.

I tillegg til lover så har man også en egen forskrift til helsestasjonstjenester: *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Formålet med denne forskrift står i § 1-1; *å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og å forebygge sykdommer og skader*. I forskrift § 2-1 står det ganske klart og tydelig hvilket ansvar kommunen har i forbindelse med helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det står at barn og ungdom skal bli tilbudt helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og at gravide skal ha tilbud om å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Det er kommunen som skal dekke alle utgifter som er knyttet til dette, i tillegg skal kommunen sørge for at helsestasjonene har det nødvendige personell, at det er rutiner for samarbeid mellom helsestasjonsmedarbeider, fastlegene, med andre kommunale tjenester, tannhelsetjenesten, fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten. Kommunen har et ansvar og er pålagt å sørge for at alle kravene blir gjennomført gjennom helsestasjonsvirksomheten.

Helsestasjonen er en offentlig organisasjon hvor rammebetingelsene settes av politikerne. Offentlige organisasjoner skal drive med mest mulig effektiv produksjon av tjenester og varer, og i tillegg skal de ivareta sentrale rettsverdier som likebehandling, forutsigbarhet og offentlighet. Fra politisk hold er det stilt tre hovedkrav for å bedre helsetilstanden til befolkningen i Norge, det vil si at Helsetjenesten skal ha god kvalitet, være effektiv og sikre rettferdighet ut fra politiske mål.

I følge retningslinjer for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal det være en gratis og lett tilgjengelig tjeneste, som har et fokus på helsefremming, forebygging og tidlig intervensjon. De skal jobbe på individ-, gruppe-, og systemnivå. Det vil si at tjenesten er tverrfaglig og har et friskfokus som skal fremme ressurser og sterke sider hos barn, unge og foreldre. I tillegg har et stort potensiale til å identifisere skjevutvikling og utsatthet hos de gravide og barn. Det som er kommunens ansvar er å ha tilgang på nødvendige personell for de oppgavene de skal utføre, og til å ha en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom disse. I tillegg skal Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ifølge folkehelseloven og forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten bidra til at kommunene har en oversikt over helsetilstanden til innbyggerne og faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom, og til de gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjonen, (Helsedirektoratet 2018).

2.5 Institusjonelle barrierer ved profesjonelt samarbeid i helsetjenesten

2.5.1 Taushetsplikt

En utfordring man har i arbeidet på helsestasjonen er taushetsplikten. Jordmor har taushetsplikt overfor helsesøster, og omvendt. Dette vil si at når man har gått hos jordmor i lengre tid, og deretter begynner å gå til helsesøster, så vet ikke helsesøster noe om den tidligere historikken.

Dette er på grunn av at alle som arbeider ved offentlige instanser omfattes av lover og regler om taushetsplikt. Det vil si at man har en plikt til å holde visse persons-

og næringsopplysninger hemmelige, slik at uvedkommende ikke skal få tilgang og kjennskap til dem. Dette innebærer også et forbud mot å formidle opplysninger til andre, og at man har et ansvar for å aktivt å beskytte disse opplysningene. Pasienten kan helt eller delvis frita helsepersonellet fra taushetsplikten ved å samtykke til at helseinformasjonen deles.

Vi kan dele de lovbestemte inn i tre kategorier som er: Den profesjonsbaserte taushetsplikt etter helsepersonelloven, den alminnelige taushetsplikten etter forvaltningsloven og de særlige taushetspliktreglene i tjenestelovgivning.

Den første, som er den profesjonsbaserte taushetsplikten, finner vi i Helsepersonelloven § 21; Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Dette kan i utgangspunktet tolkes sånn at alle som er helsepersonell og som yter helsehjelp har taushetsplikt, uansett om det er i privat eller offentlig virksomhet. Den profesjonsbaserte taushetsplikten innebærer at alle helsepersonell skal hindre at uvedkommende får tilgang til eller kjennskap til sensitive opplysninger om pasientens legems- og sykdomsforhold.

Den tjenestebaserte taushetsplikten finner vi i spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 og i kommune helsetjenesteloven § 6-6. Her går bestemmelsene ut på at enhver som gjør tjeneste for de offentlige helseinstitusjoner eller for kommunehelsetjenesten har taushetsplikt etter de alminnelige reglene om taushetsplikt i forvaltningen, jf. forvaltningsloven §§ 13 til 13f. Det vil si at disse bestemmelsene har en betydning for de som ikke yter helsehjelp, men for eksempel utfører et administrativt arbeid innen helsesektoren.

Utveksling av taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell kan kun skje når det er nødvendig for behandling og oppfølging av den pasienten det gjelder, jf. Helsepersonelloven §§ 25 og 45. En pasient kan samtykke til å gi informasjon til helsepersonell, dette finner man i Helsepersonelloven § 22.

2.5.2 Samarbeid

Det forventes at både jordmødre og helsesøstre skal samarbeide godt i lag om en helhetlig svangerskaps- og barselomsorg på helsestasjonene. Men det kan av og til oppstå konflikter og samarbeidsproblemer, noe som kan forårsake at helsesøster og jordmor ikke samarbeider effektivt nok til at det blir en helhetlig svangerskaps- og barselomsorg. Det kan oppstå en økende konflikt mellom profesjonene om å få politisk oppmerksomhet og tildelinger av ressurser (Aune og Olufsen 2014). Dette kan medføre til at det utvikles negative holdninger til hverandre. For å forebygge slike holdninger kan både helsesøstre og jordmødrene ha et effektivt samarbeid der de både respekterer og forstår hverandres ferdigheter, det vil si at de må ønske å diskutere og integrere samarbeidsmodeller i de forskjellige faglige områder på helsestasjonen.

Et annet problem for samarbeidet, som for så vidt allerede er nevnt, er taushetsplikten. Det å ikke kunne videreformidle informasjon videre til andre som skal ha pasienten kan gjøre at dyrebar informasjon går tapt, og at pasientene ikke får den oppfølgingen de har behov for. Man risikerer at det tar unødvendig lang tid før sykdommer eller tilstander blir fanget opp, eller i verste fall; at de ikke blir fanget opp i det hele tatt.

2.5.3 Økonomi

I Norge har Staten gjennom lovgivning regulert og gitt pålegg om stadig nye oppgaver til kommunene, samtidig som autonomien er blitt redusert. Dette vil si at det er en økning med lovpålagte oppgaver, og samtidig en økning med økonomiske øremerkede ressurser kommunene har blitt tildelt.

Det har vært en desentralisering av oppgaver i løpet av 25-30 år, og velferdsstatens oppgaver har blitt overført til kommunene, noe som betyr at det er kommunene sitt ansvar til å finansiere de oppgavene og i tillegg utvikle ulike tjenestetilbud som dekker behovene og er tilpasset både brukerne og lokale behov. Det at det blir en økning med økonomiske ressurser, kan føre til at kommunene vil stå i en kontinuerlig konflikt med å løse oppgaver som de har fått, innenfor de økonomiske rammene som de har fått tildelt.

For helsestasjonenes vedkommende får dette betydning ved at de må bruke pengene på det de er øremerket og tiltenkt til, noe som fører til at de ikke har råd til å få gjøre oppgaver som de ser det er behov for, og må vurdere hva de har mulighet til å gjennomføre. Dette går ut over brukerne, som ikke får det tilbudet de har behov for og burde hatt tilgjengelig.

2.6 Helsestasjonens oppfølging av nybakte mødre

Det som er en av hovedoppgavene til helsestasjonen er å følge med på barnets fysiske og psykososiale utvikling fra fødselen av.

Det er en bekymring for mange gravide og nybakte mødre at det er snakk om å kutte ned i barselomsorgen, noe som vil bidra til stadig kortere liggetid på sykehusene. Utfordringen er at de nybakte mødre ikke blir godt nok ivaretatt når de er i en sårbar, og kritisk fase i livet sitt. De nybakte mødre kan oppleve å føle en usikkerhet og være lite forberedt på sin nye situasjon etter hjemkomst. Det er viktig med god oppfølging av helsesøster og jordmor i den første tiden hjemme med det nyfødte barnet, da det kan redusere risikoen for barseldepresjon hos nybakte mødre.

Hovedfokuset til helsestasjonene ligger på å se hvordan det står til med barnet, og ikke fullt så mye på hvordan mor har det. Dessverre er det slik at regjeringens prioriteringsutvalg ikke ønsker å kartlegge depresjon hos gravide og nybakte mødre, derfor blir det ikke bevilget penger til dette formålet.

De tjenestene som skal tilbys i helsetjenestene finner man i: *Forskrift om kommunens helsefremmende og forbyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* § 2-3, hvor det står hvilke tjenester og krav som skal tilbys i helsestasjonsvirksomheten. Disse er:

- Helseundersøkelse og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
- Samlivs- og foreldreveiledning
- Forebyggende psykososialt arbeid
- Opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper
- Hjemmebesøk/oppsøkende virksomhet.

Som vi ser er det mange ulike tilbud paragrafene beskriver som helsestasjonen må tilby brukerne, men det er ingen lover som sier noe direkte om hvordan jordmødre og helsesøstre skal håndtere en med fødselsdepresjon.

2.7 Institusjonelle retningslinjer for virksomheten i helsestasjonen

Målet til **Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen** er at de gravide ut fra egne forutsetninger og behov er sikret en forutsigbar, forsvarlig og effektiv svangerskapsomsorg. Politikere og andre beslutningstakere behøver kunnskap, virkemidler og motivering til å skape best mulig rammebetingelse for svangerskapsomsorgen og de gravide, det får de gjennom disse retningslinjene.

Et av hovedmålene til svangerskapsomsorgen er å redusere sosiale ulikheter innen helse, derfor er det viktig med en ekstra våkenhet og omsorg for de som er i risikogruppen, og i tillegg legge til rette forholdene til de gravide med spesielle behov.

Sosial- og helsedirektoratet legger opp til at de som er tilknyttet direkte til svangerskapsomsorgen skal iverksette de faglige retningslinjene deres i praksis. I utgangspunktet er ikke de faglige retningslinjene direkte rettslig bindende for mottakeren. Det vil si at de i prinsippet er råd og anbefalinger som skal bygge på god og oppdatert faglig kunnskap. Samtidig vil fagpersonell følge de oppdaterte faglige retningslinjer for å bidra med å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket.

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) har Norge en sterk svangerskapstradisjon som baserer seg hovedsakelig på NOU 1984 som er Perinatal omsorg i Norge. WHO – modellen har følgende betinget prinsipper og verdier som gjelder for de faglige retningslinjer i svangerskapsomsorgen:

Omsorgen bør være: desentralisert, kunnskapsbasert, tverrfaglig, helhetlig, familiesentrert, kulturtilpasset, og involvere kvinnene i beslutningsprosessen, samt respektere verdigheter, privatliv og konfidensialitet. Den bør også være demedikalisert, og basert på hensiktsmessig og nødvendig teknologi.

I retningslinjene står det kun anbefalinger ved depresjoner, og ikke en konkret handlingsplan:

De kvinnene som har hatt alvorlig psykisk sykdom tidligere, bør vurderes av allmennlege og eventuelt henvises til psykiatrisk vurdering. De som har depressive symptomer bør bli fanget opp av jordmor og/eller eventuelt lege, i tillegg bør jordmødrene henvide de kvinnene videre til allmennlege for videre oppfølging.

I utgangspunktet så trenger man mer forskningsbasert kunnskap om behandling og forebygging av depresjon blant de gravide. Foreløpig forskning tyder på at opplæring eller undervisning i svangerskapet ikke hindrer depresjon etter fødsel. Det vil si at man trenger mer forskningsbasert kunnskap om behandling og forebygging av depresjon blant de gravide. Det kreves retningslinjer som er tilpasset norske forhold for å ta i bruk screening, som for eksempel Edinburgh-skalaen, og i tillegg må det utarbeides en plan for oppfølging og bruk av instrumentet. Man har sett at kvinner som har en stor risiko for å utvikle depressive symptomer, har gunstig effekt ved å ha intensive og fleksible hjemmebesøk av enten helsesøster eller jordmor, som er tilpasset den enkelte kvinnes behov. Det kan i utgangspunktet fremme mental helse og kan gi en lavere forekomst av depresjon etter fødsel.

I følge WHO sine kriterier for screening er formålet å stille diagnose på et tidlig stadium. Men det skal være en forutsetning at det finnes en dokumentert effektiv behandling av sykdommen, slik at man får utført videre kontroll, behandling og oppfølging.

Målet til **Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen** - Nytt liv og trygg barseltid for familien, er at retningslinjene skal bidra til en faglig forsvarlig barselomsorg, som skal tilrettelegges slik at den tar hensyn til familiens, morens og spedbarnets behov. Den er forutsigbar og familievennlig, samt lett tilgjengelig for brukerne.

Anbefalingene er at barselomsorgen skal bidra til:

Enhetlig nasjonal praksis i barselomsorgen, forutsigbar og helhetlig pasientforløp, god kvalitet på barseltilbud, og riktige prioriteringer i barselomsorgen.

Det vil si at det skal bidra til faglig forsvarlig barselomsorg, uavhengig av om en er hjemme eller på sykehuset. Det skal tilrettelegges den første perioden av

barseltiden, slik at de nybakte mødre opplever den som forutsigbar og familievennlig. I tillegg så har den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten et felles ansvar for organisering av et sammenhengende og helhetlig tilbud i svangerskaps, fødsels- og barselomsorgen. Grading og Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) er en metode man bruker på bakgrunn av anbefalinger av forskningsbasert kunnskap, brukererfaringer og klinisk praksis. Det vil si at det er en metode man benytte for å gradere kvaliteten på enkelte effektstudier.

I de nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen, anbefales individuelt tilpasset støtte framfor gruppebaserte og generelle, rutinemessige tiltak. Det foreslås ikke screening for depresjon under barselomsorgen på grunn av at det trengs mer kunnskap om effektiviteten av Edinburgh-metoden. I tillegg må man ha økonomi til å sette i gang oppfølging og behandling dersom man gjør funn i en slik screening, det er ikke etisk riktig å bruke et screeningverktøy uten å kunne tilby hjelp dersom det skulle være nødvendig.

2.8 Fødselsdepresjon

Siden vi har et fokus på om helsestasjonen fanger opp nybakte mødre med fødselsdepresjon, så må vi se litt på hva fødselsdepresjon er.

En fødselsdepresjon er ikke så ulik andre former for depresjon, det er tidspunktet den kommer på som gjør det til en fødselsdepresjon, da den kommer i svangerskapet eller etter fødsel. Det kan være mange årsaker til at fødselsdepresjon oppstår, blant annet endring i hormonbalanse, problemer med amming, mangel på søvn, eller rett og slett at det er en endring av livssituasjonen å få barn.

Det er forskningsmessig belegg for å anta at 6000 til 9000 barselkvinner (10-15%) til enhver tid sliter med symptomer på angst og depresjon (Eberhard-Gran, Malin M. C, Folkehelseinstituttet, 2007).

Fødselsdepresjoner blir delt inn i tre forskjellige kategorier; Barseltårer, barseldepresjon eller postpartum depresjon, og barselpsykose.

Mange mødre opplever nedstemthet, blir lett beveget og gråter lett i dagene etter fødsel, og **barseltårer** er noe som opptrer hos 50-80 prosent av alle nybakte mødre. Dette er en normal og forbigående følelsesmessig tilstand som varer i to-tre døgn

(Folkehelseinstituttet). Hovedårsaken antas å være hormonelle faktorer først og fremst, men kan også sees på som en utmattelsesreaksjon etter fødselen. Man har gjerne hatt en periode preget av spenning og uro for fødselen, tanker og bekymringer for om barnet er friskt og på ansvaret det er å bli mor. Søvnmangel kan også bidra til barseltårer.

Det som kjennetegner en **barseldepresjon** er at den inntreffer i løpet av de første seks månedene etter fødselen (postpartum). Det kan variere hvor alvorlig depresjonen er, fra en lettere til en dypere depresjon, men symptomene må oppfylle diagnosen for klinisk depresjon etter kriteriene i International classification of diseases for at den skal kunne kalles en depresjon i medisinsk forstand. Dette er et diagnostisk system som er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon, og er det systemet som benyttes i Europa.

Problemet med en barseldepresjon er at mor kan bli mer ufølsom for barnets signaler og behov, eller mer likegyldig når det kommer til stell og amming, noe som kan ha en negativ påvirkning på barnet.

Dypt deprimerte barselkvinner kan oppleve å bli plaget av vonde tanker eller fantasier om å skade barnet sitt eller seg selv, og mange sliter med skyldfølelse og skam over at den gode morsfølelsen man forventer ikke er tilstede.

En **barselpsykose** er en akutt psykotisk reaksjon som ofte krever sykehusinnleggelse på psykiatrisk avdeling. Tilstanden oppstår vanligvis like etter fødselen, eller de første ukene etterpå. Det er 20-25 ganger større risiko for psykose i barselperioden enn ellers i livet, men det er fremdeles en svært lav risiko, og det rammer kun en-to av 1000 fødende kvinner årlig. Dette innebærer omtrent 60-120 kvinner per år i Norge.

Kjennetegnet på barselpsykose er dyp depresjon eller uvanlig oppstemthet (mani), vrangforestillinger eller desorientering, men kan også ha et mer schizofrenlignende klinisk bilde (Folkehelseinstituttet).

3.0 Metode

Man ønsker å belyse problemstillingen på en faglig interessant måte, og få gode data. Dette er styrende for valg av metode man tar i bruk på undersøkelsen. Vi har en eksplorerende problemstilling, og vil derfor benytte oss av en metode som får fram mange nyanser. Den best egnede måten å få til dette er ved å konsentrere seg om få enheter og åpne data, vi har derfor valgt en kvalitativ studie som dreier seg om innsamling av ord, gjennom intervju og litteraturstudie.

Vi har valgt å intervju jordmor ved helsestasjonen for å finne ut av hvordan de arbeider og hvordan helsestasjonen er organisert. Vi har også hatt et mindre telefonintervju med fastlege for å finne ut av om det er noe samarbeid mellom helsestasjonen og fastleger.

I tillegg har vi valgt å gjennomføre en litteraturstudie ved å se på offentlige dokumenter som retningslinjer for svangerskapsomsorgen og barselomsorgen, samt at vi har undersøkt tidligere studier som er blitt gjort innen dette feltet. Vi har sett på relevante nettsider, som blant annet Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, og helsenorge.no. Vi gjennomførte også et søk for å se om det er blitt gjort mange undersøkelser på temaene fødselsdepresjon og helsestasjonen, noe det ikke er så alt for mange av.

En kvalitativ studie er som regel intensiv, med få enheter, der data samles inn som ord, (Jacobsen, 2015). Man kan samle inn data ved hjelp av individuelle, åpne intervju, fokusgruppeintervju, observasjon, eller dokumentundersøkelse.

Datainnsamlingsmetoden vil påvirke dataenes validitet, og selve metoden kan påvirke resultatene, man må derfor velge undersøkelsesopplegg med omhu, (Jacobsen, 2015).

3.1 Datainnsamling

Vi har valgt åpne individuelle intervju av jordmor og fastlege, fordi vi ville få fram deres individuelle synspunkter og tanker, samt få en oversikt over hvordan de jobber. Dette er enklere i individuelle intervju hvor man har kun en å forholde seg til om gangen, framfor gruppeintervju hvor man må forholde seg til flere samtidig. Å foreta individuelle intervju er tidkrevende, da man får en god del data å bearbeide i ettertid. Vi valgte å gjøre opptak av intervjuet med jordmor, for å lette

arbeidet. Vi spurte på forhånd om det var greit med opptak, noe vi fikk klarsignal på. Vi har valgt å anonymisere jordmor og fastlege, sånn at de ikke er gjenkjennbare, dette er for deres egen del, men og for å unngå å måtte melde undersøkelsesopplegget vårt til NSD, (Norsk senter for forskningsdata). Å få til avtaler med jordmor og fastlege var en liten utfordring, da både helsestasjonen og legekantoret er travle institusjoner. Vi har dermed brukt en del tid på å administrere møter, og endte til slutt med kun telefonsamtale med fastlege. Dessverre ringte fastlege tilbake uten at vi var fullstendig forberedt, så vi fikk ikke noe opptak av dette. Jordmor fikk vi møtt på helsestasjonen, i hennes naturlige arbeidsmiljø. Dette var en fordel, da var hun på et sted hun føler seg «hjemme» og komfortabel. Vi fikk dermed unngått konteksteffekten, som vil si at man kan opptre noe kunstig i et fremmed miljø. Vi slapp også å bli forstyrret av utenforstående elementer, som vi kunne risikert å oppleve om intervjuet hadde blitt foretatt et annet sted. I tillegg var hun allerede på jobb i rollen som jordmor, noe som gjorde at å svare på spørsmål om denne jobben falt naturlig og lett. Det var en fordel å intervju jordmor ansikt til ansikt, ved at det var lett å få oppklare uklare spørsmål, samt at vi fikk mulighet å lese litt gjennom linjene ved å se på kroppsspråket når hun svarte.

Vi hadde på forhånd sendt henne en mail, med forklaring på hva oppgaven vår handler om og hva vi var ute etter, sånn at hun hadde mulighet å forberede seg. Vi synes selv vi hadde gode og gjennomtenkte spørsmål, og fikk svar på det vi lurte på. Vi prøvde å unngå å stille ledende spørsmål, og å ha god struktur, og vi synes i det hele at intervjuet gikk fint uten noen form for avsporing.

Telefonsamtalen med fastlegen ble noe mer spontan, og ikke helt optimal. Vi skulle gjerne sett at vi fikk gjennomført dette på en noe bedre måte, men synes samtidig vi fikk svar på det viktigste vi lurte på.

Litteraturen vi har benyttet oss av består i hovedsak av faglitteratur, offentlige nettsider som folkehelseinstituttet, helsedirektoratet, helsenorge, lovdata, og lignende, samt retningslinjene for svangerskapsomsorgen og for barselomsorgen. I tillegg fant vi noen kvalitetsvurderte forskningsartikler. Vi har valgt å bruke disse kildene, fordi det er viktig å ha et kritisk blikk på litteraturen man benytter. Når vi bruker faglitteratur og offentlige internettsider vet vi at det som er skrevet er kvalitetsvurdert og godkjent til bruk i forskning.

4.0 Funn fra intervju

Molde kommune er en kommune med dårlig økonomi, og det er innstramminger og innsparing i stort sett alle deler av kommunen. Dette merkes dessverre også på helsestasjonen. Det hender at det kommer nye retningslinjer eller nye lover, men uten at det kommer ekstra penger. Det sier seg dermed selv at helsestasjonen har vanskelig for å kunne gjennomføre alt som står i de nye lovene eller forskriftene når det ikke kommer økonomiske tilskudd til det. Helsestasjonen i Molde kunne nok tenkt seg å ha mulighet til å utføre screening, men føler ikke de har økonomi og kapasitet til det. De har valgt å ikke bruke Edinburgh-metoden fordi de ikke har noen som kan gjennomføre kartleggingskjema, på grunn av manglende opplæring. De har heller ikke ressurser til å kunne hjelpe mødre ved å sette i gang tiltak dersom det skulle oppstå funn etter screeningen. De ser det dermed som etisk uforsvarlig å screene noe de ikke kan sette i gang hjelpetiltak på, og velger derfor å la være.

Det er et godt samarbeid mellom jordmødrene og helsesøstrene ved helsestasjonen. Jordmødrene har kontakt med mødre i svangerskapet, som naturlig nok er en begrenset tid, og etter dette er det helsesøster som følger opp barnet og mor, sammen med fastlegen. Dessverre er det slik at helsesøster ikke har tilgang til journalen til de nybakte mødre, de er derfor avhengig av at mødre selv forteller helsesøster om de har utfordringer i egen fysiske eller psykiske helse. Dette er på grunn av taushetsplikten innad i helsestasjonen, mellom jordmor og helsesøster, noe som vanskeliggjør balansegangen ved helsestasjonen. Jordmødrene kan ha opplysninger om den nybakte mamma som de ikke kan formidle til helsesøster på grunn av taushetsplikten. Man ønsker at mødre informerer helsesøster om plager, sykdommer eller tilstander de måtte ha, siden dette ikke blir journalført fra jordmor til helsesøster. Det er viktig for helsesøster å vite helsetilstanden til den nybakte moren når hun kommer og helsesøster skal overta, men det ser ut til at når den gravide kvinnen har født, begynner de på et nytt kapittel og all informasjon må gjentas på nytt dersom den skal bli med videre.

Det er heller ingen kommunikasjon mellom jordmor og barselavdelingen ved et normalt svangerskap. Dersom det oppstår komplikasjoner under en fødsel kan det være noe mer kontakt for å følge opp videre.

Sykehuset har ansvar om å gi beskjed til helsestasjonen, fastlegen og jordmortjenesten når mor og barn reiser hjem. Molde helsestasjon har så mange jordmødre, at alle nybakte mødre får tilbud om hjemmebesøk etter fødsel. Førstegangsfødende får vanligvis tilbudet innen 48 timer på vanlige virkedager, men ikke på lørdag og søndag, mens flergangsfødende får tilbud om hjemmebesøk innen 3 dager. Man vil få fra ett til tre besøk, etter vurdering fra jordmor. Ved slike hjemmebesøk kan jordmor avdekke om det er noe med barnet eller de nybakte mødre som krever oppfølging.

Det er lite samarbeid mellom helsestasjonen og fastlegen i forhold til svangerskaps og barselomsorgen, selv om fastlegen vi pratet med synes det er et godt samarbeid. Det gode samarbeidet gjelder i forhold til undersøkelser, prøvesvar på blodprøve, urinprøve og andre medisinske henvendelser, og ikke med tanke på fødselsdepresjon.

Helsestasjonen henviser ikke mødre til fastlegen, i tillegg er legene vanskelig å få tak i, så helsestasjonen ordner stort sett det meste selv. Noen mødre går både til jordmor og fastlege under svangerskapet, men dette er noe mødre velger selv.

Det er et ønske fra jordmor ved helsestasjonen om at det kunne være flere fagområder på avdelingen, for eksempel en psykolog, slik at de kunne henvist de gravide og nybakte mødre dit, det ville gi bredere kompetanse og et bedre tilbud om hjelp til de som har behov for det. Det ville gjort at en var mer oppmerksom på de problemene en psykolog kan hjelpe med, og dermed komme raskere med et hjelpetilbud. Både helsesøstre og jordmødrene gjør sitt ytterste for mødre, men de innehar ikke den kompetansen som en psykolog har.

De har noe kontakt med «rask psykisk helsehjelp» og kan henvise mødre dit, men dette er ikke et langvarig tilbud, og heller ikke like fullgodt som det ville vært om de hadde hatt egen psykolog i helsestasjonstjenesten.

I følge jordmor ved Molde helsestasjon vil det ikke bli noe kortere liggetid ved Molde sykehus med det første, men at det vil komme om noen år er trolig.

5.0 Fange opp/henvisning

Alle gravide har rett til svangerskapsomsorg der man vil få gratis råd og veiledning av en jordmor eller en fastlege. Man vil få tilbud om en samtale og i tillegg få undersøkt urinprøve, målt blodtrykk og ta blodprøver. Hensikten med en slik samtale er at jordmor eller lege kan gi anbefalinger og råd, og i tillegg at den gravide kan ta opp vanskelige saker, for eksempel en følelse av tristhet utenom det vanlige, om depresjon eller psykiske plager og tilsvarende.

De fleste kvinner har en normal barseltid, men noen kvinner vil oppleve noen følelsesmessige og kroppslige plager. Og noen kvinner er kanskje ikke helt forberedt på de fysiske og psykiske forandringene som oppstår når man går gravid og etter man har født. Hvis man er bekymret over sin egen helsetilstand, skal man ta kontakt med fastlege eller helsesøster, men enkelte kvinner har ikke så lett for å snakke om sårbare og private saker som angår livet deres. Fremdeles er fødselsdepresjon et tabu tema å snakke om, selv om det finnes medisinske nedtegnelse om lidelsen helt tilbake til 400 f.Kr.

I svangerskapet er det ganske bra oppfølging. Ved den første svangerskapskontrollen i uke 8-12 blir det foretatt ulike rutineundersøkelser, der man i tillegg vil få tildelt et helsekort hvor jordmor og/eller fastlege vil notere ned alle resultater fra prøver og undersøkelser som blir foretatt i løpet av svangerskapet. Dette helsekortet er det den gravide som har ansvar for å ta med på senere kontroller og til fødeavdelingen når den tid nærmer seg. Det vil også bli foretatt flere svangerskapskontroller i løpet av svangerskapet.

Ved hjemreise etter en fødsel vil jordmor avlegge det første besøket, man anbefaler at det må gjennomføres innen det første eller andre døgn etter hjemreisen. Tett oppfølging er et stort pluss for de nybakte mødrene, da føler man seg ikke så alene oppi alt. Det kan ha en stor betydning for de med en fødselsdepresjon eller noen

som er på vei til å utvikle en depresjon at man blir lagt merke til og at man blir hørt.

Er det mistanke om fødselsdepresjon, eller noe annet bekymringsverdig, så kan mødre henvises til psykolog eller andre som kan være til hjelp. Dette er fordelen ved god samarbeid med andre instanser.

Det finnes et screeningverktøy som kalles Edinburgh-skalaen, som er vanlig å bruke både i Amerika og rundt om i Europa. Dette er et verktøy som avdekker fødselsdepresjon hos nybakte mødre, men på grunn av for lite ressurser til opplæring så er det fåtallet av kommuner som benytter dette verktøyet i Norge.

5.1.1 Omorganisering

Ved en omorganisering er det kontinuerlige endringer ved arbeidsplassen, der man forsøker å organisere virksomheten til å redusere kostnader og øke effektiviteten.

Før omorganiseringen ved Molde helsestasjoner var de delt inn i fem stasjoner som var spredt rundt om i Molde kommune, og på disse stasjonene var det en familieveileder, en helsesøster og en jordmor. De var små helsestasjoner med en del utfordringer. I 2009 ble det foretatt en omorganisering av helsestasjonene i Molde kommune, da gikk de fra å være fem små, til en stor helsestasjon som ligger sentralt i Molde sentrum.

Fordelen med en stor helsestasjon er at da hun som vi intervjuet ble ansatt var det kun en jordmor, og så ble det en halv stilling og i dag er det fire jordmødre som er ansatt med tre komma to stillinger ved Molde helsestasjon. Utfordringen er at de blir bare større og større, slik at de ikke kan spise lunsj sammen med de andre på grunn av det ikke er plass. Så dem vil miste litt av den lette uformelle kommunikasjonen mellom de ansatte. Men samtidig så sitter alle i samme helsestasjon i samme huset, det vil si at de har fellespunkter de treffes på. I tillegg så har alle fagpersonene et møte på helsestasjonen en gang i uken, der blir det foretatt overlapping, hvor mange førstegangsfødende der e og hva som er planlagt og hva som skal planlegges. Det er en fordel med en stor helsestasjon er at det er flere i fagfeltet, da de kan snakke om fag og eventuelle andre saker som er innen

feltet deres. Det vil bli et bedre og effektivt tverrfaglig samarbeid mellom de ansatte og de forskjellige fagfeltene på helsestasjonen. I tillegg bedre tilbud og tjenester til alle brukerne ved Molde helsestasjon.

6.0 Drøftelse

Det blir forventet at kvinner skal ha en lykkefølelse med en gang man blir gravid og/eller når man har født et barn, men dessverre er det ikke slik for alle sammen. Fra man blir gravid til man har født blir man fulgt hele veien av både jordmor og/eller fastlege, men de fleste kvinner velger kun jordmor. Når babyen blir født vil man videre bli fulgt opp av helsesøster, hvor hovedfokuset er på barnet. Man får en følelse av at «har barnet det bra, så har mor det bra». Dessverre er det ikke alltid så enkelt.

Et spørsmål vi sitter igjen med etter undersøkelsen, er om mødrene er klar over taushetsplikten mellom jordmødrene og helsesøstrene? Før vi begynte på denne oppgaven så tok vi det som en selvfølge at informasjonen fulgte mor, og at helsesøster visste om tidligere historikk, siden de begge jobber i samme organisasjon, noe som viser seg å ikke stemme.

Vi har snakket med flere mødre og gravide og det viser seg at de har de samme tankene som oss; de trodde også at informasjonen man har gitt jordmor blir med videre til helsesøster. Vi skulle derfor ønske det hadde blitt et fokus i helsestasjonen på å opplyse om denne taushetsplikten sånn at man har mulighet å velge å oppheve den individuelt. At noen hadde valgt å oppheve taushetsplikten hadde lettet arbeidet for helsesøster, som ville sluppet å måtte dra informasjon ut av mor, og det hadde vært til god nytte for mødrene selv ved at de slipper å gjenta seg selv, og at de vet at helsesøster har all informasjon de trenger.

Om nybakte mødre med fødselsdepresjon blir fanget opp og henvist videre, er vi litt usikre på om faktisk skjer, da fødselsdepresjon ikke er det mest aktuelle tema på dagsorden ved helsestasjonene. Selv om det har vært et stort fokus på det i media, så ser det ikke ut til at det har påvirket helsestasjonen til å ta tak i det, mest på

grunn av manglende økonomi. Vi vil dermed si at helsestasjonen i Molde har sine utfordringer med å fange opp gravide og mødre med fødselsdepresjon, da det ikke finnes noe tiltak der man kan fange de opp. Det meste går på magefølelse der man merker at alt ikke er som skal være. Det vil si at det er med stor sannsynlighet at det er en del kvinner som vil falle igjennom og ikke blir fanget opp.

7.0 Oppsummering

Denne oppgaven gikk ut på å finne ut om det var noe tverrfaglig samarbeid mellom helsesøstre, jordmor og fastlege, og om det var noe sikkerhetsnett der de gravide og nybakte mødre ble fanget opp med tanke på fødselsdepresjon. Vi så på om det finnes lover eller retningslinjer som sier eller viser hvordan de skal fange de opp og hva de eventuelt skal gjøre for at de skal få den best mulige hjelpen.

Vi har tatt for oss en kvalitativ studie med få enheter og åpne data, hvor vi har intervjuet jordmor og fastlege, samt en litteraturstudie hvor vi har sett på litteratur som allerede var innsamlet og presentert. Det meste av litteraturen vi benyttet oss av var faglitteratur, og offentlig litteratur fra blant annet helsedirektoratet og folkehelseinstituttet, samt retningslinjer i svangerskaps- og barselomsorgen.

Det skulle gi oss svar på hva som kan gjøres for å fange opp de gravide og nybakte mødre, og eventuelt om hva som kan forberedes innen det tverrfaglige samarbeidet mellom helsesøstre, jordmødre og fastleger.

Vi har sett på hvordan velferdsstaten er oppbygd, hvordan helsestasjonen er organisert og driftes, samt sett litt på det historiske rundt helsestasjonen. Vi har også sett på utfordringer i helsestasjonen, og i samarbeidet mellom profesjonene. Vi har kommet fram til at helsestasjonen i Molde kommune har noen utfordringer, blant annet med økonomi og taushetsplikt, som gjør det vanskelig å få screenet for fødselsdepresjon. Selv om de har et godt samarbeid på tvers av profesjonene, gjør disse utfordringene at de ikke får til et finmasket sikkerhetsnett for å fange opp fødselsdepresjon. De må stort sett gå etter magefølelsen, eller håpe at mødre forteller om utfordringer de har selv.

7.1 Konklusjon

Det er utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet mellom profesjonene som umuliggjør det å lage et finmasket sikkerhetsnett for å fange opp kvinner i faresonen for å utvikle fødselsdepresjon.

8.0 Litteraturliste

Aune, Ingvild og Olufsen, Vibeke. (2014): Et tverrfaglig samarbeidsprosjekt mellom jordmor- og helsesøsterutdanningen sett i lys av den didaktiske relasjonsmodellen. (Lest 15.03.2018).

https://www.idunn.no/uniped/2014/03/et_tverrfaglig_samarbeidsprosjekt_mellom_jordmor_-_og_helses

Brunstad, Anne og Tegnander, Eva. (2017): *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Cappelen Damm Akademisk.

Eberhard-Gran, Malin M. C. Folkehelseinstituttet. (2007, oppdatert 2017), (Lest 05.04.218). <https://www.fhi.no/fp/gravide-og-fodende-kvinnens-helse/depresjon-i-forbindelse-med-fodsel/>

Hallandvik Jan-Erik. (2008). *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hatland, Aksel, Kuhnle, Stein og Romøren, Tor Inge. (2011). *Den norske velferdsstaten*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsedirektoratet (2010): Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (Lest 20.04.2018).

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/650/Utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten-IS-1798.pdf>

Helsedirektoratet (2014): Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. (Lest.15.05.2018).

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>

Helsenorge.no, levert av helsedirektoratet. Helsestasjon og skolehelsetjenesten. (Oppdatert 30.05.2014). (Lest 05.05.2018). <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/helsestasjon-og-skolehelsetjenesten>

Jacobsen, Dag Ingvar. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. Utgave. Cappelen Damm.

Jacobsen og Thorsvik. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer?* 4.utgave. Fagbokforlaget.

Jákupsstovu, Beinta, og Aarseth, Turid. (1996). *Norsk helsestasjonsvirksomhet*. Møreforskning Molde.

Larsen, Bjørn-Inge, (2010). Helsepersonells taushetsplikt. Vern av pasientens integritet i helsepersonells samtaler med pasienten. Helsedirektoratet. (Lest 19.05.2018). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/209/Helsepersonells-taushetsplikt-vern-av-pasientens-integritet-i-helsepersonells-samtaler-med-pasienten-IS-6-2010.pdf>

Lovdata (2003). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (Lest 16.05.2018). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=forskrift%20om%20kommunens%20helsefremmende%20og>

Lovdata (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (Lest 16.05.2018). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Nasjonal faglig retningslinjer for svangerskapsomsorgen.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>

Stamsø, Mary Ann. (2009): *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS

Vikan, Anne Ragnhild og Andersen, Aase Haugdal. (2014): *Helsesøster avdekket fødselsdepresjon*. (Lest 09.05.2018). <https://sykepleien.no/forskning/2014/05/avdekket-fodselsdepresjon>

9.0 Vedlegg

Intervju av jordmor

1. Hvordan er organisasjonsstrukturen i helsestasjonen bygd opp?

Vi er en del av helseavdelingen. Helseavdelingen er ppt-tjenesten, ergoterapeut, fysioterapeut, fastlegene og oss på helsestasjonen. Vi er en egen enhet, og da er alle helsesøstrene ansatt hos oss, noen jobber i skole og noen er på helsestasjonen. Så har vi familieveiledere, og oss jordmødrene. Lederen vår er en fysioterapeut. Vi er rett i underkant av 30 ansatte som jobber i enheten. Alle har forankring på helsestasjonen, helsesøstrene på skolene har litt kontor her men er mest ute.

2. Hvordan er hierarki innad i organisasjonen?

Vi er på en måte inndelt i noen tjenester i tjenesten. Vi har fagkoordinatorer, så det er ei som er koordinator på helsestasjon, ei på skole, og ei for jordmødrene. Familieveiledere og psykolog og sånt har en koordinator. Hovedansvaret til koordinatorene er prosedyrearbeid, og har den røde tråden på en måte. Vi har store fagmøter med hele avdelinga samlet, og koordinatormøter. Sjefen vår forholder seg ofte ned til oss, også holder vi møter med våre grupper igjen.

3. Hvordan gjør dere det her i Molde i forhold til fødselsdepresjon, med tanke på samarbeid?

Jeg så på de spørsmålene dere sendte, i forhold til screeningverktøy, og screeningverktøy har vi ikke her, men vi bruker elementer av dem. Vi har ikke fått spesifikk opplæring i det, så vi screener ikke for fødselsdepresjon. Men vi finne ofte disse damene likevel, og da tilbyr vi disse tettere oppfølging i svangerskapet. Vi har ikke psykolog som vi kan henvise til, så det er på en måte oss, også bruker vi en del Rask psykisk helsehjelp, og noen er henvist via fastlegen sin, til Knausen for eksempel. Også blir det litt etter hva damene ønsker selv, ofte involverer vi helsesøster, og hvis det er noe spesielt snakker vi med henne som er koordinator og forteller at det kommer ei dame sånn og sånn, det behøver ikke bare å være depresjon, det kan være litt andre utfordringer som vi tenker kan være en forløper til depresjon og, sånn at hun får hilse på helsesøster, vi har familieveileder som kan komme inn å hilse på hvis vi tenker at det kan være hensiktsmessig. Nå er vi så mange jordmødre at alle etter fødsel får tilbud om hjemmebesøk av oss. Med førstegangsfødende skal vi være på hjemmebesøk innen 48 timer på vanlige virkedager, ikke på lørdag og søndag, og innen tre døgn til flergangsfødende. Og vi kan være på ett besøk eller opptil tre besøk, noen ganger kan vi avdekke ting der, men da er det god overlapping av oss med rapport til helsesøster. Mor har sin journal som helsesøster ikke har tilgang til, sånn at vi oppfordrer de damene som har utfordringer om å fortelle det til helsesøster. Men de begynner på en måte litt på nytt der, sånn at det er nok en del som vi ikke har lov å si til helsesøster, men som vi ønsker at vi kunne få sagt eller som damene burde sagt. Taushetsplikten vår er på en måte sånn. Når vi gir barnet til helsesøster har de ingen journal på mor, og vi skriver veldig lite om mor og far i barnets journal så lenge det ikke har noen hensikt, så balansegangen der er litt vanskelig. Men vi har en rød tråd, og når

jordmødrene er ferdig med mammaen så er det helsesøstre som følger opp, sammen med fastlege.

4. Føler du at noen faller av og at det ikke blir fortalt videre til helsesøster?

Ja, vi kjenner ofte damene veldig godt, og mange er nok kanskje litt mer innstilt på hjelp når de er gravid, men så blir de litt «løvemamma» når de har født. Noen tenker nok at de får begynne litt på nytt når de begynner hos helsesøster og at de ikke skal dra med seg det gamle som de har.

5. Skulle du ønske det var annerledes selv?

Jeg skulle ønske at vi i avdelingen hadde litt flere å spille på, at vi kunne henvist til psykolog for eksempel, vi gjør så godt vi kan i forhold til støttesamtaler, men vi er ingen psykologer. Da kunne de ha fått litt bredere tilbud om hjelp. I forhold til Rask psykisk helsehjelp så har ikke vi noen direkte kommunikasjon med de, da er damene der og får hjelp til sine ting, også går de her parallelt. Rask psykisk helsehjelp er ikke noe langvarige opplegg heller. Også skal vi spørre litt mer i forhold til for en del år siden, det er for eksempel spørsmål i forhold til vold, og flere ting som har kommet inn i konsultasjonene våre, sånn at vi kan kanskje avdekke noe mer nå enn før, men så vet vi og at det er mange som blir spurt men så sier de ingenting likevel. Vi kan ha en magesfølelse som sier at her er det noe, men så får vi ikke tak i det. Vi kan si at «jeg ser du er lei deg, men hva er det du er lei deg for, eller hva kan vi hjelpe deg med?» Men det er ikke alle som vil fortelle.

6. Er dere mye styrt fra lover, regler og retningslinjer?

Vi har ganske strenge lover og regler i forhold til hvilken helsehjelp som skal gis, vi har veiledere som vi skal forholde oss til, også er det i forhold til økonomi. I 2014 kom det en ny barselsretningslinje med anbefalinger om tidlig hjemmebesøk, det fikk ikke vi på plass før i 2016, og da først til førstegangsfødende og flyktningsdamer. I 2018 så har vi fått det på plass til alle. Vi blir nok veldig styrt av økonomi og ressurser, det er veldig mye vi har

lyst å gjøre og som vi ser at vi skulle ha gjort som vi ikke har fått gjort. Det kan kanskje være litt opp til hver kommune, for noen har nok mer ressurser, men egentlig er det litt sånn styrt av hvor mye folk vi har. Men vi har en leder som er veldig flink å søke på prosjektmidler, så vi har fått veldig mye via det.

I forhold til det med depresjon, så har vi ei ny gruppe med våre nye landsmenn, der er det kanskje ikke alltid depresjon, men store andre utfordringer og store språklige utfordringer. Vi bruker jo tolk, men det er et halvveis godt verktøy når man skal snakke om følelser. Vi får nok av og til hjelpe de litt dårligere, for vi får ikke helt tak i ting. Også er de ikke så gode å møte opp til tiden, også har vi tolk, så møter de heller opp en gang vi ikke har tid og ikke tolk, så det er en utfordring å få hjelpe de godt. Kulturforståelse, og det at de kommer fra storfamilier, mens her er de kanskje helt alene, ikke en mann en gang. Nytt land, ny kultur, de skjønner ikke språket, og kanskje kan de ikke lese heller, de kan dermed stå i fare for en depresjon av den grunn, selv om det ikke nødvendigvis er fødselsdepresjon da.

7. Hvem er det som har i oppgave å dra på hjemmebesøk til de nybakte mødrene?

Det er vi jordmødrene som drar på hjemmebesøk tidlig, og det er litt sånn resultat av tidlig hjemreise fra føden. Her reiser stort sett førstegangsfødende hjem på tredje dag, og flergangsfødende på andre dag. Vi reiser på ett besøk eller tre, litt ettersom. Det er veldig få som har tre besøk, men noen har to, og da er det mye i forhold til vekt eller amming og sånne ting. Så tilbyr helsesøster hjemmebesøk etter at vi har vært der. Det er vi som vurderer hvor mange besøk de skal ha.

Når damene har født, så får vi en SMS med initialene til mor og hvilken dato hun har født, om det er forventet et normalt forløp, og om det er noe spesielt som for eksempel keisersnitt, eller om det var en vanlig fødsel. Vi kjenner mødrene, så den jordmoren som har hatt henne tidligere kommuniserer med mor på SMS og hører hvordan det er på barsel, når skal de reise hjem, og om de har lyst på hjemmebesøk. De aller fleste takker ja til hjemmebesøk, men det er noen flergangsfødende som føler at ting går veldig greit og ikke ønsker besøk av jordmor, men disse får da tilbud om hjemmebesøk av helsesøster.

8. Er det noe kontakt med barselavdelingen?

Hvis det er noe i svangerskapet som er oppdaget at det er lurt å forberede, så er damene noen ganger på barsel og snakker med de, har samtale med gynekolog, vi hjelper de å skrive fødebrev, noen ganger er vi der oppe, så det er litt etter behov i svangerskapet. Hvis det er helt normalt så er det ikke noe kommunikasjon fra oss til barsel, annet enn det papiret damene har med seg. Noen ganger ringer jordmor på barsel til oss og sier at «i dag reiser denne mamma`n hjem, og hun må ha tidlig hjemmebesøk», og gir oss litt rapport om ting vi skal følge opp.

9. Tar dere noe kontakt med fastlege, eller er det kun mor selv?

De fleste går bare med jordmor. Noen ganger kommuniserer vi med fastlege hvis det er prøvesvar eller noe medisinsk, men stort sett så ordner vi opp selv.

10. Hvordan følger dere opp arbeidet dersom dere mistenker eller avdekker fødselsdepresjon?

Litt som jeg sa tidligere, at vi dokumenterer det i mors journal. Når vi er på hjemmebesøk så treffer vi far, og far er gjerne en del med på kontrollene her. Da er det et tema på konsultasjonen. Men det er faktisk en del damer som strever med sine ting som ikke vil at vi skal snakke med mannen om det. Da har vi på en måte taushetsplikt overfor mor, så det er noen vi blir veldig diktert på at «når mannen min er med neste gang, så kan vi snakke om det og det, men ikke om det». Dette gjør at det blir forholdsvis vanskelig for oss. Men vi dokumenterer, vi har helsekortet. Det er en slags kommunikasjon mellom oss som følger de i svangerskapet, det er ikke alt vi får skrevet der heller, men så har vi et eget program på data hvor vi dokumenterer, men der er det bare vi jordmødre som ser svangerskapsjournalen. Som jeg sa tidligere så oppfordrer vi til at de snakker med helsesøster og forteller om hvordan de har det, for å få oppfølging på sånne ting. Hvis det er en alvorlig depresjon, som har veldig betydning for babyen, så blir det skrevet bitte bitte litt i barnets journal, men ikke så mye. Helsesøstre skriver ofte litt mer enn vi synes er greit

å skrive i journalen, men vi har kommunelegen som har hatt forskjellige case med oss om hva som er greit å skrive og ikke.

11. Er det ikke noe som helst samarbeid med fastlege?

De er ikke så lett å få tak i alltid. Men nå har vi fått et nytt verktøy på journalsystemet vårt sånn at vi kan sende meldinger til fastlegene, men det er ikke så innmari ofte vi snakker med fastlegene.

12. Hvorfor bruker dere ikke screeningverktøy?

Det har vært veldig diskutert på avdelingen, men så har vi tenkt at hvis vi skal screene noe så må vi ha en pakke med at hvis du scorer sånn og sånn, så er det den oppfølgingen du får med oss. Og det har vi ikke følt at vi har hatt, så det å screene noe man ikke får gjort noe med, det har vi synes har vært litt etisk vanskelig. Men vi ser de likevel på en måte. Også har det vært litt sånn forskjellige meninger i forhold til Edinburgh skalaen om hvor bra det er. Men det er mange nabokommuner som screener på vold, alkohol, og fødselsdepresjon ved hjelp av Edinburghmetoden, og det er noen damer som synes det er alt for mye, det er litt fordeler og bakdeler med alt. Men hovedgrunnen er nok at vi ikke føler at vi har en pakke for å følge de opp, ingen gruppe de kan få være med i eller lignende.

13. Bruker dere som KOSTRA som verktøy?

Ja, det er noe elendige greier, får ikke fram noe som helst synes vi. Det blir spurt om litt feil ting. Men politikeren og ledelsen etterspør KOSTRA. Vi på helsestasjonen føler ikke at det kan brukes som forbedrings potensiale heller.

14. Har dere hørt om sanitetsforeningens program som heter Mamma Mia?

Jeg hadde ikke hørt om det, men ei anna jordmor har hørt om det. Det er ikke noe vi har brukt, men sjefen vår har meldt oss på kurs i mai hvor Mamma Mia programmet blir presentert. Her er det flere verktøy som kan brukes, det blir presentert en håndbok i forhold til personsentrerte støttesamtaler, og litt om støttesamtaler og hva den skal inneholde, vi har jo drevet med støttesamtaler, men har definert litt selv hva en sånn samtale skal inneholde. Og foreldrestøtte med barnet i mente.

Hun ene jordmora vår har gått på et opplæringsprogram som heter NBO, -newborn behaviour observation system. Det er et opplæringsprogram til å bli bedre kjent og lære å tolke barnets signal bra. Det skal vi tre andre jordmødrene begynne på til høsten, og alle helsesøstrene på helsestasjonen har fått opplæring i noe som heter COS, -circle of security. Det er et kursprogram, ikke direkte i forhold til det med depresjon, men det kan være en god måte å lære grensesetting og å tørre å la babyen få utforske litt.

15. Er det noe informasjon dere tipser mødrene om, i forhold til fødselsdepresjon og selvhjelp?

Hun ene jordmora har kognitiv terapiutdanning som hun bruker litt, men ellers er det ikke noe sånn at vi sier «gå inn på nettet og les det». Vi anbefaler at de går inn på «Helse Norge Gravid» på internett, og vi deler ut en liten brosjyre, men vi unngår helst å dele ut reklame. Vi deler ikke ut noe særlig i forhold til psykisk helse.

16. Haukeland har planer om å sende hjem nybakte mødre og barn etter 6-8 timer, hva tenker du om det?

Nei, det kan man tenke mye om. Vi har i hvert fall hatt samarbeidsmøte med sykehuset. Vi har to møter i året hvor sykehuset kaller inn alle helsestasjonene til samarbeidsmøte, og da er det snakk om hva som rører seg, litt fag og kommunikasjon oss imellom, og det er ikke snakk om at det skal bli sånn hjemsending etter 6-8 timer her i Møre og Romsdal. Men det blir nok etter hvert, og da er det snakk om veldig friske mødre. Jeg tenker at mange kan ha det ganske bra hjemme, men da må systemet være sånn at de får god oppfølging når de kommer hjem, med tette besøk, og at da må vi gå i turnus.

I påska var vi heldige med at det var ingen som fødte og reiste hjem onsdag i påskeuka, men det er et langt og sårbart tidsrom. Da har sykehuset i utgangspunktet ansvar for dem i fjorten dager, sånn at alle som reiser ut ved høytider får beskjed om at dersom det er noen ting, eller vi ønsker at du kommer tilbake om to dager for en vektkontroll eller lignende, så er det fødeavdelingen som tar det.

17. Tenker du at det å bli sendt hjem så tidlig kan ha påvirkning på psyken eller føre til fødselsdepresjon?

Det tenker jeg kan slå litt begge veier. Jeg tenker ikke nødvendigvis at det er bare negativt at folk skal tidlig hjem.

18. Hva tenker du om de nasjonale retningslinjer, er det noe ved de du savner, og hadde det vært ønskelig at retningslinjene var lovpålagt?

Jeg tenker at når det kommer nye retningslinjer, så er det veldig sjeldent det kommer penger med. Da barselsretningslinjene kom i 2014 med at vi skulle tilby tidlig hjemmebesøk, så hadde ikke vi sjans til å gjøre det. Man kan si mye om retningslinjene, og mye er bra der, men det må henge penger med. Så har kommunen skrevet under en samarbeidsavtale i forhold til sykehuset, ikke bare i forhold til barsel, men i forhold til hjemsending av ferdigbehandlede gamle og, så kommunen har på en måte forpliktet seg, men kommunen har ikke fått mer penger og da er det vi som står på bakken og kjenner på problematikken og gjerne skulle ha strekt oss.

Så har vi vært flink å bruke uttalingsmuligheten vår når det har kommet utkast til nye retningslinjer, det er ikke alt som er blitt tatt med. Men det er mye som er bra, og nå kommer det nye retningslinjer i svangerskapsomsorgen, de vi har nå kom i 2005, så det er kanskje på tide med litt revisjon.

19. Kommer du på noe mer å si om organisasjonen?

Vi er en stor helsestasjon, tidligere var vi fem helsestasjoner. Vi flyttet sammen i 2009. Der jeg jobbet før det ble slått sammen var vi en helsestasjon som hadde familieveileder, helsesøstre og jordmor, så vi var en veldig liten del i forhold til sånn det er nå. Da jeg begynte så var det bare ei jordmor, så ble det ei halv stilling til, så har det på en måte økt opp, så nå er vi fire personer, men tre komma to stillinger. Nå er vi blitt så stor at vi har ikke plass å spise lunsj sammen alle lenger. Da har vi på en måte mistet litt den lette, uformelle kommunikasjonen. Men helsestasjonen sitter på samme hus som oss, så vi har fellespunkter. En gang i uka har helsestasjonen møte hvor vi er med, da har vi overlapping og får fortalt hvor mange som er meldt, om det er førstegangsfødende, eller andre ting som planlegges. Det er veldig greit å være flere i fagfeltet sammen, vi kan prate fag sammen, eller bare banke på nabodøra om det skulle være noe, om man vil ha en til for å vurdere om dette kan være seteleie og lignende.