

I Norge har foreldre med nyfødt barn rett til hjemmebesøk av helsesøster. Hva sier forskningen om foreldrenes erfaringer og tilfredshet med dette tilbudet? Forfatterne konkluderer med at mødre har en tendens til å være mer fornøyd med det første møte

med helsesøster når det skjer i hjemmet enn når det finner sted på helsestasjonen.

Mer om forfatter:

Esther Hjalmlhult, Dr.polit, helsesøster, Førsteamanuensis ved Institutt for videreutdan-

ning/helsesøsterutdanningen og programleder ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen.

Kontaktperson:

esther.hjalmlhult@hib.no

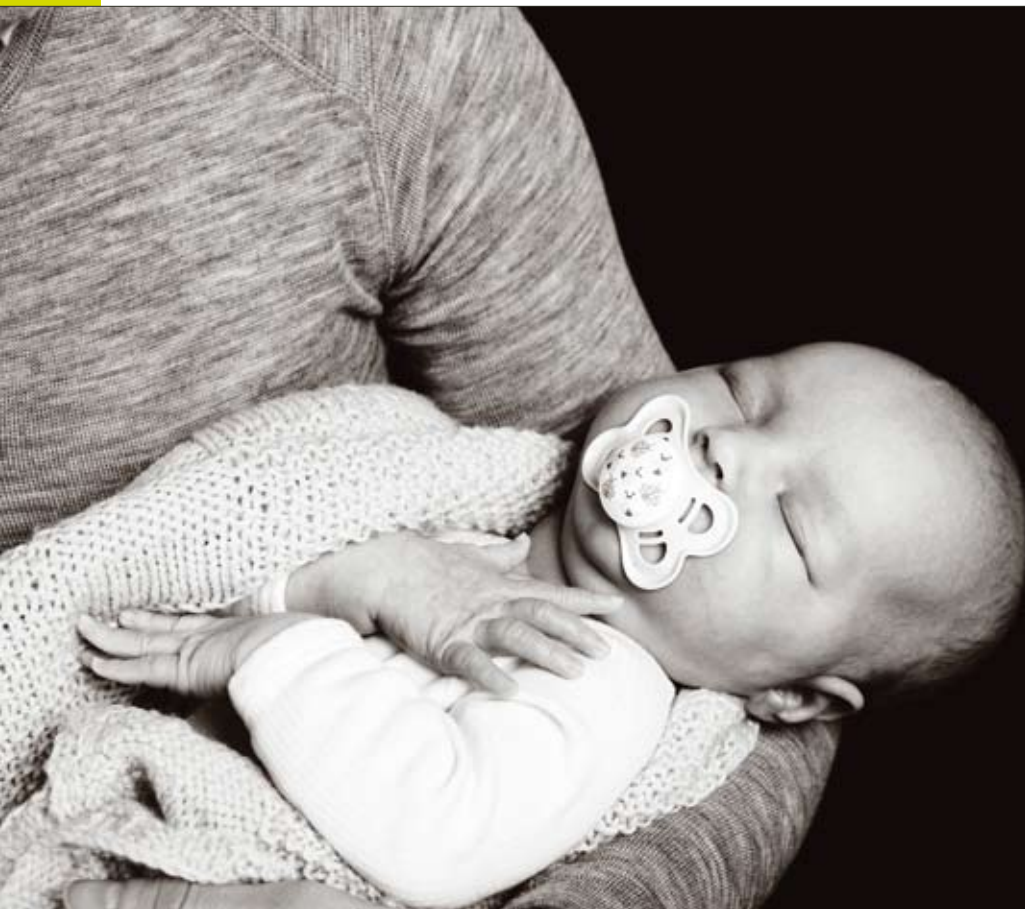


Foto: Erik M. Sundt

Studiens bakgrunn: Helsesøstre har gjennom årtier tilbudt hjemmebesøk til foreldre med nyfødte barn i de nordiske land, i motsetning til andre høyinntektsland. Ifølge norske forskrifter skal dette tilbys helst innen to uker etter fødsel. Det tyder på at antall utførte hjemmebesøk er redusert de siste årene, paradoksalt nok, samtidig som mor og barn ofte utskrives tidlig fra fødeinstitusjon.

Hensikt med studien: Å finne ut hva forskning sier om erfaringer omkring helsesøsters hjemmebesøk til foreldre med nyfødte.

Metode: Vi søkte etter studier i Sve-Med+, Cochrane Library, Cinahl,

Medline, PubMed og Embase, Mother and Child Care i mars 2008.

Hovedresultat: Åtte empiriske enkeltartikler ble valgt ut etter inklusjonskriteriene, hvorav seks fokuserte direkte på resultater av universelle hjemmebesøk. Disse viste at hjemmebesøk ga mødre bedre ammeveiledning, større trygghet, at helsesøster var mer personlig og hadde tid, sammenlignet med mødre som bare møtte på helsestasjonen. Mødre med lav sosioøkonomisk status og utenlandskfødte mødre var mindre tilfredse i møtet med helsesøster

uansett kontekst. Helsesøstre anser at hjemmebesøk er viktig for en god barnehelsetjeneste.

Konklusjon: Resultatene tydeliggjør at Norden er spesiell med et universelt tilbud og avslører sparsom forskning. Litteraturstudien peker på at hjemmebesøk er nyttig for foreldre med nyfødte. Mødre var mer tilfredse når det første møtet med helsesøster skjer på hjemmebesøk framfor et møte på helsestasjonen. Helsesøstre fikk et bedre grunnlag for den forsatte kontakten med familien.

>> Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn?

Forfatter: **Esther Hjälmhult**

NØKKELORD

- Primærhelsetjeneste
- Familie
- Nyfødt
- Helsestasjon

INNLEDNING

Helsefremmende og forebyggende arbeid er grunnlaget for nasjonale program i barne- og ungdomshelsetjenesten i mange land (1-4). I Norge har helsesøster ansvar for mye av programmet, organisert gjennom kommunenes lovpålagte helsestasjon- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom null til 20 år (3, 5). Disse tjenestene skal fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade.

Helsestasjonstjenesten for barn null til fem år er et frivillig tilbud med nærmere 100 prosent oppslutning fra barnefamiliene (6-8). I de øvrige nordiske land er også helsesøster en nøkkelperson i tjenesten, ulikt resten av den vestlige verden (9).

For å drive effektiv forebygging, må helsestasjonstjenesten bruke både befolkningsrettet

og høyrisikorettet strategi. Befolkningsrettet strategi er generelt rettet mot alle, for eksempel i forhold til alder, kjønn, sosialstand, geografi. I høyrisikostrategi er utgangspunktet en eventuell disposisjon for å utvikle sykdom eller helseproblem (3). Selv om det er mange ubesvarte spørsmål om virkning av helsefremmende og forebyggende tiltak, er det et grunnleggende prinsipp at tjenesten skal være kunnskapsbasert (10).

HJEMMEBESØK

Hjemmebesøk til brukerne er en sentral oppgave i helsestasjonsarbeidet. Helsesøsters første møte med familien skjer som regel ved besøk til dem få dager etter hjemkomst med nyfødt barn. Hensikten er å skape kontakt med familien i deres eget miljø, å observere/undersøke barnet, å samtale om fødselen, barseltid, stell og amming/ernæring, å være lydhør og veilede ut fra familiens behov, å informere om helsestasjonens tilbud og så videre. Arbeidsmetoden har lange tradisjoner, og det er forskriftsfestet at alle nyblivne foreldre skal tilbys hjemmebesøk (11 § 2-3), fortrinnsvis innen to uker etter fødsel. I Veileder til forskriften

(3 s. 37-38) framheves at hjemmebesøk i familiens eget miljø ofte gir en bedre innfallsvinkel til det videre samarbeidet. Arbeidsformen er tidkrevende, men blir her framhevet som viktig i det forebyggende arbeidet.

Tidligere var gjerne hjemmebesøk en kontroll av familiens bolig, hygiene og barnets ernæring (12). Etter hvert som samfunn og helseutfordringer har endret seg, har kontrollaspektet fått en underordnet betydning til fordel for foreldrenes deltakelse og selvstendighet (13,14, 9). Målet er at foreldrene skal kjenne seg trygge i sin foreldrerolle (15, 16).

Tidlig hjemreise etter fødsel, kan gi nye utfordringer for familien. Det er derfor et paradoks at det i noen kommuner skjer en reduksjon i antall hjemmebesøk til nyfødte barn (17). Har hjemmebesøksstilbud utspilt sin rolle? Er forskriften uaktuell? Helsesøstre bør, som andre profesjoner, være oppdaterte og basere sin yrkesutøvelse på en kunnskapsbasert praksis (18, 19). Hensikten med artikkelen er å undersøke hva relevant forskning sier om effekter og erfaringer omkring helsesøsters hjemmebesøk og å sammenligne det med offentlige anbefalinger.

Det kan dermed bidra til kunnskapsgrunnlaget for helsesøsters beslutninger.

METODE

Vi gjorde systematiske søk etter vitenskapelig litteratur om helsesøsters hjemmebesøk til foreldre med nyfødt barn og har med få unntak begrenset søket til artikler publisert etter 1990. Inklusionskriterier var at artikkelen i tittel eller abstrakt inneholdt «noe» om helsesøsters hjemmebesøk til («vanlige») nyfødte og om effekter eller erfaringer i forhold til hjemmebesøket. Vi gjorde litteratursøk i databasene SveMed+, Cochrane, Medline, PubMed, Chinal, Embase og Mother and Child Care. Søkeord/MeSH-termer var: House call*, home visit*, parent*, infant, newborn, public health nurs*, community health nurs*, health visit*, child health services. Tabell 1 viser antall treff i databasene november 2007, gjen tatt mars 2008. I Maternal and

Infant Care søkte vi kun i august 2008. Referanselister og «linker» ga ytterligere tilgang på artikler, likeledes sjekket vi Helsebiblioteket, Bibsys og ForskPub databasene, samt individuelle kontakter for «grå litteratur».

RESULTAT

Av 77 treff var åtte artikler relevante og ble vurdert i fulltekst (tabell 2). Ved vurdering av de 77 artiklene leste vi tittel og/eller abstrakt og avgjorde om det var relevant å lese hele artikkelen. De ekskluderte artiklene handlet om hjemmebesøk til mødre i sårbare eller vanskelige situasjoner eller til barn med spesielle situasjoner (sykdommer, premature med mer) og om serier hjemmebesøk i ulike forebyggingsprogram. Disse var således utenfor problemstillingen (for eksempel 20-29). Vi fant en ny hovedoppgave som delvis berørte problemstillingen (30), for øvrig ga søk etter «grå» litteratur ingen nye treff.

TABELL 1: Oversikt over antall relevante og inkluderte artikler

Database	Treff	Relevante	Inkluderte
SveMed+	3	2	2
Cochrane Library	13	0	0
Medline	13	2	2
PubMed	9	(2)	(2)
Chinal	28	3	3
Embase	8	1	1
Mother and Child Care	3	0	0
I alt	77	8	8

TABELL 2: Funn i artiklene

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt
Christ M, Sawyer T, Muench D & Huillet A. 2007 (34)	USA	Vurdere «liv laga» for hjemmebesøk til nyfødte, foreldres tilfredshet, praktiske utfall, økonomisk innvirkning.
Fagerskiöld A, Timpka T & Ek AC. 2003 (45)	Sverige	Undersøke mødres erfaringer med helsesøster.
Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsen B & Udén G. 2002 (33)	Sverige	Beskrive førstegangsmødres syn på tilfredshet med første møte med helsesøster, for å undersøke forskjeller mellom hjemmebesøk og helsestasjonsbesøk og mellom mødre i høy/middel og lav sosialklasse (hypotesetesting).
Jansson A, Pettersson K & Udén G. 2001 (40)	Sverige	Belyse helseøstres syn på det første møte med foreldre og deres nyfødte barn.
Bild H, Finnvold JE, Lie KK, Nordhagen R, Schjalm A. 1998 (38)	Norge	Belyse variasjoner mellom grupper av barnefamilier når det gjelder erfaringer med ulike helse-tilbud og sykdom.
Jansson A, Isacson Å, Kornfält R & Lindholm L. 1998 (32)	Sverige	Vurdere mødres og helsesøstres syn på barnehelse-tjenestens tilbud og det første hjemmebesøk til foreldre med nyfødt barn og gjøre ulike sammenligninger
Vehvilhäinen-Julkunen K. 1994 (39)	Finland	Undersøke mødres holdninger til innhold i hjemmebesøk hos nyfødte barn.

Design/metode	Deltakere	Resultat
Kontrollert studie, telefon-inter-vju/spørre-skjema	630	Signifikant større tilfredshet i hjemmebesøksgruppen, større forventninger til god veiledning. 47 % fullammet mot 38 % i helsestasjonsgruppen. Mer praktisk og bekvemt å få hjemmebesøk.
Survey, critical incident technique, innholds-analyse	140	Majoriteten hadde fått verdifull støtte av helsesøster i vanskelige situasjoner, men noen var skuffet og kjente seg krenket. Viktig at helsesøster var åpen og villig til å dele ulike emosjoner og forståelse av moderskapet. Mødre vedsatte helsesøstre med kunnskap og erfaring til å gi gode råd, men ønsket mer informasjon og at de ble mer involvert i beslutninger.
Nasjonal survey, postenqueter	800	Signifikant mer tilfredse mødre i hjemmebesøksgruppen. De vurderte bedre ammeveiledning, større trygghet, fikk snakke i fred og ro, helsesøster hadde tid og var personlig. Mødre anså det praktisk å få hjemmebesøk, de slapp å gi seg ut med den nyfødte. Mødre med lav sosioøkonomisk status var mindre fornøyd med første møtet med helsesøster uansett kontekst.
Fokusgruppe-intervju	21 i 4 grupper	Tre definerte kategorier: skape tillit, skape et støttende miljø og å få et helhetsbilde av familiens livssituasjon. Helsesøstre hadde ingen forskjeller i vektning av hjemmebesøk, anså det viktig for en god barnehelsetjeneste, uavhengig av helsesøsters erfaring, alder, organisering av tjenesten eller geografi.
Survey, postenqueter	7319	Hvert fjerde barn hadde ikke fått hjemmebesøk før fire uker. Grupper med høy inntekt og utdanning hadde sjeldnere hjemmebesøk av helsesøster (og færre besøk på helsestasjonen, men var overrepresentert ved gruppebaserte aktiviteter).
Nasjonale surveys, postenqueter	850 og 291	Viktig for mødre å møte samme helsesøster og de vektlegger tilgjengelighet. Helsesøstre anså at hjemmebesøk ga bedre helhetsbilde av familiens situasjon, var verdifullt for videre kontakter. Mødres og helsesøstres syn på god barnehelsetjeneste samstemmer med offentlige mål for tjenesten.
Nasjonal survey, postenqueter	345	Finske mødre ønsket at helsesøster undersøkte og veide barnet, at mor fikk informasjon om vekst, stell og omsorg av barnet. Innhold i hjemmebesøk tyder på å være endret, men spiller fortsatt en viktig rolle i denne helsetjenesten.

Vi vurderte blant annet om de inkluderte artiklene hadde en klart formulert problemstilling og passende design til hensikt og problemstilling. Videre sjekket vi hvordan utvalget var bestemt, om det var representativt og om spørreskjema var pilottestet og eventuelt validert. Andre vurderinger var hvordan innsamling av data foregikk, om svarprosenten var høy nok, om frafall var gjort rede for (19, 31 s.162-164).

Metodisk kvalitet var jevnt over høy eller middels høy i de åtte inkluderte artiklene, og vi ekskluderte ingen av dem (tabell 2). Studiene viste seg vesentlig å komme fra nordiske forhold. Fem nasjonale survey-undersøkelser var fra Sverige og Finland, med representative utvalg, lite frafall, presise resultat og god presentasjon av studiene (32, 33, 37, 39, 45). En amerikansk studie med to grupper fra militærbaser hadde vansker med å få nok deltakere innen rimelig tid, og forskerne kunne dermed ikke foreta alle statistiske analyser som var ønsket (34). Dette er en svakhet i studien. Øvrige kvaliteter gjør likevel denne studien akseptabel med veldefinerte grupper, redegjøring av demografiske data, ikke spesielle særtrekk for gruppene, like målemetoder, presise resultater. Resultatene sammenfaller med de nordiske studiene omkring mødres tilfredshet med gjennomført hjemmebesøk. En delstudie om norsk helsetjeneste dekket enkelte spørsmål om fakta ved bruk av hjemmebesøk (38). Den ga begrenset informasjon, men den metodiske kvaliteten er vurdert som tilfredsstillende. Den amerikanske studien var en kontrollert studie (34), og en av de svenske studiene var en kvalitativ studie med

bruk av fokusgrupper (40).

Resultatene fra litteratursøkene er oppdelt etter emner som sier noe om opplevelser eller meninger fra foreldre som fikk hjemmebesøk. Samme funn framkom i flere av artiklene, og det tyder på at det første møtet med helsesøster er viktig for den fortsatte kontakten med familien. Jansson et al. (9) oppsummerte flere undersøkelser fra sitt doktorgradsarbeid med at «Hembesøk kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj».

TILFREDSHET

I en tverrsnittsstudie ble 10 prosent av nyblivne mødre som hadde fått barn en viss måned slumpmessig trukket ut fra et nasjonalt fødselsregister i Sverige (n 850 mødre). Spørreskjema (postenqueter) var pilottestet og validert og svarprosenten var 80 prosent. Det var fokus på ulike kvalitetsfaktorer som mødre oppfattet som viktige i programtilbudet i barnehelsetjenesten, deriblant hjemmebesøk (32, 33).

Studien viste at mødre som hadde fått hjemmebesøk, var signifikant mer tilfredse med det første møtet med helsesøster enn mødre som hadde sitt første møte på helsestasjonen.

Dette gjaldt aspekter som:

- ammeveiledning
- tryggere i eget miljø
- muligheter til å snakke i fred og ro
- helsesøster hadde tid
- helsesøster var personlig

Lignende resultat framkom i en undersøkelse av 630 nyfødte i en militærbase på Hawaii (34). Forskerne sammenlignet de nyblivne mødrene tilknyttet marine- og sjøforsvar, som

fikk hjemmebesøk innen to uker etter fødsel, med mødre tilknyttet hær- og luftforsvar, som besøkte militærets helsestasjon. Fire–seks uker etter fødsel gjennomførte forskerne telefonintervju der mødrene svarte på

vært svært høy siden 1980-tallet (35). I Sverige har ammefrekvensen imidlertid sunket i takt med kortere opphold på barselavdeling og reduksjon av hjemmebesøksfrekvensen (36). Ammerådgivning var svært vik-



For noen kan ammeproblem være en medvirkende årsak til barseldepresjon.

spørreskjema. Mødre som fikk hjemmebesøk var signifikant mer tilfreds med tjenesten enn de som ikke fikk besøk, og de hadde større forventninger til god veiledning sammenlignet med helsestasjonsgruppen. Veiledningen gjaldt for eksempel barnets sovestilling, hvordan en kunne trøste en skrikende baby, hvordan skaffe (akutt) hjelp om det var nødvendig. Forfatterne redegjør for et frafall på 40 prosent, der det meste skyldes at familien hadde frakoblet telefon, var bortreist og feil telefonnummer. Funnene er usikre på grunn av lavere rekruttering til hjemmebesøksgruppen, men viser lignende resultat som svenske studier (32, 33). Det var ingen statistiske forskjeller mellom gruppene når det gjaldt demografiske forhold i gruppene eller arbeidsoppdrag.

AMMING

I den amerikanske studien fullammet 47 prosent i hjemmebesøksgruppen mot 38 prosent av dem som møtte på helsestasjonen (34). Blant barna som fikk morsmelkerstatning prøvde 69 prosent av alle mødrene initialt å amme, og 40 prosent sluttet innen de første ti dagene. I Norden, der fullamning er mye vanligere, har ammefrekvensen

blant mødre som fikk hjemmebesøk (33).

PRAKTISK OG NYTTIG

Mødre i den amerikanske studien kommenterte at det var praktisk å få hjemmebesøk, de slapp å ta seg ut med den nyfødte, noe som kunne være strevsomt den første tiden (33, 34). Tilsvarende funn er beskrevet i den svenske studien der mødre svarte at hjemmebesøk var svært nyttig, og at støtte og individuelle råd var viktige for kvaliteten av helsestasjonstjenesten (32). I en finsk studie om mødres syn på om hjemmebesøk (n 323, svarprosent 79 prosent) vurderte nærmest alle mødre at hjemmebesøk var et nødvendig tilbud (37).

DEMOGRAFISKE FORSKJELLER

Svenske mødre fra storbyområder svarte i større grad enn de på landsbygda at hjemmebesøk var en viktig faktor for en god barnehelsetjeneste (32). Mødre med lav sosioøkonomisk status var signifikant mindre fornøyde med det første møtet med helsesøster enn de med middels eller høy status. Dette var uavhengig av sosial kontekst (33). Mødre med lav sosioøkonomisk status og utenlandskfødte mødre var

mer skeptiske til videre kontakter med helsestasjonstjenesten. De var også mindre tilfreds med informasjon, kontakten med helsesøster og den respekt de opplevde.

En norsk survey-undersøkelse om hvordan småbarnsfamiliene møter helsetjenesten (n 7319, svarprosent 74 prosent) hadde enkelte spørsmål om hjemmebesøk (38). Funnene viste ujevn praksis for hvem som fikk hjemmebesøk: 11 prosent ønsket ikke, 10 prosent fikk ikke tilbud, 3 prosent var uaktuelle. Kjennetegn hos dem som av ulike grunner ikke fikk hjemmebesøk i barnets første levemåned var kategoriene «flergangsfødende», «skeptisk holdning til helseprofesjoner», «høyeste inntektsgruppe» eller «barnet innlagt på sykehus».

PROFESJONALITET

Mødre i hjemmebesøksgruppen i den amerikanske studien vurderte at helsesøster hadde større ferdigheter enn mødre som besøkte helsestasjon (34). Dette avviker fra funn i Jansson et al.'s studie (32), der mødre som møtte helsesøster først på helsestasjonen, oppfattet helsesøsters kompetanse som høyere. Disse forfatterne tolket at dette kunne ha bakgrunn i at helsesøster på hjemmebesøk kom mer som en gjest og var mindre institusjonell, eller at hun undersøkte barnet i mindre utstrekning på hjemmebesøk, kanskje fordi barnet sov eller lignende.

VALGFRIHET

I studien fra militærbase hadde 57 prosent preferanse for hjemmebesøk, 38 prosent for helsestasjonsbesøk, og 5 prosent hadde ingen preferanse. Av dem som hadde fått hjemme-

besøk svarte over 91 prosent at de ville foretrukket hjemmebesøk, mens gruppen som ikke ble tilbudt hjemmebesøk, svarte 46 prosent det samme (34). 6 prosent av mødre som fikk hjemmebesøk ville foretrukket helsestasjonsbesøk. Dette samsvarer med Jansson et al.'s studie (33), 60 prosent av mødre mente at det første møtet burde være et hjemmebesøk. Hver tredje mor mente det ikke spilte noen rolle, og 6 prosent mente det burde være på helsestasjonen. Førstegangsmødre poengterte hjemmebesøk sterkere, og de som hadde fått hjemmebesøk, mente i større grad at første møte med helsesøster burde skje hjemme, ulikt dem som besøkte helsestasjonen ($p < 0.001$). I en finsk undersøkelse kontaktet fire av fem finske mødre selv helsestasjonen for å avtale hjemmebesøk, uavhengig om de var førstegangs- eller flergangsfødende (37).

De fleste helsesøstre mente at foreldre kunne velge mellom hjemmebesøk eller besøk på helsestasjonen, mens svar fra brukerne viste at bare halvparten mente dette (37). I en annen undersøkelse (32) mente hver tredje mor at de ikke var klar over at de kunne velge. I en norsk studie av fem foreldrepår med nyfødt barn der ingen i distriktet fikk hjemmebesøk, mente foreldre at det hadde vært positivt med valg og at de var blitt «oppvartet» av helsesøster (30).

FORELDRES ØNSKER

Vehviläinen-Julkunen (39) spurte i en nasjonal survey-undersøkelse hva kvinnene ønsket ved et hjemmebesøk, samt evaluering av hjemmebesøk fra brukeres og helsesøstres synspunkt (37). Svarene viste at

foreldre oppga at undersøkelse av barnet var viktig, likeledes informasjon om stell av barnet, særlig navlestell, samt ernæring og utvikling.

Funn som indirekte berørte hjemmebesøk, handlet om aspekter ved kvaliteten på helsestasjonstjenesten (32). 91 prosent mente at det var meget viktig å møte den samme helsesøsteren. Tilgjengelighet i form av geografisk nærhet, telefonid og åpne besøkstider var også oppgitt som meget viktig hos 87 prosent av de cirka 700 som svarte. Dette var uavhengig av hvorvidt de var svenske eller utenlandskfødte mødre, førstegangs- eller flergangsfødende, enten barna hadde helseproblem eller ikke og hvorvidt de bodde i bystrøk eller i landlige omgivelser.

HELSESØSTRES OPPFATNINGER

Helsesøstre i fokusgruppestudien identifiserte viktige faktorer relatert til det første møtet med familien som: «skape tillit», «få et helhetsbilde av familiens livssituasjon» og «skape et støttende miljø» (40). Dette samstemte med en studie der 10 prosent av alle helsestasjoner i Sverige ble trukket tilfeldig fra et nasjonalt register (32). Åttien prosent av helsesøstrene oppga at hjemmebesøk bidro positivt til økt kvalitet på deres arbeid, og 77 prosent svarte at hjemmebesøk ga et bedre helhetsbilde av familiens situasjon og var verdifullt ved videre kontakter i barnets oppvekst. Helsesøstre hadde ingen forskjeller i vektlegging av hjemmebesøk. 96 prosent anså at dette var viktig for en god barnehelsetjeneste, uavhengig av helsesøsters erfaring, alder, organisering av tjenesten eller geografi. I

Vehviläinen-Julkunens studie (37) vektla helsesøstre at hensikten med hjemmebesøk var å gi støtte og oppmuntring og å sikre omsorgen for barnet, og hadde således lignende resultat.

DISKUSJON

Vi fant sparsom forskning om erfaringer rundt helsesøsters hjemmebesøk til nyblivne foreldre. Dette er noe oppsiktsvekkende med tanke på at det i mange årtier er lagt ned store ressurser fra helsevesenet til denne type tilbud. Den beskjedne forskningen kan være en begrensning ved litteraturstudien, en styrke er god kvalitet på studiene og til dels sammenfallende funn. Forskning som var relevant for problemstillingen kom fra Norden, mens hoveddelen av hjemmebesøksforskningen kom fra Nord-Amerika og Storbritannia, og var dominert av hjemmebesøksprogram som tiltak

med det første møtet med helsesøster er det tankevekkende at dette viste signifikante forskjeller i forhold til hvor møtet fant sted. Forskningen viste at mødre som hadde fått hjemmebesøk, var mer tilfredse i møtet enn mødre som besøkte helsestasjonen. Når mødre oppga for eksempel at de fikk bedre ammeveiledning, var tryggere i eget miljø, fikk snakke i fred og ro, og at helsesøster var mer personlig (32, 33, 40) er dette viktig informasjon til helsestasjonstjenesten. Et trygt miljø vil være en forutsetning for å ta opp for eksempel emosjonelle samtaleemner.

Når mor opplever større trygghet i eget miljø, virker det rimelig med større tilfredshet ved ammeveiledning. I tillegg er gjerne far oftere til stede og en støtte i situasjonen. I hjemmet kan det være enklere å gi tilpasset veiledning om ammestillinger, om eventuelt utstyr eller hjelpemidler de anvender. Et

fødeinstitusjon og helsestasjon er derfor viktig for å sikre effektivitet omkring oversendelse av fødselsmeldinger og mulighet til tidlig hjemmebesøk.

For noen kan ammeproblem være en medvirkende årsak til barseldepresjon. En oppsummerende forskningsrapport (29 s. 4) viser: «Intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor, tilpasset den enkelte kvinnes behov, kan fremme mental helse og gi lavere forekomst av depresjon etter fødsel». Ved universelle hjemmebesøk der det utvikles gode relasjoner, gir dette nettopp grunnlag for selektive innsatser.

Litteraturstudien pekte videre på at det var praktisk og nyttig for mor å få hjemmebesøk, ikke minst hos førstegangsmødre. Dette sammenfaller med helsesøstres vurderinger om at hjemmebesøk var viktig for å skape tillit, støtte og økt kvalitet på arbeidet (40, 32, 37). Det er her verd å merke seg demografiske forskjeller i mødres erfaringer, for eksempel at mødre fra storbyområder vektla hjemmebesøk høyere enn de på landsbygd. Kan svarene være et uttrykk for at mødre i storbyområder har mindre nettverk som kan gi støtte og informasjon i spedbarnsperioden? Eller har mødre i storby større aksept for «offentlig» inntreden i hjemmet? Et annet spørsmål er om hjemmebesøk dermed er mindre viktig på landsbygden? Resultatene skriver seg fra én av studiene (32) og må leses med forsiktighet. Det er videre interessant hvordan litteraturstudien pekte på ulik forståelse og tolkning av foreldres valgfrihet omkring hjemmebesøk både i Sverige og Finland. Det synes derfor å

” Et trygt miljø vil være en forutsetning for å ta opp for eksempel emosjonelle samtaleemner.

blant (høy-) risikofamilier. Ved problemstillinger som berører utsatte grupper finnes det derfor mer kunnskap.

Samtlige studier fokuserte på mor. Vi behøver kunnskap fra ulike perspektiv, og sentrale signaler i Norge er at helsestasjonene skal ha et familiesentrert fokus. På dette området etterlyser vi forskning som inkluderer fars behov og meninger omkring hjemmebesøksstilbud.

Angående mødres tilfredshet

annet aspekt er at når mor er tilfreds med ammeveiledningen, har det også betydning for barnets vekst og utvikling.

God ammeveiledning blir også et viktig aspekt ved implementering av «ammekyndig helsestasjon» i Norge (42), og vi må være oppmerksomme på statistikk som viser at ammefrekvensen har sunket i takt med kortere barseltid på kvinneklinikk og færre hjemmebesøk (36). Gode rutiner og samarbeid mellom

være nødvendig å tydeliggjøre valgfrihet for foreldrene.

Ellers er det tankevekkende når funn viste at mødre med lav sosioøkonomisk status og mødre med utenlandsk bakgrunn var mindre tilfredse med møtet med helsesøster og uttrykte en viss skepsis til videre kontakt. Misnøyen berørte tema omkring informasjon, kontakt og respekt, og utfordrer oss i forhold til hva som kan gjøres for å imøtekomme brukerne. En studie om helsesøsters kommunikasjon på hjemmebesøk til nyblivne foreldre viser at helsesøster inviterte foreldrene til å komme med spørsmål. Forskeren oppsummerer likevel at samtalen var oppgaveorientert og styrt av helsesøster og derfor en risiko for at foreldre kan være tilbakeholdne med å ta opp egne spørsmål som har betydning for dem (43). Studien var liten og kan ikke generaliseres (tre helsesøstre på fem hjemmebesøk). Har studien likevel fanget inn aspekter som kan være relevante å vurdere? Baggen har funnet lignende resultat i konsultasjoner på helsestasjonen, der helsesøstre og foreldre vektlegger informasjonsbehov ulikt (44, 30).

Brukermedvirkning og brukeres ønsker og behov er derfor vesentlig. Foreldre som opplever traumatiske situasjoner omkring en fødsel vil ofte behøve ekstra oppmerksomhet og innsats. Studier om mødres erfaringer av «kritiske hendelser» viste at mange var positive til støtten de fikk av helsesøstre, mens noen var skuffet (45, 46). Savnet gikk på åpenhet og villighet til å dele ulike typer emosjoner, forståelse av «moderskapet» og at de ble mer involvert i beslutninger. Urolige og stressete mødre ønsket en

bekreftende og tilgjengelig helsesøster. Det er her interessant når 91 prosent av mødre i en av studiene mente at det var meget viktig å møte den samme helsesøsteren. Det setter dermed fokus på kontinuitet og kvalitets sikring.

Hjemmebesøk alene er ikke et universalmiddel med kvalitetsgaranti. Det skal være et tilbud, og det kan derfor stilles spørsmål om hvilke faglige begrunnelser helsesøstre har når de vurderer tilbud om hjemmebesøk eller ikke. Handler det om ressurser, at de ikke har tid? Er helsesøstre «en yrkesgruppe hvis oppgaver er så uviktige at de bare kan kutte de ut til fordel for noe annet som andre pålegger dem»? Dette er spørsmål Glavin stiller (47 s. 49) og bør skape diskusjoner og bevissthet hos berørte parter. Det er her interessant når Briggs (48) beskriver at i 2005 har offentlige helsemyndigheter i Australia i de fleste stater gitt direktiv til å introdusere hjemmebesøk av sykepleier til alle foreldre med nyfødte. Forskeren refererer til Skandinavia som har denne befolkningsrettede og veletablerte formen. Hjemmebesøk forbeholdt risikogrupper kan virke stigmatiserende. Kanskje dette var et utslag i den refererte amerikanske studien fra militærbaser?

Den metodiske kvaliteten var jevnt over høy i de inkluderte artiklene. Temaet er tydelig underkommunisert, og det mangler randomiserte kontrollerte studier om effekter av hjemmebesøk. Det mangler også observasjonsstudier. Ut fra studiene vi fant er det likevel mulig å si noe om mødres tilfredshet og behov og helsesøstres meninger.

Fokusgrupper synes velegnet til problemstillingen (40) og

kompletterer kunnskap om helsesøsters hjemmebesøk. Resultatene sammenfaller med annen forskning (37, 32). De øvrige studiene var survey-studier, alle med klare problemstillinger og egnethet for å finne sammenhenger eller gjøre sammenligninger omkring hjemmebesøksstilbudet. Jansson et al.'s studier gir her særlig grundige inntrykk med store representative utvalg, lite frafall, gode beskrivelser og signifikante resultat (32, 33, 41).

KONKLUSJON

Norden har et universelt tilbud om hjemmebesøk til familier med nyfødte barn ulikt andre vestlige land. Det er en metode i det helsefremmende arbeidet og gir et spesielt grunnlag for helsesøsters videre prioriteringer. Forskning på området er begrenset. Eksisterende forskning tyder på at mødre er mer tilfredse når det første møtet med helsesøster skjer på hjemmebesøk framfor et møte på helsestasjonen. Blant annet er bedre ammeveiledning og større trygghet utslagsgivende. Tilgjengelig forskning bekrefter offentlige anbefalinger om hjemmebesøk til alle nyfødte, og gir helsesøstre muligheter til god praksis med tilpasset veiledning i arbeidet for å støtte og styrke familien.

REFERANSER

1. Hall D M. Health for all children, 3rd edn. Oxford, Oxford University press, 1996.
2. Nordhagen R. Barns helse i Norge. Rapport 2/93. Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid. Statens Institutt for Folkehelse. Oslo.
3. Sosial og Helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 2004. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.
4. Sundelin C. Skydda skyddsnetet, en utredning om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 1990-talet. Socialstyrelsen, Stockholm, 1992.
5. Sosialdepartementet. Lov om helsestjenesten i kommunen av 19. november 1982.
6. Glavin K & Kvarme L. Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap, Oslo, Akribe, 2003.
7. Misvær N & Oftedal G. (red.) Håndbok for helsestasjoner 0-5 år, Oslo, Kommuneforlaget, 2006.
8. Bild H. Småbarnsforeldrenes synspunkter på helsestasjonen 1995. Statens helsetilsyn, Rapport 2/95.
9. Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsson B, Udèn G. Hembesøk kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Första mötet med barnhälsovården viktig för den fortsatta kontakten. Läkartidningen, 2003;15,100, 1348-51.
10. Glavin K. Kunnskapsbasert helsestøstertjeneste. I: Glavin K, Helseth S & Kvarme L G (red.) Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten, Oslo, Akribe, 2007.
11. Helsedepartementet. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 3. april 2003 nr. 450.
12. Janson S. Home visitation: from sanitary control to support of the young family. Acta Paediatrica 2002; 91 (5), 505-506.
13. Helseth S. Psychosocial intervention in child health centres. Vård i Norden, 2001; 21 (2) 16-20.
14. Helseth S. Hjemmebesøket. I: Bjørk IT, Helseth S & Nortvedt F Møte mellom pasient og sykepleier, Oslo, Gyldendal Akademisk, 2002.
15. Brudal L. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Bergen, Fagbokforlaget, 2000.
16. Helseth S. Help in time of crying: nurses approach to parents with colicky infants. Journal of Advanced Nursing 2002, 40 (3), 267-274.
17. Statistisk sentralbyrå. KOSTRA. 2005.
18. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2005.
19. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B & Reinart L M. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund 2007.
20. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomizes trials to community replication. Prevention Science 2002; 3 153-172.
21. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R & Tatekbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics 1986; 78, 65-78.
22. Kendrick D Elkan R Hewitt M et al. Review: Home visiting programmes that include > 1 postnatal home visit are associated with improved quality of home environment and parenting. Evidence based nursing 2001; Volume 4, January.
23. Heaman M, Chalmers K, Woodgate R & Brown J. Relationship Work in an early Childhood Home Visiting program. Journal of Pediatric Nursing 2007; Vol 22, No 4.
24. Macdonald GM, Bennett C, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M & Abbott J. Home-based support for disadvantaged teenager mothers (Review). The Cochrane Database of Systematic Review 2007; issue 3. Art. No. CD006723, DOI: 10.1002/14651858.CD006723.
25. Sweet M, & Appelbaum A. Is home Visiting an Effective Strategy? A meta-Analytic review of Home Visiting Programs for families With Young Children. Child Development 2004; 75 (5), 1434-1456.
26. Olds DL & Kitzman H. Review of research of home visiting for pregnant women and parents of young children. Home Visiting 1993; 23, 23-38.
27. Lagerberg D. Hembesøk. Barnbladet 2001; 28, 20-23.
28. Lagerberg D & Sundelin C. Risk og prognos i sosialt arbete med barn. Forskningsmretoder og resultat. Stockholm, Centrum för utvärdering av socialt arbete och Förlagshuset Gothia, 2000.
29. Larun L, Lyngstadaas A, Wiik IN, Mørtland B. Svangerskap og psykisk helse. Kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og det første året etter fødsel. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten Rapport nr. 2-2005. Oslo.
30. Fagerlund B H. Det første møtet mellom helsesøster og foreldre med nyfødt barn. En observasjons- og intervjustudie. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet, institutt for sykepleievitenskap. Hovedfagsoppgave, 2003.
31. Bobasi S Jackson D, Langford R. Navigating the maze of Nursing Reasearch: an interactive learning adventure. Sydney, Mosby, 2005.
32. Jansson A, Isacsson Å, Kornfält R, Lindholm L. Quality in Child Healthcare. The views of Mothers and Public Health Nurses. Scandinavian Journal of Caring Sciences 1998; 12 (4), 195-204.
33. Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsson B, Udèn G. First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child health care: home visit or visit to the clinic? Acta Paediatrica 2002; 91 (5), 571-577.
34. 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.
35. Sosial- og helsedirektoratet. Spedkost – 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneders gamle barn. 2006-2007. IS-1535.
36. Socialstyrelsen. Statistik – Hälsa och sjukdomar. Amning av barn födda 2000. 2002:7.
37. Vehviläinen-Julkunen K. The function of home visits in maternal and child welfare evaluated by service providers and users. Journal of Advanced Nursing 1994; 20 (4) October.
38. Bild H, Finnvold JE, Lie K K, Nordhagen R, Schjalm A. Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten? Analyser og variasjoner i helsetilstand, sosiale nettverk og erfaringer med helsetjenesten. Statistisk sentralbyrå, rapport 11-1998.
39. Vehviläinen-Julkunen K. What do Finnish women want from home visits of public health nurses? Holistic Nursing Practice 1994; July 8(4) 59-66.
40. Jansson A, Pettersson K, Udèn G. 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.
41. Jansson A. Sjuksköterskan i primärvård med särskilt fokus på barnhälsovård. Doktorgradsavhandling, Lund universitet, 2000.
42. Nasjonalt kompetansesenter for amming. Mor-barn-vennlig initiativ – helsestasjonen. Gjennomføring av sertifisering av helsestasjonen som "Ammekyndig helsestasjon". Rikshospitalet universitetsklinikk, 2007.
43. Baggens C. The Institution Enters the Family Home: Home Visits in Sweden to new parents by the Child Health Care Nurse. Journal of Community Health Nursing 2004; 2/(1) 15-27.
44. Baggens C. What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. Journal of Advanced Nursing 2001; 36, 659-667.
45. Fagerskiöld A, Timpka T & Ek AC. The view of the child health nurse among mothers. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2003; 17,160-168.
46. Fagerskiöld A & Ek AC. Expectations of the child health nurse in Sweden: two perspectives. International Nursing Review 2003; 50,119-128.
47. Glavin K. Tydelig helsesøster- hvor er vi og hvor skal vi? Helsesøstre 2007; 3, 47-53.
48. Briggs C. Nursing practice in community child health: developing the nurse-client relationship. Contemporary Nurse 2007; 23 (2), 303-311.