

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Jordmødrer si oppleving av kontinuitet i barselomsorg mellom spesialist- og kommunehelsetenesta

Nina Ådland

Jordmor
Karmøy kommune og Helse Fonna

Anne Britt Vika Nilsen

Jordmor og professor
Høgskulen på Vestlandet

Monica Helgeland Tverfjell

Fagansvarlig jordmor
Haugesund sjukehus, Helse Fonna

Randi Liset

Jordmor og førsteamanuensis
Høgskulen på Vestlandet

Kontinuitet

Jordmor

Barselomsorg

Fokusgruppeintervju

Systematisk tekstkondensering

Sykepleien Forskning 2025;20(103963):e-103963

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2025.103963](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2025.103963)

Bakgrunn: Jordmødrer i Noreg er stort sett tilsette i kommune- eller spesialisthelsetenesta. Begge tenestenivåa yter barselomsorg til familiane, og det skaper eit behov for kontinuitet mellom nivåa og kunnskap om korleis jordmødrene opplever denne kontinuiteten.

Føremål: Å undersøke jordmødrene sine opplevingar av kontinuitet mellom tenestenivåa i overgangen frå barselavdeling til barseltid i kommunen.

Metode: Studien er basert på semistrukturerte intervju i to fokusgrupper med 16 jordmødrer, tilsette i spesialisthelsetenesta og/eller samarbeidande kommunehelseteneste. Systematisk tekstkondensering (STC) blei brukt til å analysere data.

Resultat: Analysen resulterte i to hovudfunn: 1) Opplevinga av kontinuitet mellom ulike tenestenivå er nært knytt til korleis tenestene er strukturerte og organiserte. 2) Opplevinga av kontinuitet er avhengig av formelle og uformelle kommunikasjonskanalar mellom tenestenivåa.

Konklusjon: Jordmødrer har behov for kunnskap om det samarbeidande tenestenivået for å oppleve kontinuitet i oppfølginga av barselkvinner i overgangen mellom barselavdeling og barseltida i kommunen. Korleis tenestene er organiserte, påverkar opplevinga av kontinuitet i barselomsorga. Det same gjer informasjonskanalar mellom tenestenivåa, både formelle og uformelle. Jordmødrene opplevde diskrepans mellom gjeldande retningslinjer, samarbeidsavtalar og praksis.

Introduksjon

Jordmødrer følgjer opp gravide, fødande, barselkvinner, nyfødde og familiar både i spesialist- og kommunehelsetenesta, noko som skaper eit behov for kontinuitet og samhandling mellom tenestenivåa. Kvinner bør ha tilgang til kontinuerleg omsorg gjennom heile svangerskapet, fødselen og postpartumperioden (1–3), og det krev god samhandling på tvers i fødselsomsorga (4).

Nasjonale retningslinjer for barselomsorga anbefaler at det blir lagt til rette for føreseieleg omsorg for familieane. Ein føresetnad for dette er kontinuitet i omsorga, der jordmor har ei viktig rolle. Organiseringa skal ha ei tydeleg fordeling av ansvar og oppgåver mellom spesialist- og kommunehelsetenesta, og leiarar bør vere medvitne om kva handlingsrom jordmødrene har når dei skal følgje opp kvinner i barseltida (4).

Verdas helseorganisasjon (WHO) understrekar kor viktig det er med sterkt leiarskap når ein skal implementere kontinuitetsmodellar (5). Sterkt leiarskap er også avgjerande for å oppretthalde kontinuitetsmodellar innanfor jordmorfaget, som har vist seg å gi betre helseutfall, meir tilfredse pasientar og meir kostnadseffektiv barselomsorg (6).

Spesialist- og kommunehelsetenesta er forplikta til å samarbeide, og målet er at pasientar og brukarar skal få eit både heilskapleg og saumlaust tilbod av helse- og omsorgstenester. Lovverket legg til rette for kontinuitet mellom tenestenivåa gjennom plikta til å inngå samarbeidsavtalar mellom helseføretak og kommune (7).

Tidleg heimreise etter fødsel fører til eit større krav om samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetenesta, med tanke på oppfølging av amming, fysiske og psykiske endringar, samspel, tilknytingsprosessar og andre prosessar i barseltida (4).

Kontinuitet i barselomsorga har betydning både for kvinna og familien som mottar tenesta, og for helsepersonellet som leverer tenesta (8). Korleis ein opplever kontinuitet innanfor helsetenestene, kan ha ein mellommenneskeleg og ein organisatorisk dimensjon (9).

Tre typar kontinuitet

Kontinuitet blir òg skildra som ei kjensle av samanheng gjennom hendingar over eit tidsrom (10). Haggerty og medarbeidarar (11) beskriv tre typar kontinuitet: informasjonskontinuitet, leiingskontinuitet og relasjonell kontinuitet. For at kontinuitet skal vere til stades, er det nødvendig at omsorga blir opplevd som samanhengande, både for brukaren/pasienten og for helsepersonellet.

Informasjonskontinuitet handlar om tilgang til relevant informasjon på rett tidspunkt, som overføring av pasientinformasjon mellom fagpersonar og mellom tenestenivå.

Leiingskontinuitet inneber kommunikasjon, koordinasjon og overføring av kunnskap og vurderingar mellom kollegaer, mellom tenestenivå og mellom ulike profesjonar.

Relasjonell kontinuitet er kontinuitet over tid og handlar om relasjonen mellom brukaren/pasienten og helsepersonellet. Opplevinga av kontinuitet frå helsepersonellens perspektiv er relatert til oppfatninga av å ha tilstrekkeleg kunnskap og informasjon om pasienten for på best mogleg måte å kunne yte korrekt helsehjelp (11).

Det internasjonale evidensbaserte teoretiske rammeverket Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) framhevar blant anna tverrfagleg samarbeid og kontinuitet i omsorga (12).

Det finst ulike omsorgsmodellar som legg til rette for kontinuitet. I Team Midwifery samarbeider jordmødrer i gruppe og tilbyr oppfølging og kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Caseload Midwifery-modellen inneber at éi jordmor har hovudansvaret for kvinna gjennom graviditet, fødsel og barseltid, og at ei anna jordmor er i beredskap (13).

Kontinuitetsmodellen har vist auka trivsel i arbeidet som jordmor og senka risikoen for å bli utbrent (14), men han krev fleksibilitet av jordmødrene, og grensene mellom arbeid og fritid kan framstå som flytande (15).

Kvinnehelseutvalet (16) og Nasjonal helse- og samhandlingsplan (17) skisserer at dårleg samhandling mellom tenestene er ei utfordring. Prioriterte grupper for samhandling i helsefellesskapa er kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid. Barselkvinner opplever at hjelpa i perinatal fase er fragmentert (18), og brukarorganisasjonar peikar på ei sviktande barselomsorg (19, 20).

Hensikta med studien

Jordmødrene i Noreg er i hovudsak tilsette i spesialist- eller kommunehelsetenesta og har dermed ei sentral rolle i å sikre kontinuitet i pasientforløpet mellom dei ulike tenestenivåa. Det er ikkje gjort studiar som vi kjenner til, på korleis jordmødrer i Noreg opplever kontinuiteten mellom tenestenivåa.

Hensikta med denne studien var å undersøke korleis jordmødrer opplever kontinuiteten mellom spesialist- og kommunehelsetenesta.

Metode

Design

Studien hadde eit kvalitativt design, og det blei gjennomført to fokusgruppeintervju med jordmødrer som hadde erfaring frå kommune- og/eller spesialisthelsetenesta (21, 22).

Rekruttering og utval

Studien er gjennomført i eit helseføretak med 1629 fødslar i 2022 (23). Helseføretaket har samarbeidsavtalar med 16 omkringliggande kommunar. Rekruttering av jordmødrer blei gjort i løpet av mai 2023.

Jordmødrene fekk skriftleg og munnleg informasjon om studien som skulle gjennomførast. Nokre av dei melde seg sjølv til å delta i fokusgruppeintervju, andre blei rekrutterte ved direkte spørsmål frå førsteforfattar eller fagjordmor.

Vi nytta eit tilgjengelegheitsutval (22), der inklusjonskriteriet var at jordmor hadde fast tilsetjing i kommune- eller/og spesialisthelsetenesta og hadde vore tilsett i eit av tenestenivåa i minst seks månader. Fokusgruppene bestod av høvesvis sju og ni deltakarar, som er ein ideell størrelse på fokusgrupper (24).

Datainnsamling

Det blei sett av 90 minutt til kvart fokusgruppeintervju, og intervjuar blei gjennomførte med ei veker mellomrom i mai–juni 2023. Semistrukturerte intervju blei gjennomførte med utgangspunkt i ein intervjuguide med fem opne spørsmål (tabell 1), utvikla på bakgrunn av relevant litteratur og faglege diskusjonar i forskargruppa. Spørsmåla var utforma opne for å fremje refleksjon og erfaringsdeling og for å stimulere til interaksjon og synergi i fokusgruppene (25).

Tabell 1. Intervjuguide

Hovudspørsmål
Kan du fortelje litt om kva du tenkjer på når du høyrer omgrepet kontinuitet? Nemn gjerne eksempel.
Korleis opplever du at kontinuiteten er mellom kommunehelsetenesta og helseføretaket der du jobbar no?
Kva tenkjer du at «kontinuitet mellom tenestenivå» betyr?
Kva opplever du kan hemme kontinuitet mellom tenestenivåa?

Gruppeintervju let seg vanskeleg standardisere og strukturere, og det er vesentleg at moderator sørger for at alle deltakarane får dele sine erfaringar knytte til fenomenet som blir studert. Vi nytta oppfølgingsspørsmål for å undersøke erfaringane nærmare, og vi søkte å

unngå leiande formuleringar. Intervjuguiden fungerte som eit nyttig verktøy både i planlegginga og gjennomføringa av intervjuet (25, 21).

Begge gruppeintervjua blei utførte på eigna møterom i helseføretaket. Førsteforfattaren var moderator, og tredjeforfattaren var observatør – i tillegg var andreforfattaren observatør ved fokusgruppe 2. Intervjua blei tekne opp på lydfil og transkriberte ordrett. Alle forfattarane er jordmødrer, førsteforfattaren og tredjeforfattaren jobbar begge klinisk i feltet. Andreforfattaren og sisteforfattaren var rettleiarar i studien.

Stegvis analyse av data

Førsteforfattaren analyserte datamaterialet ved systematisk tekstkondensering (STC) med ein tematisk tverrgående analyse som samanfatta den innhenta informasjonen frå deltakarane (21). Andreforfattaren, tredjeforfattaren og sisteforfattaren rettleidde og kvalitetssikra analysen. Analysen følgde fire trinn, der første trinn var å identifisere foreløpige tema frå eit fugleperspektiv.

I trinn to i analyseprosessen blei meiningsberande einingar, som skildra jordmødrene si oppleving av kontinuitet mellom tenestenivå, identifisert og sortert under relevant foreløpig tema, og dette danna grunnlag for forhandling om kodegrupper. Gjennom ein induktiv, iterativ og dynamisk prosess sorterte vi teksten i kodar og tre kodegrupper ([vedlegg 1](#)) (21).

I trinn tre av analysen blei kvar kodegruppe gjennomgått grundig, og materialet blei sortert i to til fire undergrupper. For alle undergruppene laga vi eit tekstkondensat i kunstig eg-form, der «eg» representerte stemmene til dei ulike fokusgruppedeltakarane. Den analytiske teksten, danna gjennom systematisk tekstkondensering, representerer funna frå studien; eit anonymisert sitat er valt som illustrasjon for kvar undergruppe (21). Tabell 2 viser endelege kodegrupper og undergrupper.

Tabell 2. Oversikt over kodegrupper og undergrupper

Kodegruppe	Undergrupper
Kontinuitet er avhengig av strukturelle faktorar.	Element i dagens struktur/organisering hemmar opplevinga av kontinuitet.
	Jordmødrene hadde forslag til korleis ein kunne fremje opplevinga av kontinuitet.
Kontinuitet er avhengig av formelle og uformelle kommunikasjonskanalar mellom tenestenivåa.	Fødselsepikrisen – det formelle bindeleddet
	Å halde tråden
	Telefon og SMS som bidrag i informasjonsflyten

Fjerde trinn i analysen er rekontekstualisering, der ein formidlar fellestrekk som ein kan sjå etter analysen av data. Ein har på dette trinnet kome fram til resultatkategoriar (21).

Etiske vurderingar

Studien er vurdert som ikkje framleggspliktig av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), (referansenummer 2023/600631/REK vest). Han er godkjend av personvernombodet i helseføretaket. Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør har vurdert at studien har lovleg grunnlag for å behandle personopplysningane (referansenummer 579941).

Resultat

Totalt deltok 16 jordmødrer i studien, ni av dei hadde erfaring frå begge tenestenivåa. Jordmødrenes gjennomsnittlege erfaring var 13,2 år (variasjon 1–27 år), og gjennomsnittsalderen var 43,9 år (variasjon 27–61 år).

Analysen resulterte i to hovudfunn. Jordmødrer sine opplevingar med kontinuitet mellom tenestenivå er avhengig av

1. strukturen og organiseringa i og rundt tenesta
2. formelle og uformelle kommunikasjonskanalar mellom tenestenivåa

Det handlar om å legge til rette for kontinuiteten

Jordmødrene opplevde at strukturelle og organisatoriske faktorar hindra kontinuiteten mellom tenestenivåa. Det kunne vere ugunstige tidspunkt hendingar i tenesta føregjekk på. Når for eksempel utreise frå barselavdelinga var i helga, på kveldstid eller i samband med høgtider, så opplevde jordmødrene ei svikt i kontinuiteten som kunne medføre ei forseinka oppfølging av barselkvinna og hennar familie i tidleg barseltid.

Tilstrekkeleg bemanning, med kjent personale, spelte òg ei rolle for korleis jordmødrene opplevde kontinuitet. Jordmødrene peika på at informasjonsflyten mellom spesialist- og kommunehelsetenesta kunne variere og nokre gonger vere mangelfull.

Jordmødrene opplevde lite informasjonsflyt i samband med avgjerder og tema som blei belyste på samarbeidsmøte mellom tenestenivåa. I tillegg skildra jordmødrene ulike og uoversiktlege system for å finne informasjon om barselkvinna og barnet og ulike system for samhandling mellom helseføretaket og kommunane. Jordmødrer som berre hadde kjennskap til dagleg arbeid i spesialisthelsetenesta, visste lite om dei ulike kommunane sine system.

Jordmødrene uttalte tydeleg at det var skilnad på små og store kommunar. I mindre kommunar blei dei fleste gravide følgde opp av kommunejordmor gjennom svangerskapet, noko som gav dei oversikt over «deira eigne» gravide. Nokre av jordmødrene fortalde at dei alltid var tilgjengelege for kvinnene, medan andre hadde ein arbeidskvardag der kontortida styrte kor tilgjengelege dei var.

Opplevinga av kontinuitet kunne òg vere personavhengig, alt etter korleis jordmora organiserte sin eigen arbeidskvardag. I sitatet nedanfor blir jordmors oppleving av strukturelle faktorar som hemmar kontinuiteten, skildra:

«Vi jobber jo i helsevesenet, og det er dårlig med sikkerhetsnett. Altså, dersom damer reiser ut en lørdag, så får vi ikke tak i kommunejordmor, sant. Da sendes jo epikrisen på mandag. Det er ikke duket for beredskap. Det handler jo om å tilrettelegge for kontinuiteten» (Berit).

Jordmødrene diskuterte alternative organiseringar av tenestene for å bidra til auka oppleving av kontinuitet mellom tenestenivåa. Dei meinte at tidlege heimebesøk av jordmor var ein styrke for opplevinga av kontinuitet i barseltilbodet. Ei jordmor foreslo at helseføretaket burde vore arbeidsgivar for alle jordmødrene, og at det ville auke opplevinga av kontinuitet mellom tenestenivåa.

Felles arbeidsgivar ville kunne planlegge og styre rullering mellom tenestenivå. Å arbeide i begge tenestenivåa, med to arbeidsgivarar, blei omtalt som utfordrande, særleg dersom leiinga ikkje la til rette for samkøyring av arbeid i begge tenestenivåa.

Fleire av jordmødrene meinte at gjensidig hospitering ville kunne auke opplevinga av kontinuitet. Det er lettare å samarbeide dersom ein kjenner ansikta til kvarandre, og det kan gjere det enklare å kontakte kvarandre for eksempel per telefon.

Nokre av jordmødrene ønskte seg ei oversikt over kva som var nyttig å vite i det andre tenestenivået. Felles møte og fagdagar på tvers av tenestenivåa ville gjere det lettare å ta kontakt med kollegaer i det andre tenestenivået. Enkelte av jordmødrene kjende seg usikre på kva jordmor i kommunen hadde behov for å vite, slik éi jordmor skildrar det her:

«Jeg har ikke god nok kunnskap om hva som skjer ute i kommunen. Spesielt når det er såpass mange kommuner vi sender kvinner ut til» (Jenny).

Teksten i fødselsepikrisen er gull verdt

Jordmødrene som jobba i kommunehelsetenesta, opplevde fødselsepikrisen som bindeleddet mellom barselavdelinga i helseføretaket og kommunen. Fødselsepikrisen ein nyttar i helseføretaket, har obligatorisk informasjon som for eksempel blødingsmengd, fødselstidspunkt og barnets kjønn. I tillegg er det eit ope felt der jordmora kan nytte individuelle formuleringar.

Deltakarane beskreib tekst som jordmora i kommunen opplevde som irrelevant og framand. For eksempel gav tekst som «kvit ONEWS» lite nyttig informasjon, samstundes som ein sakna annan vesentleg informasjon. Ei jordmor viste til eit eksempel der det ikkje blei informert om at fødselen hadde skjedd under transport, noko som ville vore nyttig for kommunejordmor å vite.

Betydninga av eit felles fagspråk blei nemnd som ein faktor for å styrke opplevinga av kontinuitet mellom tenestenivå. Det at mor og barn har åtskilte journalar og utreisepapir, blei løfta fram som noko som hemma god kontinuitet. At fødselsepikrisen inneheldt alle relevante

opplysningar, var viktig for kommunejordmors oppleving av kontinuitet i samband med heimebesøk.

Ei av jordmødrene sa at ho valde å «gå med blanke ark» på heimebesøket, fordi ho opplevde at innhaldet i fødselsepikrisane var mangelfullt. Det same blir tydeleg uttalt i følgjande sitat:

«Teksten [i epikrisen] er gull verdt! Jeg tenker sånn, om kontinuiteten: Den største utfordringen, det er den manglende informasjonen som kommer i epikrisene» (Heidi).

Datatekniske skilnader gjorde det utfordrande for jordmødrer i helseføretaket å vite korleis jordmødrer i kommunane mottok informasjonen om barselkvinna og barnet etter utskriving. Kommunane rundt helseføretaket brukte ulike digitale journalsystem. Jordmødrer i ulike kommunar hadde for eksempel ulik tilgang til barnets journal.

Det var ein føresetnad at det datatekniske fungerte, men jordmødrene var iblant usikre på om teknologien var til å stole på – om informasjonen blei motteken av rett adressat og på korrekt tidspunkt. Den raude tråden i utvekslinga av informasjon kunne vere fråverande, med dårleg informasjonsflyt både internt i dei to tenestenivåa og mellom tenestenivåa.

Informasjon kunne mangle, stoppe opp eller bli endra, slik jordmor Gro skildrar det her: «Det blir liksom litt sånn, mer som hviskeleken, hva hørte du?» (Gro).

At kommunane rundt helseføretaket var mange og ulike og organiserte seg ulikt, var ei utfordring for jordmødrene. Det var vanskeleg å halde oversikt over korleis ein skulle kommunisere med den enkelte kommunen. Lite kontaktinformasjon om kvarandre, for eksempel informasjon om faste telefontider eller fast SMS-teneste, var ein barriere for utveksling av informasjon.

Nokre jordmødrer meinte at telefonering mellom tenestenivåa kunne skape uro. Andre jordmødrer framheva at telefonering mellom tenestenivå var nyttig dersom ein trong påfyll av informasjon, slik sitatet nedanfor illustrerer: «Jeg føler alltid at dersom jeg ringer, så fikser ting seg» (Nora).

Diskusjon

Kontinuitet mellom tenestenivåa er avhengig av strukturen og organiseringa i og rundt tenesta

Jordmødrene si oppleving av kontinuitet i barselomsorga blir fremja og hemma av strukturelle faktorar i tenesteorganiseringa og informasjonskanalane mellom tenestenivåa. Funna vil bli drøfta med utgangspunkt i Haggerty og medarbeidarar (11) sin teori om kontinuitetsomgrepet.

Studien avdekte skilnader mellom kommunane når det gjaldt geografiske forhold og korleis oppgåver blei løyste. Jordmødrene meinte at det var lettare å halde oversikt over «sine» kvinner i små kommunar enn i større kommunar. Skilnader mellom kommunane gjorde

samhandlinga uoversiktleg, noko som blir stadfesta i nasjonal fagleg retningslinje for barselomsorga, som viser at kommunane løyser pålagde oppgåver på ulike måtar (4).

Jordmødrene i studien uttrykte at dei burde jobbe i begge tenestenivåa, men dei opplevde at det fanst barrierar som hindra ein slik praksis. Ein australsk studie undersøkte overgangen mellom to tenestenivå i barseltida og fann at det bør utviklast ei meir koordinert og systematisert tilnærming for godt samarbeid mellom tenestenivåa. Korvidt dette vil skje, er avhengig av blant anna lokale forhold og interessa for temaet (26).

Omsorgsmodellane Caseload Midwifery og Team Midwifery er opptekne av kontinuitet i relasjonen mellom kvinne og jordmor gjennom både svangerskap, fødsel og barseltid (13). Desse modellane er ikkje implementerte som organiseringsform der vår studie er gjort. Likevel viser funn frå studien at relasjonell kontinuitet (11) kan finne stad, særleg dersom jordmora og barselkvinna høyrer til i ein mindre kommune.

Ein australsk studie som undersøkte implementering av jordmorstyrte omsorgsmodellar, viste at det var behov for fleksible arbeidsformer der kontinuiteten innanfor barselomsorga blir ivareteken. Homer (27) påpeikar at det er nødvendig med ei djupare forståing av kva barrierar som hindrar implementeringa av omsorgsmodellar med kontinuitet i jordmortenester.

Stortingsmelding 12 (28) presenterte at ei kommunal jordmorteneste kunne forankrast i helseføretaka. Nasjonal fagleg retningslinje for barselomsorga (4) understrekar at jordmødrer som arbeider både i kommunale og spesialiserte helsetenester, bidrar til å sikre kontinuitet i omsorga for kvinner og familiane deira. Våre funn viser at dagens organisering avvik frå retningslinjer og forskingskunnskap.

Gjensidig hospiteringsordning

Jordmødrene uttrykte at gjensidig hospitering på kvarandre sitt tenestenivå kunne auke opplevinga av kontinuitet. Hospitering på tvers av tenestenivå kan minske terskelen for å ta kontakt med kvarandre og auke forståinga av at det er nødvendig med informasjon om barselkvinna og barnet når dei skal overførast frå sjukehus til kommune. Dette synet får støtte av ein norsk studie som viste at obligatoriske gjensidige hospiteringsordningar styrker samarbeidet mellom tenestenivåa (29).

Samarbeidsavtalen mellom helseføretak og kommune slår fast at partane har felles ansvar for å etablere ei hospiteringsordning (30). Likevel peikar jordmødrene i studien på at det var kommunejordmødrene som hospiterte mest i spesialisthelsetenesta, og ikkje omvendt.

Jordmødrene i studien uttrykte at mangel på ressursar kunne hemme opplevinga av kontinuitet, og at auka bemanning kunne betre sjansen for å få gjennomført hospitering. Internasjonale rammeverk for kvalitet i jordmortenester påpeikar at tilstrekkelege ressursar og kontinuitet på tvers av tenestenivå ligg til grunn for god omsorg for kvinner i perinatal fase (12).

Jordmødrene si oppleving av hospitering kan vitne om at dette er eit felles ansvar, og at både ressursar og organisering har betydning for samarbeid og kontinuitet.

Oppleving av kontinuitet er avhengig av formelle og uformelle kommunikasjonskanalar mellom tenestenivåa

I studien seier jordmødrene at opplevinga av kontinuitet er avhengig av at ein får god nok informasjon til å følgje opp kvinna og barnet gjennom ein god kommunikasjonskanal. Fødselsepikrisen er ein formell informasjonskanal mellom tenestenivåa som skal oppfylle dokumentasjonsplikta (31).

Jordmødrene i studien hadde ulike opplevingar av kva informasjon som var nyttig å gi i friteksten i fødselsepikrisen. Tidspunktet for når epikrisen blei send og motteken, hadde òg noko å seie for kor nyttig han var.

Ein systematisk litteraturgjennomgang med hensikt å undersøke kommunikasjonen mellom spesialist- og primærhelsetenesta ved utskriving viser at forseinka og utydeleg kommunikasjon kan påverke pasientbehandlinga negativt med tanke på kontinuitet i omsorga (32).

Informasjonskontinuitet (11), som er ei viktig form for kontinuitet, understrekar rolla epikrisen spelar som informasjonskanal mellom tenestenivåa.

Studien vår identifiserte eit forbettringsområde knytt til meir utfyllande informasjon i fødselsepikrisen, og peikte på at telefonkontakt, ein uformell informasjonskanal, kan bidra til å styrkje kontinuiteten mellom tenestenivåa.

Jordmødrer frå nokre kommunar i vår studie opplyste at dei alltid var tilgjengelege for kvinnene, medan jordmødrer i andre kommunar ikkje var tilgjengelege i like stor grad. Årsaka til dette er ikkje spesifisert i våre funn, men ein kan undre seg over om jordmødrene arbeider under ulike arbeidsinstruksar, og om den enkelte jordmora sin velvilje og entusiasme er avgjerande for kor tilgjengeleg ein er for kvinnene.

Lovverk og samarbeidsavtalar ligg til grunn for samhandling mellom tenestenivåa (7), i tillegg til prinsippet om lik tilgang på tenester (33). Likevel viser denne studien at skilnader mellom kommunar og ulikt personleg engasjement frå jordmødrene kan ha noko å seie for korleis ein opplever kontinuiteten i overgangen mellom spesialist- og kommunehelsetenesta.

Opplevinga av kontinuitet var særleg knytt til tilstrekkeleg bemanning, kjennskap til interne prosedyrar og klare avtalar mellom tenestenivåa, i tråd med teorien om kontinuitet (11).

Styrkar og avgrensingar ved studien

Dei mange stemmene i ei fokusgruppe representerer ein betydeleg styrke i denne typen studie, men kan òg introdusere utfordringar. Deltakarane i vår studie hadde variert alder og arbeidserfaring, noko som gav eit breitt og nyansert bilete av erfaringane deira. Utvalet blei

difor vurdert til å vere godt nok til å svare på problemstillinga. Det kan bidra til å ivareta ekstern validitet, slik at funna frå studien kan vere relevante også i andre kontekstar (25).

I denne studien var deltakarane fyrste- og tredjeforfattaren sine kolleger. Seleksjonen kan påverkast dersom deltakarane kjenner på forventning om å bidra i studien. Det kan ikkje stadfestast at slik er tilfelle her, men bør nemnast som ei potensiell svakheit ved studien. Tema og kontekst er nært knytt til fyrste- og tredjeforfattaren, som kan vere ein styrke, særleg om vi utfordrar forforståinga vår og stiller kritiske spørsmål ved eigne tolkingar gjennom heile forskingsprosessen (21).

Studien er utført i eitt helseføretak, og funna kan dermed bere preg av å vere ein lokal variant. Dei kan likevel ha overføringsverdi til andre område i Noreg då jordmortenestene i stor grad er organiserte ved todeling.

Dessutan er jordmortenester underlagde dei same nasjonale retningslinjene, uavhengig av geografi. Dersom funn frå ein studie kan ha nytte også i andre samanhengar, kan ein seie at funna har overføringsverdi, sjølv om studien er gjort i eit avgrensa område (21).

Konklusjon

Jordmødrer i eitt helseføretak og omkringliggende kommunar opplevde at det var nødvendig med kunnskap om samarbeidande tenestenivå for å oppnå kontinuitet i barselomsorga mellom barselavdeling og kommune.

Organiseringa av tenestene og informasjonskanalane mellom tenestenivåa påverka jordmødrene si oppleving av kontinuitet i barselomsorga. Lite eller mangelfull informasjon mellom tenestenivåa hemma kontinuitet.

Hospitering, derimot, kan fremje kontinuitet. Framtidig merksemd på å auke samarbeidet mellom tenestenivåa, kvalitetssikre innhaldet i fødselsepikrisen og betre informasjonsflyten mellom tenestenivåa kan bidra til at jordmødrene opplever større grad av kontinuitet mellom specialist- og kommunehelsetenesta.

Takkseining

Takk til jordmødrene som deltok i studien ved å stille på fokusgruppeintervju.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



ORGANISERING: Det er behov for bedre informasjonsflyt om barselkvinnas og barnets ved overføring fra sjukehus til kommune. *Illustrasjonsfoto: Susan Kirch / Plainpicture / NTB*

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [internett]. Genève: WHO; 2016 [henta 29. desember 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
2. Verdens helseorganisasjon (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [internett]. Genève: WHO; 2018 [henta 29. desember 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
3. Verdens helseorganisasjon (WHO). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: web supplement: evidence base [internett]. Genève: WHO; 2022 [henta 29. desember 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352613>
4. Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [henta 29. desember 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
5. Verdens helseorganisasjon (WHO). Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care [internett]. Genève: WHO; 2025 [henta 31. august 2025]. Tilgjengeleg frå: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110199>
6. Sandall J, Turienzo CF, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane

7. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 [henta 15. desember 2022]. Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
8. Aune I, Tysland T, Amalie Vollheim S. Norwegian midwives' experiences of relational continuity of midwifery care in the primary healthcare service: a qualitative descriptive study. Nord J Nurs Res. 2021;41(1):5–13. DOI: [10.1177/2057158520973202](https://doi.org/10.1177/2057158520973202)
9. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is «continuity of care»? J Health Serv Res Policy. 2006;11(4):248–50. DOI: [10.1258/135581906778476490](https://doi.org/10.1258/135581906778476490)
10. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. ResearchGate; 2002 [henta 2. februar 2025]. Tilgjengelig frå: https://www.researchgate.net/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_a
11. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327(7425):1219–21. DOI: [10.1136/bmj.327.7425.1219](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219)
12. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet. 2014;384(9948):1129–45. DOI: [10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
13. Hildingsson I. Vårdmodeller med barnmorskekontinuitet. Forskning och praktik med särskilt fokus på förlossningsrädsla. Stockholm: Vulkan; 2022.
14. Dawson K, Newton M, Forster D, McLachlan H. Comparing caseload and non-caseload midwives' burnout levels and professional attitudes: a national, cross-sectional survey of Australian midwives working in the public maternity system. Midwifery. 2018;63:60–7. DOI: [10.1016/j.midw.2018.04.026](https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.026)
15. Lundgren I, Blix E, Gottfreðsdóttir H, Wikberg A, Nøhr EA, red. Theories and perspectives for midwifery: a Nordic view. Lund: Studentlitteratur; 2022.
16. NOU 2023: 5. Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2023 [henta 29. desember 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>
17. Meld. St. 29 (20232024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Kortere ventetider og en felles helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024 [henta 29. desember 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonal-helse-og-samhandlingsplan-2024-2027-kortere-ventetider-og-en-felles-helsetjeneste/id3028011/>

18. Vedeler C, Nilsen A, Blix E, Downe S, Eri T. What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. BJOG. 2022;129(4):647–55. DOI: [10.1111/1471-0528.16926](https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926)
19. Barseloppørret. Vi krever bedre barsel nå! [internett]. Barseloppørret; u.å. [henta 29. desember 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://barselopporet.no>
20. Landsforeningen 1001 dager. Mental helse under graviditet & etter fødsel [internett]. Landsforeningen 1001 dager; u.å. [henta 29. desember 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://www.landsforeningen1001dager.no/>
21. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
22. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
23. Folkehelseinstituttet. P1b: Fødte per måned og fødeinstitusjon. Folkehelseinstituttet; 2023 [henta 18. februar 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://statistikk.fhi.no/>
24. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
25. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
26. Homer CSE, Henry K, Schmied V, Kemp L, Leap N, Briggs C. 'It looks good on paper': Transitions of care between midwives and child and family health nurses in New South Wales. Women Birth. 2009;22(2):64–72. DOI: [10.1016/j.wombi.2009.01.004](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2009.01.004)
27. Homer CS. Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. Med J Aust. 2016;205(8):370–4. DOI: [10.5694/mja16.00844](https://doi.org/10.5694/mja16.00844)
28. St.meld. nr. 12 (2008–2009). En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [henta 7. november 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
29. Skinner MS. Enveiskjørt samarbeid? En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2015;11(2):97–112. DOI: [10.7557/14.3715](https://doi.org/10.7557/14.3715)
30. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011 [henta 26. november 2023].

31. Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). LOV-2023-03-03-2 [henta 5. november 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
32. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007;297(8):831. DOI: [10.1001/jama.297.8.831](https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831)
33. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 [henta 8. november 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>