

Camilla Hole og Kari Kyllø Wognild

Jordmødres erfaringer med hjemmebesøket i tidlig barseltid

- en kvalitativ studie

Masteroppgave i Master i jordmorfag

Veileder: Anne Engtrø Husby

Medveileder: Raija Helena Tolonen Dahlø

Mars 2022

Camilla Hole og Kari Kyllø Wognild

Jordmødres erfaringer med hjemmebesøket i tidlig barseltid

- en kvalitativ studie

Masteroppgave i Master i jordmorfag
Veileder: Anne Engtrø Husby
Medveileder: Raija Helena Tolonen Dahlø
Mars 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for klinisk og molekylær medisin



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Jordmødres erfaringer med hjemmebesøket i tidlig barseltid.

Hensikt: Å få økt innsikt i jordmødres erfaringer og opplevelser av hjemmebesøket i tidlig barseltid.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har jordmødre i primærhelsetjenesten med hjemmebesøk ett til tre døgn etter barselkvinnens hjemkomst fra fødestedet?

Metode: Studien har et kvalitativt design. Datamaterialet er samlet gjennom semistrukturerte intervju, og deretter analysert gjennom systematisk tekstkondensering (STC).

Resultat: Jordmødrene i denne studien beskrev at hjemmebesøket ga de gode forutsetninger for en bedre kontinuitet i svangerskaps- og barselomsorgen. Behovet for ammeveiledning i hjemmet har økt etter at liggetiden ved fødestedet gradvis har gått ned. Tid til gjennomføringen av hjemmebesøket var stort sett til stede, men ressursmangler kunne av og til sette begrensninger for det. Hjemmebesøket ble sett på som viktig for å få en mulighet til å avslutte relasjonen med kvinnen.

Konklusjon: Studien viser at jordmødrene erfarte hjemmebesøket som viktig for en helhetlig og individuell oppfølging i svangerskaps – og barselomsorgen. For at tilbudet skal kunne gjelde alle barselkvinner, bør ressursene være til stede i større grad enn de er i dag. Vi oppfordrer til videre forskning på jordmødres erfaringer med hjemmebesøket.

Nøkkelord: jordmor, hjemmebesøk, erfaringer, barselomsorg, kontinuitet

Abstract

Title: Midwives` experiences with regards to home visits in the early days of maternity leave.

Objective: To gain insight into midwives` experiences and understandings related to home visits in the early days of maternity leave.

Hypothesis: What type of experiences do midwives take away from primary health care home visits with postpartum women during days one to three, after returning home from the hospital?

Method: The study has a qualitative research design. Statistics are gathered through semi-structured interviews, before analysed through systematic text condensation (STC).

Outcome: Midwives in this study reported that home visits gave them great prerequisites when it comes to better continuity within pregnancy and maternity care. The need for breastfeeding support and help at home has increased, as a result of postpartum women leaving the hospital earlier. Having enough time to conduct home visits was found to be mostly achievable, however limited resources could at times limit and affect this. Home visits were considered important in terms of having the opportunity to complete relations with new mothers.

Conclusion: This study showcases that midwives feel strongly about the importance of home visits in terms of individual follow-ups and complete pregnancy and maternity care. In order for these home visits to be available to all postpartum women, an increase in resources is necessary. We encourage further research into this relevant topic; midwives` experiences with regards to home visits.

Key Words: midwife, home visit, experiences, postnatal care, continuity

Forord

Vi begynte på Master i jordmorfag høsten 2020, og denne våren vil det to år lange studiet være over. Studiet har gitt oss både oppturer og nedturer, og reisen mot målet som ferdige jordmødre har til nå vært spennende, lærerik, utfordrende, krevende og samtidig veldig givende. Spennende og lærerikt fordi det har gitt oss innsikt i et helt nytt fag. Vi har lært noe nytt hver eneste dag, og oppdaget at det finnes så mye til dette faget som vi ikke kunne ha forestilt oss på forhånd. Utfordrende og krevende fordi læringskurven har vært bratt og til tider følte uoverkommelig. Studiet har krevd mye tid i en hverdag som rommer mye mer enn en utdanning. Men mest av alt er vi takknemlige for å ha fått muligheten til å gjøre dette, og ikke minst at vi snart skal inn i det som vi ser på som verdens beste yrke.

Prosesen med å skrive denne masteroppgaven har vært lang, men samtidig veldig spennende. Den har gitt oss ny innsikt i en av mange deler av jordmorfaget, som vi kan bringe med oss videre når vi står som ferdige jordmødre. Vi har måttet tilegne oss mye kunnskap om prosessen både før og under arbeidet, det meste har vært nytt og krevd mange og lange timer med iherdig innsats fra oss begge.

Vi vil gjerne få takke våre to veiledere for alle gode innspill og for alltid å ha vært tilgjengelige for oss. Veiledningsmøtene har gitt oss mye faglig påfyll, latter og tårer, og gode historier. Vi vil også takke alle jordmødrene som tok seg tid til å la seg intervju, det setter vi stor pris på.

Til slutt, og mest av alt, vil vi rette en stor takk til våre to familier. Tålmodige barn og ektemenn har gitt oss oppmuntrende ord på veien, og motivasjonen som ligger i støtte og heiarop har vært uvurderlig!

Trondheim, mars 2022

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1. Bakgrunn	1
1.2 Hensikten med studien	2
2.0 Teoretisk referanseramme	3
2.1 Begrepsavklaringer	3
2.2 Retningslinjer for barselomsorgen	3
2.3 Den gode jordmoren	4
2.4 Kontinuitetsbegreper i utøvelsen av omsorg og kontinuitet i jordmortjenesten	6
3.0 Vitenskapsteoretisk tilnæringsmåte	8
4.0 Metode	9
4.1 Kvalitativt design	9
4.2 Forforståelse	9
4.3 Utvalg og rekruttering	10
4.4 Datainnsamling og transkribering	10
4.4.1 Semistrukturerte intervju	10
4.4.2 Transkribering av innhentet materiale	11
4.5 Analyse	11
4.6 Forskningsetikk	14
5.0 Resultat	15
5.1 Kontinuitet i forløpet svangerskap og barseltid	15
5.1.1 Kontinuitet gir jobbtilfredshet og en god avslutning av relasjonen	15
5.1.2 Kontinuitet – en mulighet til å avdekke endringer og bekrefte det normale	16
5.2 Kort barselopphold gir økt behov for individuell ammeveiledning i hjemmet	17
5.3 Jordmor på hjemmebesøk – et spørsmål om tid og ressurser	18
6.0 Methodediskusjon	20
7.0 Resultatdiskusjon	24
7.1 Kontinuitet i forløpet svangerskap og barseltid	24
7.2 Kort barselopphold gir økt behov for individuell ammeveiledning i hjemmet	26
7.3 Jordmor på hjemmebesøk – et spørsmål om tid og ressurser	28
8.0 Konklusjon og implikasjoner for videre praksis	31
9.0 Referanseliste	32
Vedlegg 1	35
Vedlegg 2	37
Vedlegg 3	40

1.0 Introduksjon

I løpet av de siste årene har gjennomsnittlig liggetid for mor etter fødsel gått fra 4,1 døgn i 1999, til 2,6 døgn i 2020. Det viser tall fra Medisinsk fødselsregister ved Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2022). Antall liggedøgn i et barselopphold etter en fødsel, har med andre ord endret seg betraktelig de siste årene. Regjeringen kom i 2008-2009 med Stortingsmelding nr.12: «En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg». Bakgrunnen for meldingen var at gravide og fødende uttrykte opplevelse av en fragmentert tjeneste med lite sammenheng. Regjeringen ønsket å ha som mål at de ansvarlige for helsetjenestene innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, sammen skulle ha ansvar for et helhetlig helsetilbud av høy faglig kvalitet. Regjeringen foreslo at det burde legges til rette for at jordmor fikk en større og mer sentral rolle i oppfølgingen av mor og barn de første dagene etter en fødsel (St.meld. nr. 12, 2008-2009). I 2014 kom Helsedirektoratet med retningslinjer for barselomsorgen «Nytt liv og trygg barseltid for familien; nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen». Her ble det anbefalt at barselkvinnen får tilbud om hjemmebesøk av jordmor ett til tre døgn etter hjemreise fra sykehuset. Barseltiden er for kvinnen en sårbar tid, og på bakgrunn av en faglig vurdering, ble det i retningslinjene sett på som viktig at jordmor helst burde gjennomføre hjemmebesøket (Helsedirektoratet, 2014). Statistisk sentralbyrå sine tall fra 2020 viser at 42,9 % av barselkvinnene fikk hjemmebesøk av jordmor ett til tre døgn etter hjemkomst fra fødestedet (Statistisk Sentralbyrå, 2021).

1.1. Bakgrunn

Vi har gjennom utdanningen begge vært i praksis i primærhelsetjenesten, og deltatt på flere hjemmebesøk hos barselkvinner. Her erfarte vi at hjemmebesøket hadde stor betydning for jordmødrene og kvinnene. Vi opplevde at det å få besøk av en kjent jordmor kunne føre til at kvinnene ble tryggere i deres nye livssituasjon. Vi tenkte også gjennom praksisperioden at jordmødrene hadde godt utbytte av hjemmebesøket, ved at de uttrykte hvor betydningsfullt det var for de med oppfølging av «deres» kvinner. Dette gjorde at vi ønsket å forske på om denne erfaringen var noe flere jordmødre delte, eller om erfaringene var ulike.

Våre tidligere søk på forskning viser artikler som omhandler både barselkvinner og jordmødre sine erfaringer av kontinuitet i svangerskaps- og barselomsorgen, der hjemmebesøket er nevnt i flere av dem. I en norsk studie av Aaserud et al. (2016) undersøkte de hvilke erfaringer barselkvinner hadde med hjemmebesøk av kommunalt ansatt jordmor i den tidlige barseltiden. Der ble det konkludert med at kvinnene opplevde større grad av mestring i sin nye livssituasjon når de fikk individuell oppfølging av jordmor. Studien belyste også hvordan kontinuiteten i oppfølgingen bidro til helsefremming i tidlig barseltid. I en studie fra Sverige av Barimani og Vikstrøm (2015) fortalte foreldrene at støtten de fikk av helsepersonell i tidlig barseltid, gjorde at de følte seg tryggere i den nye rollen. De opplevde kontinuiteten som spesielt viktig, da denne gjorde at de så på helsetjenesten som sammenhengende og konsistent. Flere av foreldrene uttrykte også at kontakten med den jordmoren de hadde hatt i svangerskapet, gjorde at de lettere kunne motta råd som igjen styrket deres mestring i barseltiden. En norsk studie av Aune et al. (2021) undersøkte jordmødres erfaringer knyttet til relasjonell kontinuitet i omsorgen i primærhelsetjenesten. Studien viste at jordmødrene satte spesielt stor pris på hvordan opparbeidet relasjon til kvinnene gjennom

svangerskapet, gjorde det lettere å yte en best mulig individuell oppfølging for hver enkelt barselkvinne. I en studie av Dharni et al. (2021) beskrev både jordmødre og barselkvinnene kontinuiteten i omsorgen gjennom svangerskap og barsel. Her fortalte jordmødrene at kontinuiteten i relasjonen til kvinnen, ga de mulighet til å yte bedre kvalitet på tjenesten. I tillegg påpekte de hvordan relasjonell kontinuitet ga de en opplevelse av større tilfredshet i utøvelsen av sitt yrke. Barselkvinnene uttrykte at de var fornøyde med omsorgen, spesielt med tanke på at de følte seg mer selvsikker i sin nye rolle. De satte også pris på at jordmor var tilgjengelig for de i barseltiden, blant annet gjennom hjemmebesøk.

Ut fra det vi fant gjennom søk i ulike databaser, oppdaget vi at det var begrenset med forskning på jordmors erfaringer av hjemmebesøk i tidlig barseltid. Vi fant et bredere omfang av kvinners perspektiv på hjemmebesøket. På bakgrunn av dette, ønsket vi derfor å gå dypere inn i hvordan jordmor erfarte hjemmebesøket.

1.2 Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å få økt innsikt i hvilke erfaringer jordmødre i primærhelsetjenesten hadde med hjemmebesøket, og hvordan jordmødrene opplevde gjennomføringen av det. Dette ledet oss til følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har jordmødre i primærhelsetjenesten med hjemmebesøk ett til tre døgn etter barselkvinnens hjemkomst fra fødestedet?

2.0 Teoretisk referanseramme

I følge Malterud hjelper den teoretiske referanserammen skriveren å se og forstå de empiriske funnene i en større sammenheng (Malterud, 2016). I en teoretisk referanseramme vil de modellene, teoriene og begrepene som brukes, hjelpe forskeren å bedre forstå innhold og mening underveis i prosessen. Referanserammen vil kunne være med å bestemme hva som blir vektlagt i diskusjon av resultatene (Malterud, 2017). Det teoretiske rammeverket ble bestemt med utgangspunkt i vår problemstilling, og rammeverket ligger til grunn for deler av forståelsen av vårt innhentede datamateriale.

Innledningsvis i dette kapitlet definerer vi sentrale begrep som gjennomgående anvendes i studien. Deretter viser vi til Helsedirektoratets retningslinjer for barselomsorgen, som utgjør grunnlaget for en anbefaling om gjennomføringen av hjemmebesøket i tidlig barseltid. Så presenterer vi en britisk organisasjon sine retningslinjer for barselomsorgen. Videre gjør vi rede for en teoretisk modell som omhandler den gode jordmor i utøvelsen av sitt yrke, for deretter å beskrive ICM (International Confederation of Midwives) sine yrkesetiske retningslinjer for jordmor. Avslutningsvis presenterer vi en artikkel som definerer kontinuitet innen helseomsorgen.

2.1 Begrepsavklaringer

Barseltid: Den tiden det antas at kvinnen trenger for å tilpasse seg etter svangerskap og fødsel, definert til omtrentlig 40 dager, eller seks uker (Helsedirektoratet, 2014).

Barselomsorg: Det vil si omsorgssamarbeid som ytes av flere instanser innen spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tjenesten baseres på at omsorgen som gis, skal fungere som et helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2014).

Hjemmebesøk: Besøk av jordmor i hjemmet til barselkvinnene ett til tre døgn etter hjemkomst fra fødestedet. Hjemmebesøk etter fødsel er også helsesykepleier sitt ansvar, da etter at jordmor har vært der (Helsedirektoratet, 2014). I denne studien anvendes definisjonen kun om jordmors ansvar for hjemmebesøk.

2.2 Retningslinjer for barselomsorgen

Helsedirektoratet kom i 2014 med nye nasjonale retningslinjer for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014). Retningslinjene skal bidra til en faglig forsvarlig barselomsorg, der individuell omsorg skal tilrettelegges på en familievennlig og forutsigbar måte. Hovedprinsippet er at brukerne skal oppleve en helhetlig sammenheng mellom alle tilbudte tjenester innfor svangerskap-, fødsels- og barselomsorgen. Ansvar ligger her hos den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det anbefales ett hjemmebesøk for kvinner og nyfødte helst innen første eller andre døgn etter hjemkomst, i tilfeller der det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet som i en føde-/barselavdeling. For de kvinnene med god erfaring fra tidligere fødsel, amming og barseltid, tilbys det hjemmebesøk av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemkomst. Opplever derimot kvinnen vansker med ammestarten, kompliserte fødselsforløp, ambulant fødsel/hjemmefødsel, eller det er snakk om familier i en risikosituasjon, bør det tilbys flere enn ett hjemmebesøk. En felles faglig vurdering anså et stort behov for oppfølging av mor og barn gjennom hjemmebesøk så raskt som mulig etter hjemkomst, da barseloppholdet ved fødestedet stadig blir kortere. I retningslinjene anses jordmor å være det mest egnede helsepersonell som først kommer hjem til

barselkvinnen. Jordmor kan med sin fagkunnskap bidra til at foreldrene opplever trygghet og støtte gjennom omsorgen som gis i tidlig barseltid. Gjennomføringen av hjemmebesøket ble i Helsedirektoratets retningslinjer omtalt som en anbefaling, da dette burde være noe alle barselkvinner ble tilbudt (Helsedirektoratet, 2014). Den 1. november 2018 trådte en ny lov i kraft med hjemmel i Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. I kapittelet som omhandler helsestasjonstjenesten, står det i paragraf 5 at alle skal ha tilbud om hjemmebesøk etter fødsel (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Det er i denne loven ikke spesifisert om tilbudet gjelder jordmor eller helsesykepleier.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) er en britisk organisasjon som gir nasjonal veiledning og råd for å bedre kvaliteten på omsorgen i helsetjenestene. Organisasjonen baserer retningslinjer og råd på forskningsbasert kunnskap (National Institute for Health and Care Excellence, 2022). Retningslinjene er relevante for hvordan organiseringen av barselomsorgen er i Norge, og de prinsippene som ligger til grunn for denne. NICE sine retningslinjer om barselomsorgen (2021) beskriver den omsorgen kvinner og deres nyfødte barn bør motta i de første åtte ukene etter fødsel. De inkluderer hvordan organiseringen av barselomsorgen bør foregå. Hovedhensikten er å kunne identifisere vanlige problemer og utfordringer som kan oppstå hos mor og barn i barseltiden, hjelpe foreldre i å utvikle en relasjon til det nyfødte barnet, samt tilrettelegge for best mulig ernæring for barnet. Anbefalingene om hjelp til utvikling av relasjon mellom mor og barn og ernæring av barnet, gjelder også i svangerskapet. Retningslinjene legger til grunn et hovedprinsipp om at barselkvinnen skal bli hørt og alltid være deltagende i beslutninger angående sin egen helse. Det vil gi henne et godt grunnlag for en individualisert, tilpasset omsorg. Som et godt utgangspunkt for barselomsorgen, påpekes viktigheten av en effektiv overføring av informasjon om kvinnen og barnets tilstand og helse mellom de ulike instansene i helsetjenesten. Dette gjelder spesielt fra fødested til jordmor og deretter til helsesykepleier. Relevant informasjon bør alltid inneholde opplysninger om kvinnens og barnets tidligere og nåværende helse, samt barnets ernæringsstatus.

Barselkvinnen skal sikres hjemmebesøk innen 36 timer etter hjemkomst fra fødestedet, og deretter motta besøk av helsesykepleier 7-14 dager etter fødsel (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). NICE sine retningslinjer har beskrevet hjemmebesøket som anbefalt å utføre ansikt til ansikt mellom jordmor og barselkvinnen. På hjemmebesøket skal jordmor alltid forsikre seg om at alle aspekter ved kvinnens og barnets helse blir ivaretatt, og at barselkvinnen mottar den hjelpen hun trenger. Det skal tilrettelegges for en god kommunikasjon mellom jordmor og barselkvinnen, og jordmor skal bruke sin faglige kompetanse til å avdekke eller bekrefte forhold som angår barselkvinnen eller barnet. Jordmor skal gjennom svangerskapet formidle kunnskap til kvinnen om fordelene med morsmelk og amming. Spesielt vektlegges hvordan amming virker positivt på tilknytningen mellom mor og barn, og at innholdet i morsmelken er svært godt tilpasset barnet.

2.3 Den gode jordmoren

I en artikkel fra 2011 presenterte Halldorsdottir og Karlsdottir sin teori om hva det vil si å være en god jordmor (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). De sammenfattet en teoretisk modell som omhandlet hvilke egenskaper en jordmor bør inneha i utøvelsen av sin profesjon. Denne bygger på en gjennomgang av ni andre studier sammenfattet av

forfatterne selv, samt i samarbeid med andre forfattere hovedsakelig fra Island. De påpeker hvordan jordmoryrket skal være teoribasert; rammeverket vil da vise jordmors kjerneverdier samt et felles mål innenfor yrket. I fremstillingen av deres teoretiske modell, omtales hovedsakelig jordmors rolle i fødselsprosessen. Vi velger å ha modellen med som bakgrunn i vår studie uavhengig av dette, fordi den i våre øyne symboliserer hvordan en god jordmor bør være uavhengig av hvilken del av omsorgen som praktiseres. Den teoretiske modellen handler først og fremst om jordmors profesjonalitet, og suvereniteten som ligger i denne. Den er delt inn i fem punkter, som her blir beskrevet:

Jordmors evne til profesjonell omsorg: Hvordan jordmor kan gi kvinnen og hennes familie genuin omsorg i lys av respekt for kvinnen, og med en emosjonell støtte som gjenspeiler jordmors interesse for kvinnen. Empati og god evne til å lytte står sentralt, sammen med evnen til å individualisere hjelpen jordmor gir. Den individualiserte omsorgen er selve kjernen jordmors yrkesutøvelse.

Jordmors profesjonelle visdom: Jordmor innehar kunnskap som hun bevisst bruker til å tilrettelegge for individuelt tilpasset hjelp til fordel for kvinnen. Kunnskapen er teoretisk og praktisk lært, og alltid under utvikling. Jordmors faglige visdom er en nødvendighet i jordmors yrkesutøvelse, der jordmor vet hvordan denne skal anvendes innenfor faget.

Jordmors profesjonelle kompetanse: Denne sikrer mor og barn forsvarlig helsehjelp, og er basert på praktisk så vel som teoretisk kompetanse. I dette ligger evnen til å være kvinnens advokat, ta beslutninger som gagnar henne, og sette i verk de rette tiltakene til enhver tid. Jordmor skal i alle deler av svangerskaps- fødsels- og barselsforløpet styrke kvinnens mestringsfølelse. Samtidig skal jordmor gi den faglige informasjonen kvinnen trenger som gjør at hun forstår hva som er viktig for å oppnå god helse for både seg selv og barnet.

Jordmors mellommenneskelige kompetanse: Jordmor skal ha evnen til å fremme god kommunikasjon mellom seg og kvinnen, og se på relasjonen de imellom som et partnerskap. Gjennom jordmors kommunikasjonsferdigheter ser hun hvordan man kan skape tillit i relasjonen. Hun danner da et grunnlag for at kvinnen skal se på jordmor som en som vil henne det beste, og som gir av seg selv. Gjennom opparbeidelsen av denne tilliten, gjør det jordmor i stand til å gi kvinnen mestringsfølelse og en opplevelse for kvinnen av å bli sett.

Jordmors personlige og profesjonelle utvikling: Jordmor er i sitt yrke stadig pliktig til å oppdatere seg faglig, både når det gjelder teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. På det personlige plan er det vektlagt at jordmor er i stand til å vurdere sin holdning og væremåte, og tilpasse denne inn i sitt yrke. Hun skal vite hvor hennes kompetanse ikke lenger strekker til, og hvor kompetansen til annet helsepersonell begynner. Hun skal også være bevisst når og hvordan man anvender støtte fra disse ved arbeidskrevende situasjoner (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Den teoretiske modellen belyser godt hvordan ICM også omtaler en jordmors profesjonalitet, både når det gjelder forventninger til utøvelsen av jordmorfaget og de prinsippene som ligger til grunn for denne (International Confederation of Midwives, 2018). ICM er en organisasjon som representerer jordmødre over hele verden. De har utarbeidet retningslinjer for veiledning, utdanning, praksis og forskning i jordmorfaget. ICM definerer jordmor sitt arbeid som et felles samarbeid med kvinnen, der jordmor skal gi støtte, omsorg og råd under svangerskap, fødsel og barseltid. Omsorgen jordmor gir,

innebærer forebyggende tiltak som å fremme normal fødsel, oppdage komplikasjoner hos kvinnen og barnet, samt ha tilgang til nødvendig medisinsk utstyr for å kunne gi nødvendig hjelp. En jordmor kan praktisere sitt yrke i hjemmet, på sykehuset, på helsestasjoner og ellers i samfunnet (International Confederation of Midwives, 2018).

I vår studie har vi fokus på jordmor og hennes erfaringer fra hjemmebesøket i tidlig barseltid. ICM beskriver den kompetansen jordmor her skal tilstrebe. Den innebærer å ha god omsorg for kvinnen og det nyfødte barnet, fremme og støtte amming, behandle og stabilisere oppståtte komplikasjoner for kvinnen og barnet, og samtidig fremme videre tilrettelegging og planlegging for den nybakte familien (International Confederation of Midwives, 2018).

2.4 Kontinuitetsbegreper i utøvelsen av omsorg og kontinuitet i jordmortjenesten

Haggerty et al. (2003) presenterte i sin artikkel en tverrfaglig oversikt over kontinuitetsbegreper i helsepersonell sin utøvelse av yrket. Målet var å få en felles forståelse for konseptet kontinuitet som grunnleggende for et gyldig og pålitelig mål i ulike yrker og utøvelsen av omsorg. Bakgrunnen for dette var at pasienter i helsesektoren ofte opplevde en fragmentert form for omsorg, og at dette ble sett på som ugunstig for kvaliteten på omsorgen som ble gitt. De fant at kontinuitet hovedsakelig ble sett på som forholdet mellom den som gir og den som mottar omsorg. I dette ligger en gjensidig tilknytning der omsorgsmottakeren opplever lojalitet, og omsorgsgiveren har det kliniske ansvaret som ligger i ytelsen av helsehjelpen. To kjerneelementer skilte kontinuitet fra annen type fordeler i helseomsorgen, og satte standarden for tydelige mål for kontinuitetsprinsippet. For at kontinuitet skal kunne eksistere, må det først og fremst eksistere en individuell omsorg, samt at omsorg må være gitt over tid. Etter å ha etablert disse to kjerneelementene, fant forfatterne av studiet at det eksisterte tre typer kontinuitet;

Informasjonskontinuitet forteller om bruken av informasjon for helsepersonell. Ved å informere andre deler av helsetjenesten om viktige aspekter i en persons helse, kan man styrke graden av kontinuitet og gi en bedre kvalitet på omsorgen som blir gitt i hele forløpet.

Organisatorisk kontinuitet viser til at helsetjenestene som gis skal være sammenhengende, tilgjengelige og oversiktlige for pasienten. At omsorgsmottakeren til enhver tid er kjent med planer og oversikter som gjelder egen situasjon innen helseomsorgen, gjør at personen til enhver tid har mulighet til å planlegge og organisere sin hverdag samt være delaktig i sin fremtidige behandling og omsorg. Organisatorisk kontinuitet skaper forutsigbarhet og sikkerhet i den videre omsorgen, både for omsorgsgiveren og omsorgsmottakeren. Den skal samtidig også bidra til fleksibilitet når det kommer til endringer i mottakerens omsorgsbehov.

Relasjonell kontinuitet beskriver det kontinuerlige forholdet mellom omsorgsmottakeren og én eller få omsorgsgivere. Dette forholdet symboliserer ikke bare forbindelsen mellom tidligere og nåværende omsorg, men i tillegg gir den det beste utgangspunktet for fremtidig omsorg. Relasjonell kontinuitet er viktig for omsorgsmottakernes følelse av sammenheng og forutsigbarhet. Omsorgsmottakeren blir gjennom dette forsikret om at deres omsorgsgivere til enhver tid har oversikt over deres journal og hva som har skjedd tidligere i et forløp. I tillegg kjenner omsorgsgiverne de godt nok til å vite hvilket behov

for omsorg mottakerne av helsetjenester har i fremtiden. For omsorgsgiverne gir det tilfredshet i yrket å vite at de innehar nok kunnskap og informasjon om mottakerne av tjenesten til å kunne gi de optimal oppfølging i forhold til behov, og videre sikre god oppfølging av eventuelle andre involverte instanser (Haggerty et al., 2003).

Uavhengig av type kontekst, vil alle former for kontinuitet gi en bedre kvalitet på omsorg (Haggerty et al., 2003).

ICM støtter opp under et kontinuitetsprinsipp i jordmors yrke (International Confederation of Midwives, 2018). I deres globale standard for utdanningen av jordmødre, anerkjenner de en «Midwifery-led Continuity of Care»- modell. Denne omsorgsmodellen fremmer at én eller noen få jordmødre gir omsorg til en kvinne gjennom både svangerskap, fødsel og barseltid. I boka «Midwifery Continuity of Care» av Homer et al. (2019), beskrives flere ulike modeller av kontinuitet innenfor jordmoryrket. Modellene blir praktisert forskjellig i de ulike landene som praktiserer dette, men alle tar utgangspunkt i samme filosofi. Filosofien går ut på at jordmors profesjon skal styrke kvinnen og familien gjennom opparbeidet tillit over tid. Verdien av at en kjent jordmor følger kvinnen gjennom forløpet svangerskap, fødsel og barseltid blir her beskrevet. Den gir kvinnen en mulighet til å bygge relasjon med få jordmødre, primært én jordmor, gjennom hele forløpet. Jordmor får da mulighet til å opparbeide en relasjon med kvinnen gjennom svangerskapsomsorgen, som igjen kan føre til trygghet i fødesituasjon og i tiden etter fødsel for kvinnen (Homer et al., 2019).

3.0 Vitenskapsteoretisk tilnæringsmåte

Vi har valgt fenomenologisk tilnærming, da fenomenologi tar utgangspunkt i menneskers subjektive opplevelse av et fenomen (Kvale et al., 2015). Ved at vi anvender fenomenologi som kvalitativ forskningsstrategi, er målet vårt at informantene selv kan fortelle sin historie, der vi som intervjuere viser tillit til det som blir fortalt. Jordmødres erfaringer med hjemmebesøk vil kunne fremme kunnskap som gir oss en forståelse for deres tanker og meninger. Vi var ikke ute etter en forklaring i studien, men målet var mer en forståelse av det som ble formidlet. Aadland (2011) beskriver at vi som intervjuere bør være fleksible og nysgjerrige på informantene, da kvaliteter bare kan tolkes.

I følge Giorgi (2009) beskrives en fenomenologisk tilnærming som at man som forsker ønsker å finne en forståelse av meningene i enkeltmenneskers erfaringer. Her blir den tyske filosofen og professoren Edmund Husserl (1859-1938) omtalt som fenomenologiens grunnlegger. Fenomenologien som filosofi blir her beskrevet som at man søker å få en forståelse av noe som kan oppleves gjennom sin egen bevissthet. I Wifstad (2018) sine beskrivelser av vitenskapsteori, forklares dette gjennom to sentrale begrep Husserl anvender innen fenomenologi; *mening* og *livsverden*. Ved mening beskrives at det man bevisst ser foran seg, handler om mer enn bare det man fysisk ser. Man legger teori og forutfattede meninger til side, og vår bevissthet intenderer gjenstanden vi observerer. Livsverden er ikke noe fast utgangspunkt, men forklares som menneskers opplevelse av mening, og som noe som ikke kan betraktes på avstand. Vitenskapelige spørsmål blir stilt ut fra vår livsverden, og tar utgangspunkt i hva som opptar oss og engasjerer oss. Dette beskrives som grunnlaget for alle erfaringer vi mennesker gjør oss. Martin Heidegger (1889-1976) videreutviklet fenomenologien gjennom å tilnærme seg den på en kritisk og avdekkende måte. Han fremstilte den som mer enn at man bare skal beskrive et gitt fenomen som man ser foran seg. Målet er at man kritisk skal avdekke fenomenet. Han påpekte at man ikke kan beskrive virkeligheten akkurat sånn som vi ser den foran oss, da kan man overse det som er «tildekket». Han forklarte at utgangspunktet for fenomenologien alltid må være fenomenet, men at det alltid handler om mer enn det man ser. Heidegger beskrev hva «væren-i-verden» betydde for han. Det vil si at mennesket *er*, og beskriver da hvor mennesket er i verden, og på hvilken måte. For å kunne stille spørsmål ved noe, må man være åpen for å prøve å forstå det som blir sagt (Wifstad, 2018).

4.0 Metode

Her gjør vi rede for oppgavens forskningsmetode, og hvordan vi vurderte denne som riktig for vår problemstilling. Videre presenterer vi vår tilnæringsmåte, og hvordan den påfølgende rekrutteringen av informantene foregikk. Deretter gjør vi rede for hvordan datainnsamlingen ble utført, for så å beskrive hvordan vi analyserte det innhentede datamaterialet. Avslutningsvis kommer et avsnitt som omhandler forskningsetikken.

4.1 Kvalitativt design

Vi ønsket i denne studien å undersøke erfaringer, tanker og holdninger hos jordmødre som utfører hjemmebesøk i kommunene, derfor var kvalitativ metode passende. Malterud (2017) omtaler kvalitativ metode som forskningsmetoder hvor man kan beskrive og analysere egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. De kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer som er relevante for den problemstillingen man ønsker å belyse. Ifølge Befring (2020) er empirisk forskning mye brukt i kvalitativ metode, og forskningsmetoden baserer seg først og fremst på intervju og observasjoner. Den kjennetegnes av at samtalen mellom forsker og informant er basert på fri tale og lite formaliteter. Gjennom intervjuene vi foretok, kunne informantene fritt beskrive sine erfaringer med hjemmebesøket. Malterud (2017) påpeker at en av de viktigste kildene til kunnskap om praksisfeltet, er den levende hverdagen. Den gir grunnlag for idéer, samtaler, observasjoner, tolkninger og innsikt fra forskjellige vinkler. Empiriske data er ikke sannheter, men de bidrar gjerne til å åpne for ny kunnskap. Kvale et al. (2015) beskriver at i intervjusamtaler som benyttes i kvalitative forskningsmetoder, får man innsikt i den verdenen informanten lever i. Han eller hun kan gjennom et intervju hjelpe forskeren å skape en bedre forståelse av, og mening med, et bestemt tema. Et forskningsintervju skaper en utveksling mellom intervjueren og informanten om et tema som er av stor interesse for dem begge.

4.2 Forforståelse

Før oppstart av studien undret vi oss over om jordmødre i forskjellige kommuner hadde like erfaringer med hjemmebesøket, og hva som eventuelt kunne være ulikt i deres opplevelser. Vi har begge vært i praksis i primærhelsetjenesten, og der vært deltakende på flere hjemmebesøk. Her startet vår interesse for å finne ut mer om jordmødrenes erfaringer og opplevelser med hjemmebesøket. Vi observerte i praksis at jordmødrene var opptatte av å få gjennomført hjemmebesøkene. Innimellom var det travle tider for jordmødrene, og da hendte det at helsesykepleier var den som kom først hjem til barselkvinnene. Våre veiledere i praksisperioden fortalte at de opplevde det nyttig å kunne dra til samme kvinne på hjemmebesøket som de hadde hatt gjennom svangerskapet. Våre opplevelser i praksis var at barselkvinnene uttrykte stor glede av å treffe igjen sin jordmor når vi deltok på deres hjemmebesøk. Som forskere var det viktig å være bevisst vår egen forforståelse inn i studiens oppstart, slik at vi ikke stod i fare for å la denne begrense oss gjennom arbeidet med studien. Gadamer (2013) og Malterud (2017) omtaler forforståelsen som at denne kan bidra til økt motivasjon for å finne ut mer om et gitt tema, mens den på en annen side kan føre til at man går inn i prosjektet med en begrenset mulighet til å se alle aspekter i studien. Forforståelse er forutsetninger og erfaringer forskerne har med seg inn i studien, og utgjør en del av grunnlaget for å kunne tolke funnene.

4.3 Utvalg og rekruttering

Vi vurderte strategisk utvalg av informanter som riktig for vår studie. Ifølge Malterud (2017) velger man gjennom et strategisk utvalg informanter som best kan gi oss den informasjonen vi ønsker, sett i lys av den aktuelle problemstillingen. Vi rekrutterte informantene ved å kontakte kommuner hvor primærhelsetjenesten tilbød hjemmebesøk ett til tre døgn etter hjemkomst fra fødestedet. Dette gjorde vi gjennom tidligere kjennskap til enkelte kommuner, samt at vi søkte etter andre kommuner som hadde tilbud om hjemmebesøk av jordmor i primærhelsetjenesten. Vi kontaktet helsestasjonene, og sendte et informasjonsskriv til disse (Vedlegg nr. 2). Etter rekrutteringen av alle informantene, avtalte vi tid og sted for alle intervjuene. Informantene i studien representerte fem kommuner innenfor et gitt geografisk område, med til sammen sju informanter. I følge Malterud (2017) er det mest hensiktsmessig å bestemme antall deltagere i en studie ut fra graden av informasjonsstyrke i utvalget. Det vil si at i kvalitative studier er det ikke alltid nødvendig med et høyt antall deltagere for å oppnå en større grad av informasjonsstyrke. I kvalitative studier kan det av og til ha motsatt effekt, da for mange deltagere kan føre til et uoversiktlig datamateriale som kan gjøre analysen overfladisk. Det viktigste er at hver informant bidrar med rikholdig innhold knyttet til problemstillingen.

Inklusjonskriteriene i vår studie var jordmødre som jobbet i primærhelsetjenesten og utførte hjemmebesøk til barselkvinner ett til tre døgn etter hjemkomst fra fødestedet. I tillegg så vi det som viktig at informantene behersket det norske språk, slik at det ikke var fare for språklige misforståelser. Eksklusjonskriteriet var de som hadde mindre enn seks måneders arbeidserfaring, da vi vektla erfaring som viktig for at informantene bedre kunne uttale seg om hjemmebesøket og gjennomføringen av dette.

4.4 Datainnsamling og transkribering

Intervjuene i studien er utført som semistrukturerte intervju bortsett fra det ene, som ble utført med to informanter til stede. Intervjuene ble transkribert i etterkant.

4.4.1 Semistrukturerte intervju

Vi valgte semistrukturerte intervju fordi vi ønsket å få mest mulig utdypende informasjon fra alle informantene. Slik vi tolker Kvale et al. (2015) er det i denne type intervju ikke helt definerte spørsmål informantene må svare på, men intervjuformen kan gi rom for mer samtale rundt hvert spørsmål. Intervjuformen er ment for å gi informanten mulighet til å fortelle om opplevelser og holdninger i sin livsverden. Det vil si at levende kunnskap for informanten er det som skal utforskes, og forskeren skal prøve å forstå verden fra informantens ståsted.

Vi utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg nr.3) før gjennomføring av intervjuene. De ble benyttet som et godt hjelpemiddel gjennom denne prosessen. Malterud (2017) beskriver at en intervjuguide med fordel kan revideres underveis i datainnsamlingen, etter hvert som forskeren lærer mer om hvor fokus bør konsentreres. Vi startet med en intervjuguide på fem spørsmål. Etter samtaler oss imellom og gjennom veiledningssamtaler, kom vi til slutt frem til en intervjuguide med tre åpne spørsmål, der vi vurderte spørsmålene dithen at det var rom for fri tale for informanten. Vi kvalitetssikret spørsmålene ved å ha noen delspørsmål klare under hvert av de tre spørsmålene i intervjuguiden, slik at vi hadde mulighet til å lede informanten tilbake til tema dersom vedkommende skulle bevege seg vekk fra det. Til slutt i intervjuet åpnet vi opp for at informanten kunne tilføye ytterligere informasjon om temaet. Det er ifølge

Kvale et al. (2015) viktig at spørsmålene i en intervjuguide er formet slik at de gir rikholdige svar på den problemstillingen vi har i studien. Dette tilstrebet vi gjennom vår utforming av intervjuguiden.

Intervjuene gjennomførte vi høsten 2021. Ett av intervjuene foregikk på et nøytralt sted, mens de resterende ble gjennomført ved de respektive helsestasjonene. Hvert intervju varte mellom 40 - 60 minutter, inkludert intervjuet med to informanter til stede.

4.4.2 Transkribering av innhentet materiale

Vi benyttet en lydopptaker under våre intervju. Ifølge Kvale et al. (2015) er lydopptak et godt hjelpemiddel for at intervjueren kan fokusere på både det verbale og ikke-verbale uttrykkene i intervjuet. Lydopptak er den første abstraksjonen i analyseprosessen av intervjuet, der hvor kroppsspråk kan gå tapt. Stemmeleie og kroppsspråk beskrives som vanskelig for en leser å fange opp dersom personen ikke var der under intervjuet. Ved videre transkripsjon får man heller ikke med andre ikke-verbale uttrykk, og det skjer en ny abstraksjon av materialet. Lydopptakene under våre intervju, vurderte vi til å være av god kvalitet. Vi hørte godt det som ble sagt og det var lite forstyrrelser underveis i intervjuene.

Intervjuene transkriberte vi verbatim, som vil si å gjøre muntlig tale om til konkret tekst. Ifølge Kvale et al. (2015) gjør dette at man får en bedre oversikt over det innsamlede datamaterialet, og det blir mer tilgjengelig for videre arbeid og analyse. Vi transkriberte hvert intervju snarest mulig etter gjennomføringen, da vi fremdeles hadde intervjuene friskt i minnet. Malterud (2017) beskriver at transkripsjonen skal ivareta det opprinnelige materialet best mulig fra erfaringer og meninger som ble formidlet fra deltagerne under datainnsamlingen.

4.5 Analyse

Etter datainnsamlingen organiserte vi materialet og gjorde det tilgjengelig for analyse. Analysen er basert på Malteruds beskrivelse av systematiske tekstkondensering (STC), som er en analysemetode egnet for kvalitative data (Malterud, 2017). Analyseformen bygger på en *induktiv* tilnærming med et mål om å utvikle kunnskap om det aktuelle temaet. Her er man opptatt av at det hver informant formidler, skal kunne fortolkes og abstraheres og bli til mer allmenn kunnskap. STC er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse, men krever ikke at forskeren har filosofisk kompetanse. Inspirasjonen baseres på en felles oppfatning av at subjektive livserfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap (Malterud, 2017).

Ifølge Malterud (2017) skal man i analyseprosessen arbeide *iterativt*. Dette betyr at det under analysen av et innsamlet datamateriale, kreves at forskeren stadig vurderer og reflekterer over arbeidet som gjøres. Vi ønsket i analyseprosessen å oppnå størst mulig kjennskap til innsamlet materiale. Underveis minnet vi stadig oss selv på vår problemstilling, slik at vi kunne vurdere om datamaterialet vi hadde samlet, var relevant. Samtidig var det viktig for oss at vi gjennom analysens trinn gikk frem og tilbake i tekstmaterialet. Da kunne vi se om dette ga oss ny kunnskap på feltet, annet enn det tidligere forskning og vår egen forforståelse kunne. Vi har fulgt Malteruds (2017) trinnvise analyseprosess, og denne er delt inn i fire trinn:

1. Helhetsinntrykk
2. Meningsbærende enheter
3. Kondensering

4. Syntese

Trinn 1: I første trinn fikk vi et helhetsinntrykk av teksten, slik at vi ble godt kjent med innholdet. Her la vi vekk vår forforståelse og vår teoretiske referanseramme. Malterud (2012) påpeker at man på denne måten kan være åpen for inntrykk som materialet kan frembringe. Vi leste hver for oss alt datamaterialet, og vi markerte deretter de områdene som utpekte seg. Vi sammenfattet så det vi begge hadde funnet, for å se om vi hadde oppfattet innholdet likt. Sammen oppdaget vi da at det dannet seg åtte foreløpige tema som belyste vår problemstilling: Avslutningen av og kontinuiteten i omsorgen, tid, amming, ressurser, faglig fokus, psykisk helse i svangerskap og barseltid, mening i jordmoryrket, og partners rolle. Ifølge Malterud representerer disse foreløpige temaene et første intuitivt utkast i materialets organisering.

Trinn 2: Her identifiserte vi meningsbærende enheter for å konsentrere oss om det vi anså som relevant materiale for vår studie. De meningsbærende enhetene i teksten kunne sammen begynne å ta form som *kodegrupper*. Malterud (2017) omtaler denne prosessen som koding, da den fungerer som en systematisering og identifisering av alle enhetene som er funnet. Kodegruppene ble inspirert av navnene på våre tema funnet innledningsvis. Underveis i prosessen dukket det opp tekst som passet inn i flere av kodegruppene, og vi valgte da hvilke kodegrupper disse passet best til. Ulike kodegrupper ble slått sammen, og dermed kunne vi redusere de foreløpige temaene fra trinn 1.

Trinn 3: Her ble de meningsbærende enhetene identifisert og kodet, gjennom å abstrahere informasjonen vi kom frem til i trinn 2. Enhetene ble deretter sortert i kodegrupper. Alt tekstmateriale ble da kondensert til tre kodegrupper med hver av de inneholdende meningsbærende enheter. Disse kodegruppene delte vi så inn i to subgrupper hver, som ga oss et bilde på hvilke hovedaspekter i kodegruppen data best kunne fortelle om. Deretter laget vi kondensat, et kunstig sitat, til hver av subgruppene. Disse gruppene ble analyseenheten videre i den systematiske tekstkondenseringen. Her skrev vi kondensatet i *jeg*-form. Dette uttrykte en sum av informantenes stemmer om det fenomenet som subgruppen fortalte noe om. I tabell 1 ses et eksempel på hvordan vi løste utformingen fra meningsbærende enheter til kodegrupper og subgrupper i resultat kategorien «*Kort barselopp hold gir økt behov for individuell ammeveiledning i hjemmet*». Tabellen viser kun et utvalg av alle meningsbærende enheter vi hadde i hver kategori.

Meningsbærende enheter	Subgrupper	Kodegruppe
«Også ser vi ofte på ammesekvens, det gjør vi ofte. I og med at det er så kort liggetid så tilbyr vi ofte ammehjelp. Det er kanskje det det oftest er fokus på. Det er ammehjelp!»	Barseloppholdet er kort – de kommer tidlig hjem	Behov for ammeveiledning
«De reiser jo hjem på verst tenkelige dagen, på dag 2-3. Hvor hormonene er ute og kjører, den aller, aller mest sårbare dagen reiser de hjem på.»		
«Av og til bruker vi veldig mye tid på amming. Veldig mange kommer hjem fra barsel og er sår og melken har ikke kommet ordentlig i gang enda.»		
«Du er på hundre hjemmebesøk til hundre forskjellige damer og barn, som trenger forskjellig! Så i noen hjemmebesøk, der driver du nesten bare med ammeveiledning for det er DET mor trenger.»	Individuell tilpasning	
«Vi kan ikke være til stede ved hver amming, men jeg visste at hun hadde behov for mye mer hjelp enn det jeg kunne gi der og da.»		
Det er så lite som skal til for å løfte de over kneika når de er usikre og ikke har troen på at de skal få det til. Da har jeg hatt lyst til å være der for de hele tiden egentlig.»		

Tabell 1: Oversikt over en kodegruppe med tilhørende subgrupper og meningsbærende enheter.

Trinn 4: Her satte vi alle delene sammen igjen i en *rekontekstualisering*. Funnene våre ble sammenfattet og ga grunnlag for nye beskrivelser som kunne deles med andre. Vi vurderte her om resultatene fremdeles representerte vårt opprinnelige materiale på en gyldig måte. Deretter laget vi analytiske tekster for subgruppene. Våre analytiske tekster fikk tilhørende *gullsitat*. Malterud (2017) beskriver et gullsitat som et sitat som representerer en dekkende illustrasjon av hovedfunnene fra analyseprosessen. De analytiske tekstene ga grunnlaget for de tre resultatkategoriene vi til slutt satt igjen med. Her ble subgruppene representert, og de har fått flere gullsitat. Tabell 2 viser en oversikt over kodegruppene vi har kommet frem til, og tilhørende subgrupper. Disse blir utdypet i resultatkapittelet.

Kode-Grupper	Kontinuitet i forløpet	Behovet for ammeveiledning	Tid og ressurser
Sub-grupper	Jobbtilfredshet og avslutning av relasjonen	Barseloppholdet er kort – de kommer tidlig hjem	Tidsperspektiv og ressurser skaper utfordringer
	Avdekke endringer og bekreftelse på det normale	Individuell tilpasning	Støy forstyrrer faglig fokus

Tabell 2: Oversikt over kodegrupper med tilhørende subgrupper.

4.6 Forskningsetikk

Ifølge generelle forskningsetiske retningslinjer utviklet av De nasjonale forskningsetiske komitéene, skal forskeren blant annet sørge for at deltakerne i studien blir godt informert om frivilligheten og konfidensialiteten i deltagelsen. I tillegg skal et informert samtykke om deltagelsen alltid inkluderes (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019a). Kvale et al. (2015) beskriver at et informert samtykke betyr at de som deltar i forskning alltid skal ha informasjon om formålet med den. I tillegg skal de vite om eventuelle fordeler og risikoer ved deltagelsen, og til enhver tid være klar over at de har rett til å trekke seg fra prosjektet. Vi informerte muntlig og skriftlig informantene i vår studie om at de til enhver tid hadde mulighet til å trekke seg fra studien. Vi innhentet i tillegg skriftlig samtykke av alle informantene, og disse oppbevares konfidensielt. Malterud (2017) beskriver at deltakerne i en studie skal kunne kjenne seg trygge på at alt materialet blir ivaretatt slik at personvern og anonymitet blir opprettholdt gjennom hele studien. Vi laget fiktive navn til sitatene i resultatdelen for å ivareta personvern og anonymitet.

I de forskningsetiske retningslinjene for medisin og helsefag, er det beskrevet at innhentet datamateriale skal lagres forsvarlig og slettes i henhold til gjeldende lover og forskrifter (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019b). Lydopptakene som ble benyttet under våre intervju, ble lagret på NICE-1, et sikret fillagringsprogram. De ble deretter slettet fra lydopptakeren slik at datamaterialet ble oppbevart i henhold til forskriftene. Transkripsjonsfilene fra lydopptakene ble lagret på samme sted. Alt datamateriale i forbindelse med denne studien, vil bli slettet etter gjeldende retningslinjer ved NTNU. Vi kontaktet NSD (Norsk senter for forskningsdata) i starten av studien, og de godkjente prosjektet før vi startet intervjuene (ref.nr. 777735) (vedlegg nr. 1).

5.0 Resultat

Vi kom frem til tre hovedkategorier etter analyseringen av datamaterialet. De representerte meninger, opplevelser og erfaringer fra alle informantene. Kategoriene ble utgangspunktet for vår resultatdel: «Kontinuitet i forløpet svangerskap og barseltid» med underkapitlene «Kontinuitet gir jobbtilfredshet og en god avslutning av relasjonen» og «Kontinuitet – en mulighet til å avdekke endringer og bekrefte det normale». Deretter følger «Kort barselopphold gir økt behov for individuell ammeveiledning i hjemmet», og til slutt «Jordmor på hjemmebesøk - et spørsmål om tid og ressurser».

5.1 Kontinuitet i forløpet svangerskap og barseltid

5.1.1 Kontinuitet gir jobbtilfredshet og en god avslutning av relasjonen

Jordmødrene fortalte at de gledet seg til å treffe barselkvinnen på hjemmebesøket. De var nysgjerrige på å høre hvordan fødselen hadde gått, ettersom de hadde fulgt barselkvinnene gjennom et helt svangerskap og fått kjennskap til mors tanker om den forestående fødselen. Jordmødrene erfarte at det var godt å vite at alt hadde gått bra. De opplevde også gode hjemmebesøk der partner var til stede. De fortalte at de ikke alltid traff partneren i svangerskapet, kanskje bare på én av svangerskapskontrollene. De opplevde at partner kunne ha en annen oppfatning av fødselen enn kvinnen. Her fikk partner også mulighet til å fortelle sin fødselshistorie. Hjemmebesøket ga i tillegg jordmødrene en gylden mulighet til å observere samspillet i familien, og jordmødrene bemerket hvordan mor ofte ble tryggere når partner var til stede.

«Det er en veldig fin avslutning egentlig, det å dra på hjemmebesøk. Det å få møtt familien etter at babyen kommer til. Å møte far, at far er, at både mor og far er på hjemmebesøket. Du får en fin avslutning på oppfølgingen da.» - Ingrid

Jordmødrene opplevde at behovet for en individuell oppfølging av barselkvinnene var viktig ved hjemkomst fra fødestedet. De fortalte at et kort barselopphold bidro til dette. Jordmødrene fortalte at før organisering av hjemmebesøk var på plass i kommunen, opplevde de at kvinnes journaler var mangelfulle når det kom til informasjon om deres fødsel og barseltid.

«Hva er det siste notatet jeg har da, det er i uke 40! Vet ingenting, ingenting om fødselen, ingenting om babyen, ingenting om mor, hvordan ble det? Helt tomt! Og det ser jeg jo nå, at det er jo et stort, svart hull der. Og det hullet har vi tettet igjen nå, sant! Det skaper en sånn helhet da, som er veldig fin. Som vi ikke hadde før. Vi gikk glipp av nesten det fineste.» - Mia

Det hendte at jordmødrene måtte dra på hjemmebesøk til en kvinne de ikke kjente fra svangerskapet, noe de opplevde kunne være til hinder for å ha mulighet til best mulig oppfølging. Det kunne være flere grunner til at jordmor ikke hadde kjennskap til kvinnen fra før, blant annet nyinnflyttede familier til kommunen, eller ferieavvikling for den jordmoren som hadde fulgt kvinnen i svangerskapet. De erfarte at hjemmebesøket likevel var viktig å gjennomføre på grunn av at jordmor kunne tilføre barselkvinnen nyttig kunnskap og støtte i barseltiden.

«Jeg skulle ønske at jeg hadde vært der selv, men så tenker jeg at det er så utrolig bra at min kollega gir dem den tryggheten, ikke sant?» - Maren

Jordmødrene erfarte at kontinuitet i oppfølgingen var viktig, og at tilbudet om hjemmebesøk skulle gjelde alle barselkvinner. De påpekte at det i noen kommuner ikke

ble gitt tilbud om hjemmebesøk dersom kvinnene hadde hatt et lengre barselopphold. Det ble da sett på som at barselkvinnen allerede hadde fått den hjelpen hun trengte på sykehuset, og med dette ikke hadde behov for videre oppfølging. Men jordmødrene i vår studie mente det i disse tilfellene kunne være positivt for kvinnen å ha noen å prate med ved hjemkomst, en jordmor som kjente til hennes tidligere forløp.

«Vi tenker at hjemmebesøk er hjemmebesøk når de kommer hjem fra sykehuset, uavhengig av tidspunktet de kommer hjem da» - Sara

Jordmødrene erfarte hjemmebesøket som en god avslutning på oppfølgingen av kvinnen. De beskrev at det var viktig for de å sette punktum for relasjonen. De fortalte også hvor verdifullt de opplevde det var når kvinnen kunne snakke om fødselen med en jordmor de kjente fra før. Jordmødrene erfarte at når kvinnen hadde fått fødselen litt på avstand, bidro dette til en god fødselssamtale. De opplevde at kvinnens forventninger til fødselen og opplevelsen av denne, var viktig å prate om i etterkant uavhengig av hvordan fødselen hadde forløpt. Jordmødrene fortalte at den faglige helsehjelpen og helsefremmende oppfølgingen de her ga barselkvinnene, ga de yrkesstolthet og en mestringsfølelse.

«Det er helt fantastisk å få sette et sånt avsluttende punktum. Og å få snakke gjennom fødselen, det tenker jeg er veldig viktig.» - Rakel

5.1.2 Kontinuitet – en mulighet til å avdekke endringer og bekrefte det normale

Jordmødrene påpekte hvordan den opparbeidede relasjonen til kvinnen, og kontinuiteten i oppfølgingen, ga de en mulighet til å avdekke endringer som hadde oppstått etter fødsel. De fortalte at de da enklere kunne involvere andre relevante instanser i helsetjenesten. Psykisk helse var et ofte nevnt tema blant jordmødrene. De erfarte at når de åpnet opp for samtale omkring dette under svangerskapskontrollene, var det flere kvinner som ønsket å snakke om ulike temaer knyttet til psykisk helse. Dette opplevde jordmødrene som et godt grunnlag for videre oppfølging av psykisk helse også etter fødsel. En jordmor fortalte at hun hadde avdekket nyoppstått depresjon hos en barselkvinne ved hjemkomst fra sykehuset. Hun kjente ikke igjen kvinnen som åpnet døren foran henne; kvinnen hadde forandret seg fra svangerskapet på en måte som ga jordmor tydelige signaler om at kvinnen ikke hadde det bra psykisk. Da fortalte jordmoren at hun raskt kunne koble barselkvinnen på psykisk helsehjelp, og på denne måten bidra til å bedre ivareta hennes videre barseltid.

«Hvis jeg ikke hadde truffet henne i svangerskapet, så hadde jeg ikke sett det, ikke sant?» - Mia

Jordmødrene fortalte at de kunne oppdage fysiske plager hos kvinnen eller barnet på hjemmebesøket. En jordmor fortalte at hun ved ett tilfelle avdekket kraftig blødning hos barselkvinnen, som resulterte i at jordmoren sendte kvinnen tilbake til sykehuset for en utredning. Det viste seg at kvinnen hadde placentarrest og blødde ytterligere på sykehuset. Jordmor erfarte at dette hjemmebesøket hjalp henne til å kunne avverge et lengre sykdomsforløp for barselkvinnen, og så hvor viktig det var at dette ble oppdaget på hjemmebesøket.

«Hun hadde kunnet blitt veldig dårlig, veldig fort» - Sara

Jordmødrene fortalte at de ved noen hjemmebesøk hadde avdekket gulsott hos barnet. De erfarte at de ved å komme hjem til kvinnen ett til tre døgn etter hjemkomst, lettere

kunne oppdage typiske tidlige symptomer på denne tilstanden. Ved én helsestasjon hadde de mulighet til å måle bilirubin på barnet slik at de kunne melde det videre til barselavdeling for en vurdering av videre tiltak. Jordmødrene fortalte at de gjennom å bruke sin fagkunnskap til å avdekke komplikasjoner hos barnet eller kvinnen, ofte kunne kjenne på ansvaret jordmor har på hjemmebesøket i tidlig barseltid.

«Vi har kommet litt for seint, det har gått en uke av ulike grunner, der barnet ikke hadde så typiske tegn, MEN han var knallgul! Så han ble sendt inn på nytt, og målt ny bilirubin, og ble lagt i lys, etter så lang tid. Og det er sånne ting vi kan fange opp.» - Sara

Jordmødrene fortalte at de ved hjemmebesøkene la stor vekt på å få gitt bekreftelse på det normale til barselkvinnene. Jordmødrene erfarte at mange av barselkvinnene kunne tenke at tilstander ved seg eller sitt barn etter fødselen, var unormale. De kunne oppleve at kvinnen ikke visste hva barseltårer var, hvorfor de gråt selv om alt tilsynelatende hadde gått bra. Jordmødrene erfarte at amming og tilknytning til det nye barnet også var noe kvinnene kunne være usikre på. Jordmødrene opplevde at de bidro til en større grad av trygghet der de snakket åpent med kvinnen om dette. Det ga jordmødrene en tilfredshet og tilla hjemmebesøket ytterligere mening å kunne bruke av sin fagkunnskap til å normalisere barseltiden.

«Det å si at det her er helt greit at du føler det sånn, det her blir bedre, og at de så blir lettet og glad når de får tillatelse til det på en måte» - Ane

5.2 Kort barselopphold gir økt behov for individuell ammeveiledning i hjemmet

Jordmødrene avdekket ofte store behov for ammeveiledning og informasjon i hjemmet hos barselkvinnene, og fortalte at veiledningen var noe barselkvinnene ønsket hjelp til. Jordmødrene opplevde at kortere barselopphold økte behovet for hjelp til ammingen. De erfarte at det var mye spørsmål fra kvinnene på hjemmebesøket i de tilfellene de ikke hadde fått tilstrekkelig med informasjon om ammingen før de dro hjem.

«Av og til bruker vi veldig mye tid på å snakke om amming og veilede dem. Det er mange som har kommet hjem fra barsel og er både sår og melken har ikke kommet helt i gang. Kjempefortvilte!» - Ingrid

Jordmødrene fortalte også at ammeveiledningen de ga barselkvinnene, dannet grunnlaget for helsesykepleiers videre oppfølging av denne. Dersom jordmor på forhånd satte av en time til hjemmebesøket, kunne hele denne timen gå med til ammeveiledning. Ofte kunne dette også bero på at barselkvinnene ikke nødvendigvis uttrykte behov for hjelp med ammingen. Jordmor kunne likevel oppdage utfordringer gjennom ammeobservasjonen, og da gi god faglig veiledning. Jordmødrene fant det best å sette hjemmebesøket til slutten av dagen, slik at de kunne være fleksible på tid dersom ammeveiledningen gikk ut over den oppsatte timen. Jordmødrene fortalte at om de var på hjemmebesøk og så at de kanskje måtte være en halvtime ekstra, så gjorde de det. For den lille ekstra innsatsen kunne være det som utgjorde den store forskjellen.

«I og med at de har så kort liggetid nå, så tilbyr vi ofte ammehjelp. Det er det det kanskje er mest fokus på ved hjemmebesøket.» - Rakel

Jordmødrene erfarte at kvinner med ammeutfordringer kunne ønske at jordmor hadde mulighet til å komme ved hver ammesekvens. Jordmødrenes erfaringer tilsa at en ammeobservasjon på hjemmebesøket burde tilstrebes hver gang, da noen kvinner kunne ha god ammeerfaring fra tidligere, men likevel ha behov for ammeveiledning med det

nye barnet. De opplevde at det handlet om å møte kvinnene der de var, slik at de fikk hjelp på sitt nivå.

«De trengte jo hjelp. Og de var så motiverte for å klare det. Jeg tror jeg var der to turer til etter første hjemmebesøk, og det løsnet ... helt fantastisk!! Vi vil jo at ammingen skal fungere. Og de er så takknemlige.» - Maren

Jordmødrene fortalte at de snakket mye om amming i svangerskapskontrollene også, og dette var noe de ønsket å følge opp på hjemmebesøket. De belyste at ved ammeutfordringer var det viktig å få lagt en plan for det neste døgnet. Ved store ammeproblemer tilstrebet jordmødrene å gjennomføre mer enn ett hjemmebesøk, eller at kvinnen kom til helsestasjonen for veiledning.

«Det å få vært der tidlig, og tidlig på og gitt de rådene du skal og veiledningen du skal. Jeg tror vi sparer foreldrene for masse tårer og bekymringer ...» - Ane

5.3 Jordmor på hjemmebesøk – et spørsmål om tid og ressurser

Jordmødrene erfarte at mye kunne være uavklart angående barselkvinnen når de kom på et hjemmebesøk, eller nye behov kunne dukke opp etter at kvinnen var kommet hjem. De erkjente at hjemmebesøket hadde en viktig rolle når det kom til nødvendig oppfølging etter fødsel. Å supplere informasjon som var gitt ved fødestedet eller gi ulike typer veiledning til barselkvinnen, så de på som faglig viktig og en nødvendighet for å kunne gi god barselomsorg. Her brukte jordmødrene ordet «tid», der noen fortalte at de stort sett hadde tid til hjemmebesøket, mens enkelte sa de alltid hadde tid til hjemmebesøket.

«I forhold til nasjonale retningslinjer så SKAL vi tilby hjemmebesøk ett til tre døgn etter hjemkomst. Og det klarer jo vi å få til.» - Rakel

Jordmødrene fortalte at det enkelte dager kunne være vanskelig å få gitt tilbudet om hjemmebesøk til alle barselkvinnene av forskjellige grunner. Dette gjorde at de måtte prioritere hvem som skulle få hjemmebesøk. Jordmødrene snakket også om hvilke muligheter de hadde til å dra på mer enn ett hjemmebesøk til de mest sårbare mødrene og familiene. Dette dreide seg ofte om tilfeller med ammeproblemer, psykiske problemer eller rus. Jordmødrene fortalte at hjemmebesøket innimellom kunne være vanskelig å gjennomføre grunnet tidsperspektiv, men de tilstrebet tid til flere enn ett hjemmebesøk om mulig.

«Jeg har dratt på oppfølgingsbesøk sammen med helsesykepleier også, i tilfeller hvor jeg har tenkt det er fornuftig at flere ser saken med flere forskjellige øyne» - Kristin

Jordmødrene fortalte at det var særlig i de tilfellene det var sykdom blant ansatte eller for få ansatte i utgangspunktet at tiden ble en utfordring for gjennomføringen av besøket. De påpekte at dette problemet var størst om sommeren i ferieavviklingen. En jordmor fortalte at hun syntes dette var en utfordring gjennom hele året. Hun påpekte at tiden til å kunne dra på hjemmebesøk ofte var så knapp, at hun stadig tenkte på at det kanskje var bedre å kutte hjemmebesøket helt. Dette av frykt for å ikke kunne gjøre en god nok jobb om hun hadde dratt dit, eller at det ville gå på bekostning av andre oppgaver i yrket.

«Jeg synes ressursene er knappe når jeg ser hva jeg må rekke innenfor den tidsrammen jeg har. Hvis man må gjøre prioriteringer så er det lettere å velge

svangerskapsomsorgen der jeg får unna tre, fire damer på den tida det tar å ta ett hjemmebesøk!» - Kristin

Jordmødrene snakket også om hvordan lang reisevei til barselkvinnen kunne skape utfordringer med tanke på tid til gjennomføring av hjemmebesøket. Det hendte at de da måtte be barselkvinnen komme til helsestasjonen for å sikre oppfølgingen hun hadde krav på. Jordmødrene fortalte at dersom de ikke hadde ressurser eller tid nok, var alternativet å ta en telefon til barselkvinnene for å høre om jordmor skulle komme på hjemmebesøk, eller om de kunne komme noen dager senere enn det retningslinjene tilsa. Jordmødrene påpekte her at ingen andre enn henne med den kunnskapen hun innehar, samt kjennskapen til barselkvinnens historie gjennom svangerskapskontrollene, var bedre egnet til å vurdere og observere mor i tidlig barseltid. Likevel måtte jordmødrene i noen tilfeller avtale med helsesykepleierne om at de tok hjemmebesøket for jordmor.

«Når jordmor ikke har mulighet til å dra på det første hjemmebesøket av ulike årsaker, så ordner vi med en avtale om at helsesykepleieren tilbyr et hjemmebesøk før oss.»

- Maren

Jordmødrene fortalte at typiske utfordrende hjemmebesøk var i hjem der det var mye støy og forstyrrelser. Tv eller radio med høyt volum, eldre søsken, besteforeldre og venner på besøk bidro til at det faglige fokuset kunne falle bort, og det ble ikke så godt besøk som jordmor hadde håpet. Jordmødrene ønsket at barselkvinnen og de selv hadde felles fokus ved hjemmebesøket, og opplevde det som uheldig dersom dette ikke ble prioritert. Det hendte at jordmor måtte si ifra om at partner måtte ta seg av eldre søsken på hjemmebesøket, eller be besøkende om å dra, for å bedre kunne ha fokus på barselkvinnen og utbyttet av hjemmebesøket. Jordmødrene fortalte at det hendte de dro fra et slikt hjemmebesøk og kjente på at de kunne ha gjort mer for kvinnen.

«Selv om jeg er i hjemmet til noen, så har jeg spurt om besøket kan gå. Jeg får ikke gjort jobben min, jeg får ikke til å spørre om alt jeg tenkte.» - Ingrid

6.0 Metodediskusjon

Ut fra vår fenomenologiske tilnærming har vi fått en forståelse av hva våre informanter erfarte. Vi tenker den derfor som best egnet for vår studie. Vi så på det som en styrke for vår studie å velge en kvalitativ tilnærming. Studien vår tilsa at jordmødrene våre både kunne og var ment til å fortelle om sine erfaringer, og at det var disse som lå til grunn for vår videre analysering av innhentet datamateriale.

Vi har underveis vurdert validitet slik at vi hele tiden har kunnet ta stilling til om metoden og de resultatene den ga oss, gjenspeilet problemstillingen vår. Det gjorde vi ved å vurdere om innholdet i intervjuene ga oss gyldige svar. Spørsmålene som ble stilt i intervjuene var avgjørende for om svarene som ble gitt kunne vurderes som gyldige, og dermed gi oss ny kunnskap. Kvale et al. (2015) beskriver at ved å vurdere validitet i en metode, finner man ut om metoden man har valgt å anvende, er egnet til å undersøke det den faktisk skal undersøke. Videre beskrives validitet i en intervjusituasjon som hvor troverdig intervjupersonen blir vurdert, samt hvordan kvaliteten er på intervjusettingen og spørsmålene.

Ved *intern validitet* beskriver Malterud (2017) at man må spørre seg om hvorvidt metoden man brukte, ga gyldighet til de svarene som ble gitt innenfor forskningsmetoden som ble brukt. Den interne validiteten står i fare for å bli svak dersom forskeren har brukt feil kartleggingsverktøy i forhold til det formålet forskningen hadde. Intern validitet er sterk i en studie dersom prosessen i forarbeid og analysedel er god. Vi så på det som en styrke at intervjuguiden vi utarbeidet hjalp oss med å få informantene til å dele erfaringer og opplevelser om hjemmebesøket. Vi så også på det som en styrke å ha jobbet oss grundig gjennom analyseprosessen. Dette gjorde at vi kunne fremstille resultatene så troverdig som mulig i forhold til det opprinnelige datamaterialet vi hadde innhentet.

Vi vurderte *ekstern validitet* i studien. Denne omhandler hvorvidt resultatene og funnene er overførbare til andre sammenhenger enn vår egen studie (Malterud, 2017). Slik vi tolker Malterud, kan det være vanskelig å generalisere kunnskap fra forskning til å gjelde under alle omstendigheter. I kvalitative studier handler den eksterne validiteten mange ganger om utvalget knyttet til studien. Samtidig sier Malterud at det i en kvalitativ studie finnes mange forskjellige versjoner av kunnskapen. Funnene fra vår studie tenker vi har bidratt til ny kunnskap om temaet. Dette ser vi på som en styrke. Våre undersøkelser og søk etter kunnskap på dette feltet i forkant, viste at det ikke eksisterte mye forskning på jordmors erfaringer og opplevelser av hjemmebesøket fra før av.

Vi har fokusert på å reflektere i alle ledd i studien, fra valget av kvalitativ metode til ferdig analyse og resultat. Slik vi tolker Malterud (2017), skal en forsker kontinuerlig i prosessen vurdere fremgangsmåter og konklusjoner kritisk, dette kalles *refleksivitet*. Vi fant særlig at refleksiviteten var viktig i vurderingen av valg av metode, og ved betydningen av forforståelsen vår opp mot valg av problemstilling, innhenting av datamateriale, og analysen. Vi har gjennom hele forskningsprosessen jobbet med å se hvor og hvordan forforståelsen og den teoretiske referanserammen kunne settes i sammenheng med materialet. Vi har vært bevisste på å ikke la vår forforståelse påvirke datamaterialet i for stor grad. Likevel ser vi styrken med å ha en forforståelse, da denne har hjulpet oss til å bedre forstå innholdet i vårt datamateriale. Den teoretiske referanserammen har også vært viktig for oss i arbeidet med analyseringen av resultatene. Vi opplevde da at vår teoretiske referanseramme var et godt hjelpemiddel i arbeidet mot det ferdige resultatet og diskusjonen.

I vår studie erfarte vi at intervjuene ga oss høy informasjonsstyrke, og vi oppdaget etter hvert at hver av informantene fortalte om like erfaringer med hjemmebesøket. Vi så på dette som en styrke, og det gjorde at vi vurderte at vi ikke hadde behov for flere informanter enn de vi hadde rekruttert. Vi oppdaget etter fjerde og femte intervju at mange av de samme erfaringene gikk igjen, men vi valgte likevel å intervju alle informantene vi hadde rekruttert. Ifølge Malterud (2017) kan det å ha lav informasjonsstyrke fra deltagerne kompenseres med flere deltagere. Men da er risikoen ofte at analysen kan bli overfladisk, da materialet kan bli for stort og u håndterbart. Regelen for antall intervjupersoner er ifølge Kvale et al. (2015) at man skal intervju det antallet man trenger for å få svar på det man ønsker å vite. Det avhenger av formålet med studien hvor mange som skal intervjues. Vi opplevde at ovennevnte kriterier ble oppfylt i vår studie og ser på det som en styrke. *Metning* er et begrep Malterud (2012) har anvendt i omtalen av datamaterialet. Hun beskriver i sin artikkel at metning oppnås når ytterligere datainnsamling ikke gir forskeren ny kunnskap. I Malterud sin siste utgave av sin bok om kvalitative forskningsmetoder, sier hun at metningsbegrepet kan diskuteres. Hun påpeker at det kan være vanskelig å vite eksakt hva som ligger i begrepet, og hva som kan være grunner til at metning ikke oppnås i et datamateriale. Dessuten er hun kritisk til at man kan omtale metning som at det foreligger et endelig og fullstendig datamateriale (Malterud, 2017). Ifølge Kvale et al. (2015) brukes ordet metningspunkt i sammenheng med hvor mange intervjupersoner som trengs for å nå målet i studien. Vi tolker dette som at informasjonsstyrke er et bedre egnet uttrykk å anvende enn metning når vi i vår studie omtaler antall informanter.

Intervjuene våre ble gjennomført innenfor et avgrenset geografisk område. Dette var noe vi tenkte på i forkant av studien som en mulig svakhet, da vi vurderte om en større geografisk utbredelse av informantenes kommuner kunne hatt betydning for resultatet. Vi vurderte det dithen at vi likevel kunne holde oss innenfor denne avgrensningen. Dette begrunner vi med at det var erfaringer og opplevelser til jordmødrene vi skulle gå i dybden på. Så lenge inklusjons- og eksklusjonskriteriene var innfridd, tenkte vi derfor at den geografiske avgrensningen ikke ville ha betydning for resultatet.

Seks av intervjuene ble gjennomført ved informantens arbeidssted. Dette vurderte vi som en styrke fordi informantene var i trygge omgivelser, og de slapp reisetid i forbindelse med intervjuet. Slik vi tolker Malterud (2017) er det viktig at forskeren sørger for at intervjuobjektet føler seg trygg i situasjonen. Dette kan igjen føre til at man kan oppnå å samle inn et mest mulig rikt datamateriale om temaet det forskes på. Vi gjennomførte ett av intervjuene på nøytral grunn, dette var for å imøtekomme denne informantens behov da intervjuet fant sted.

Vi var begge til stede ved alle intervjuene. Det ser vi på som en styrke, da vi erfarte at vi bedre kunne oppfatte det som ble fortalt av informantene. Samtidig tenkte vi at det kunne ha stilt informanten i en mer sårbar situasjon, og at det var en svakhet i intervjuet. Informanten kan ha opplevd det som å stå alene i formidlingen. Vi brukte tid i forkant av intervjuet til å bli bedre kjent, slik at vi kunne tilrettelegge for en god intervjusituasjon for informanten. På den måten opplevde vi informantene som trygge i sin rolle. Ifølge Malterud (2017) kan et individualintervju oppleves vanskelig for informanten dersom denne ikke er komfortabel i situasjonen. På en annen side kan det være en fordel å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt, da det kan være enklere for informanten å åpne seg opp om opplevelser og erfaringer. Ved ett av våre intervju, valgte to informanter å gjennomføre intervjuet sammen. Dette ser vi på som en mulig svakhet da situasjonen kunne gjort at en eller begge informantene holdt informasjon

tilbake. Likevel ser vi på det som en styrke ved dette intervjuet at én av informantene kan ha kommet med informasjon som den andre informanten kanskje ikke hadde tenkt på i utgangspunktet. Den andre informanten kunne da ha kommet med informasjon knyttet til dette. På denne måten kan intervjuet ha gitt oss informasjon vi ikke nødvendigvis hadde fått dersom de hadde gjennomført intervjuet hver for seg.

Vi erfarte at utarbeidingen av vår intervjuguide ga oss et godt utgangspunkt før gjennomføringen av intervjuene. Vi var i forkant av intervjuene spente på om tre åpne spørsmål ville holde. Vi hadde sjeldent behov for å benytte oss av delspørsmålene, da vi opplevde at informantene alle hadde mye å formidle under hvert av hovedspørsmålene. Ved slutten av hvert intervju åpnet vi opp for at informantene kunne tilføye informasjon de ikke var spurt direkte om. Samtlige informanter hadde noe tilleggsinformasjon. Vi merket også at ved at vi som intervjuere nikket eller brukte taushet som virkemiddel for å komme videre i intervjuet, fløt intervjuet godt og informantene hadde rom for tenkepauser. Kvale et al. (2015) beskriver at den som intervjuer skal inneha en ekspertise som vet hva hun eller han snakker om, i tillegg til hvorfor og hvordan. Samtidig påpekes det at intervjuferdigheter læres ved utføringen av intervjuene. En mulig svakhet i vår studie, var at ingen av oss hadde utført intervju i forskningssammenheng tidligere. Vi tenker at en mer erfaren intervjuer kunne ha stilt andre type spørsmål og dermed fått annen eller mer utfyllende informasjon rundt temaet.

Transkriberingen gjennomførte vi snarest mulig etter hvert intervju. Dette opplevde vi som en styrke, da det var lett for oss å huske intervjuene og hvordan informantene uttrykte seg gjennom kroppsspråk. Vi gjorde lite notater underveis i intervjuene fordi vi så etter de første intervjuene og transkripsjonene at det kom godt frem her hvordan informantene uttrykte seg. Derfor tenkte vi at lite brukte notater ikke var en svakhet i denne sammenheng, da notatene ikke ble benyttet i etterkant av de første intervjuene. Som vi tolker Kvale et al. (2015) kan det verbale og ikke-verbale i et intervju enten samsvare eller gjøre at svarene som blir gitt tolkes som å være noe annet. Der kroppslige tegn ikke samsvarer med det verbale, stoler man oftest på kroppslige tegn. Vi tolket det i våre intervju som at det informantene fortalte, samsvarte godt med deres kroppslige formidlinger. Det ga oss mer tyngde til transkripsjonen ved å kjenne på at det informantene fortalte oss, også ga seg uttrykk i det ikke-verbale. Kvale et al. (2015) beskriver også at det kan være vanskelig å vurdere validiteten i en transkripsjon, da det ikke eksisterer en korrekt måte å oversette på fra muntlig til skriftlig form. Da er det mer viktig å tenke på hvordan transkripsjonen gjøres i forhold til den type forskning det innsamlede datamateriale skal brukes til. Eksempler på det er å legge inn for eksempel pauser og tonefall for å bedre kunne fortolke hvordan intervjuobjektet uttrykker i det som blir sagt. Vi tilstrebet å legge inn pauser og følelsesuttrykk – som for eksempel latter – i transkripsjonene av våre intervju, slik at vi kunne fremstille det som ble sagt på en mest mulig troverdig måte. Dette gjorde det lettere for oss å huske og forstå hva informantene mente da de uttalte seg under intervjuet.

Vi snakket sammen om våre tolkninger av intervjuene i etterkant. Det førte til at vi begge ble godt kjent med hele datamaterialet. Vi opplevde at vi ved alle intervjuene fikk et godt lydbilde og lett kunne forstå det som ble sagt underveis. Ut fra det Kvale et al. (2015) beskriver om at man ved å benytte lydopptaker i intervju kan konsentrere seg om dynamikken i selve intervjuet, ser vi det som riktig å benytte lydbåndopptaker. Det gode lydbildet vi fikk fra alle intervjuene, var en styrke for videre arbeid med analyseringen. Vi tenkte på om det kunne være en svakhet å være to i analysearbeidet, da det som ble

sagt under intervjuene kunne blitt oppfattet ulikt av oss. Samtidig sier Malterud (2017) at det er en styrke å være to om arbeidet, da ulike nyanser kan ses i samme materiale og berike den videre analysen. På grunnlag av det Malterud påpeker, samt våre egne erfaringer underveis, tenker vi det var en styrke å være to i stedet for én.

Vi opplevde at systematisk tekstkondensering (STC) som analysemetode har vært en omfattende metode å sette seg inn i, og vi er usikre på om dette kan ses på som en mulig svakhet i analyseprosessen. Det var en krevende prosess, da systematisk analysering var nytt for oss begge. Samtidig erfarte vi at metoden var mer oversiktlig når vi etter hvert i prosessen lærte den bedre å kjenne.

7.0 Resultatdiskusjon

7.1 Kontinuitet i forløpet svangerskap og barseltid

Jordmødrene i vår studie opplevde hjemmebesøket som en viktig del av den helhetlige svangerskaps- og barselomsorgen. Jordmødrene erfarte at hjemmebesøket ga de en mulighet til å kunne gi veiledning til barselkvinnene i en sårbar tid. I tillegg var de bedre rustet til å kunne gi kvinnene individuelt tilpasset hjelp, da de oftest traff kvinner de hadde fulgt gjennom svangerskapet. Haggerty et al. (2003) omtaler den helhetlige og relasjonelle kontinuiteten i omsorgen som viktig både for den som gir og den som mottar omsorg. Kjerneelementene i omsorgen er beskrevet som omsorg gitt over tid, og omsorg som fokuserer på hver enkelt omsorgsmottaker. Omsorgen skal kunne oppleves sammenhengende og konsekvent slik at mottakeren får en følelse av forutsigbarhet (Haggerty et al., 2003). Beskrivelsen Haggerty gir av omsorg, samsvarer godt med våre jordmødres erfaringer. De ønsket å opprettholde kontinuitet i omsorgen ved at de fulgte samme kvinne i svangerskap og barsel, og alltid hadde fokus på at omsorgen skulle være individuelt tilpasset slik at den best mulig gagnet kvinnene i barseltiden. Kontinuitet i jordmorfaget erfarte de som utelukkende positivt og en nødvendighet for å kunne gi god omsorg. I studien til Aune et al. (2021) som omhandlet relasjonell kontinuitet i jordmors utøvelse av omsorg, påpekte jordmødrene samme opplevelse. Kontinuiteten var det som ga de mulighet til optimal omsorg for hver enkelt kvinne. Jordmødrenes syn på verdien av kontinuitet i omsorgen, støttes også av barselkvinnene i Sandall et al. (2016) sin artikkel. Her sammenlignet de jordmorstyrte kontinuitetsmodeller opp mot andre modeller av omsorg for gravide kvinner. De fant at kvinnene som hadde fått oppfølging av én eller få jordmødre, var mer tilfreds med omsorgen som ble gitt.

Jordmødrene i vår studie fortalte at de kjente på en tilfredshet i jobben sin ved å utøve kontinuitet i omsorgen for barselkvinnene. De erfarte at hjemmebesøket var en mulighet til å kunne oppnå helhet i omsorgen som ble gitt, der dette også gjorde at jobben de utførte følte meningsfull. Haggerty et al. (2003) beskriver at opplevelsen av kontinuitet gir omsorgsgiveren tilfredshet i sin yrkesutøvelse, blant annet ved å kjenne at kunnskapen til å kunne gi optimal omsorg er til stede. Jordmors følelse av tilfredshet i jobben, støttes også i andre studier (Dharni et al., 2021; Homer, 2016). I disse studiene belyses viktigheten av relasjonell kontinuitet for jordmor, og hvordan denne kan føre til tilfredshet i jobben slik at det gir jordmødrene en større grad av mening i deres yrkesutøvelse.

Jordmødrene i vår studie beskrev at hjemmebesøket førte til at de fikk en avslutning på relasjonen med kvinnen, og en mulighet til å oppleve resultatet av oppfølgingen. Avslutningen bidro til å bedre kunne sikre kontinuiteten i den oppfølgingen som hadde vært, og i den videre oppfølgingen. I Aune et al. (2021) forteller jordmødrene om like erfaringer. Hjemmebesøket ga de her en mulighet til å sørge for at kvinnene fikk tilstrekkelig oppfølging, og deretter tilse at det videre ansvaret ble overført helsesykepleier.

I vår studie opplevde jordmødrene det som utfordrende der hjemmebesøket var første møte med kvinnen. Grunner til at dette ble det første møtet, var relatert til flere faktorer. Men uavhengig av grunn, tilstrebet selvsagt våre jordmødre å gjennomføre hjemmebesøk også til kvinnene de ikke kjente fra før. Men de kunne kjenne på utilstrekkelighet, spesielt med tanke på at de måtte bruke deler av hjemmebesøket til å bli kjent med kvinnen. Det kunne derfor i slike tilfeller bli vanskelig for våre jordmødre å følge det Haggerty et al. (2003) omtaler som informasjonskontinuitet. Her vektlegges det

at omsorgsmottakeren skal være trygg på at den som gir omsorg vet hva som har hendt tidligere i forløpet, og kan ta utgangspunkt i dette for videre oppfølging. Perriman et al. (2018) kartla kvinners syn på omsorgen fra jordmor gjennom en kontinuitetsmodell. Her hevdet barselkvinnene at relasjonen med jordmor var basert på opparbeidet tillit, og at relasjonen hjalp de til å oppnå mestringsfølelse og være i stand til å kunne ta informerte valg. Dette støttes gjennom Halldorsdottir og Karlsdottirs (2011) beskrivelse av utøvelse av jordmorfaget. Jordmor skal arbeide for å få kvinnen til å føle seg sett og ivaretatt, og utføre en profesjonell og god kommunikasjon med henne for å styrke henne og gi henne mestringsopplevelse. Kjernen i jordmors omsorg er blant annet å fremme kvinnens langsiktige mestring i sin nye rolle (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Våre jordmødre erfarte de at de gjennom sin fagkunnskap la til rette for at barselkvinnen skulle oppnå mestring, selv om hun og jordmor ikke kjente hverandre fra før. De hadde gode erfaringer med gjennomføringen av dette hjemmebesøket, men ønsket primært å følge den kvinnen de hadde hatt i svangerskapet.

Der hvor jordmødrene i vår studie ikke kunne oppnå kontinuitet i forløpet fordi barselkvinnen var ukjent for de, kunne de kjenne på aspekter ved utøvelsen av jordmorfaget som ga de begrensninger eller utfordringer. Haggerty et al. (2003) beskriver organisatorisk kontinuitet som at omsorgsgiveren blant annet jobber for å oppnå en forutsigbarhet for omsorgsmottakeren. Forutsigbarheten bidrar til at den som mottar omsorgen, alltid skal ha mulighet til å være delaktig i behandlingen som gis. Dette er i tråd med ICM sine retningslinjer, der jordmor i sin omsorg for kvinnen er ansvarlig for å gi kvinnen riktig informasjon og råd som fremmer god helsehjelp. Kvinnen har da bedre forutsetninger for å kunne ta informerte valg (International Confederation of Midwives, 2018). Selv om jordmødrene i vår studie opplevde det utfordrende å ikke oppnå kontinuitet i omsorgen, erfarte de likevel at den fagkunnskapen de bidro med under hjemmebesøket gjorde at barselkvinnen ble mer fornøyd enn om hjemmebesøket hadde uteblitt helt. En annen jordmor ved den respektive helsestasjonen kunne ved ferieavvikling gjøre samme gode jobb, selv om hun ikke kjente kvinnen fra tidligere svangerskapskontroller.

Jordmødrene i vår studie påpekte at de raskere kunne avdekke utfordringer i barseltiden der hvor de kjente kvinnene fra svangerskapskontrollene. ICM definerer jordmor blant annet som en person som er utdannet til å ta vare på både mor og barn gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. I barseltid er hun den som best kan oppdage komplikasjoner som oppstår hos mor og barnet, og dermed gi tilpasset hjelp til disse (International Confederation of Midwives, 2018). Jordmødrene i vår studie erfarte at en samtale om kvinnens psykiske helse ofte var viktig for kvinnen. Jordmødrene hadde god erfaring i å inkludere psykisk helse som tema og samtaleemne under svangerskapskontrollene, og mye av årsaken til åpenheten de imellom ble beskrevet som den tilliten jordmor hadde opparbeidet til kvinnen gjennom disse kontrollene. I studien av Aaserud et al. (2016) som omfatter kvinners erfaringer med hjemmebesøk, ble det påpekt at denne relasjonelle kontinuiteten var viktig for kvinnene. Kjennskapet til sin jordmor fra svangerskapskontrollene gjorde at de følte at samtalen fløt lettere på hjemmebesøket. Jordmødrene i vår studie erfarte det samme. Der hvor de hadde hatt god kommunikasjon med kvinnen i svangerskapet, førte dette med seg et godt grunnlag for å kunne «ta opp tråden» igjen på hjemmebesøket. I Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) sin teoretiske modell beskrives jordmors mellommenneskelige kompetanse. Denne skal gjøre henne i stand til å styrke kommunikasjonen mellom jordmor og kvinnen. Her søker jordmor aktivt å utvikle et partnerskap med kvinnen hun yter omsorg til. Jordmors profesjonelle visdom innebærer blant annet at hun greier å utvise

konfidensialitet overfor kvinnen, og evner å tilrettelegge for en trygg atmosfære. Dette samsvarer med hvordan jordmødrene i vår studie erfarte arbeidet for å oppnå tilliten i relasjonen med kvinnen. De to kjerneelementene i Haggerty et al. (2003) sin artikkel, individuell omsorg og kontinuerlig omsorg, beskrives som vesentlig for å oppnå trygghet mellom omsorgsmottaker og omsorgsgiver. Vi tenker at for jordmødrene i vår studie, gjorde kontinuiteten og tryggheten de hadde opparbeidet de i stand til å få et bedre grunnlag for å oppdage psykisk uhelse. Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) påpeker i sin teoretiske modell viktigheten av at en jordmor skal vite hvor hennes kunnskap og kompetanse ikke lenger er dekkende. Hun er da ansvarlig for å kontakte andre instanser dersom problemer som oppstår ikke lenger er innenfor hennes kompetanseevne (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Jordmødrene i vår studie var opptatt av at barselkvinnene fikk hjelp av annet kvalifisert helsepersonell dersom det var behov for det.

I vår studie opplevde jordmødrene at de ofte brukte hjemmebesøket til å bekrefte normaliteten i barseltiden overfor barselkvinnen. Noe av det barselkvinnene oppfattet som unormalt, ble av jordmødrene sett på som helt normalt og ukomplisert. Med jordmødrenes kunnskapsformidling på hjemmebesøket, erfarte de at barselkvinnen ble tryggere i sin barseltid og fikk bedre tro på seg selv i sin nye rolle. Dette synet støttes av barselkvinnene i studien fra Aaserud et al. (2016), som omhandler kvinners perspektiv på hjemmebesøk. Her kom det frem at råd og veiledning var noe kvinnene hadde stort behov for ved hjemkomst. Veiledningen som ble gitt av den jordmoren de kjente fra før, førte til at kvinnen følte seg tryggere i morsrollen. Foreldres erfaringer av støtte fra fagpersonell i barseltiden, er også omtalt i to andre studier. Her påpekte foreldrene at det å få en bekreftelse på det normale var noe de anså som viktig (Barimani & Vikström, 2015; Dahlberg et al., 2016). Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) peker på viktigheten av at jordmor styrker kvinnens mestringfølelse gjennom hele svangerskaps, fødsels- og barselsforløpet. Jordmor sørger med dette for at hun bidrar til god helse for kvinnen, sitt nyfødte barn og den nye familien. Jordmors mellommenneskelige kompetanse innebærer evnen til å videreformidle at alt er bra i de tilfellene det faktisk er det, og være tydelige på å bekrefte dette overfor kvinnen (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Dette samsvarer godt med hvordan jordmødrene i vår studie jobbet. De brukte sin fagkunnskap til å trygge kvinnene i barseltiden, og kunne dermed bidra til at de fikk en bedre opplevelse i sin nye livssituasjon.

7.2 Kort barselopphold gir økt behov for individuell ammeveiledning i hjemmet

I vår studie opplevde jordmødrene at stadig kortere barselopphold medførte økt behov for ammeveiledning i hjemmet. Ammeutfordringer kunne dukke opp først etter hjemkomst. Jordmødrene erfarte at kvinnene under hjemmebesøket ytret ønske om å mestre ammingen og få en bekreftelse fra jordmor på dette. I Barimani og Vikström (2015) sin artikkel støttes dette. Her fortalte barselkvinnene om et stort behov for å ville mestre ammingen, særlig når det gjaldt utfordringer i forbindelse med etableringen av den. Barselkvinnene i denne studien opplevde det som trygt at observasjonen av ammingen foregikk i kjente omgivelser, og at helsepersonell kunne gi bekreftelse til barselkvinnene på at det de gjorde var riktig (Barimani & Vikström, 2015). Jordmødrene i vår studie erfarte også viktigheten med observasjon av og veiledning i ammingen i tidlig barseltid, slik at dette kunne øke mors motivasjon til amming videre. I Yonemoto et al. (2021) sin oversiktsartikkel støttes også dette, der barselkvinnene opplevde at hjemmebesøkene førte til økt motivasjon til å fortsette med ammingen. I en

undersøkelse fra Ammehjelpen Tromsø og omegn, kom det frem at de barselkvinnene som ikke mottok tilbudet om hjemmebesøk, følte de hadde få steder å søke hjelp til ammingen etter hjemkomst fra fødestedet (Ammehjelpen Tromsø og omegn, 2018). Studien av Barimani og Vikstrøm (2015) bekrefter det samme. Foreldrene fortalte her at lite samarbeid mellom de ulike instansene i helsetjenesten, gjorde at de ofte ikke visste hvor de skulle henvende seg dersom de hadde behov for hjelp og veiledning. Jordmødrene i vår studie hadde stor grad av hjemmebesøksdekning. Hjemmebesøkene ble da viktig for å sørge for at ammeutfordringer ble tatt tak i så tidlig som mulig. På denne måten erfarte jordmødrene at de bidro til at barselkvinnene slapp å engste seg unødige rundt hvem de skulle kontakte ved ammeutfordringer.

Jordmødrene i vår studie erfarte at tryggheten og tilliten de hadde opparbeidet med sine kvinner gjennom svangerskapskontrollene, bidro til at barselkvinnene var bedre rustet til å ta imot råd fra dem. I en australsk oversiktsartikkel av James et al. (2017), fant de at opplæring i ammestart både i svangerskap og barseltid var viktig for å bedre kunne lykkes i etableringen av ammingen. Barselkvinnene i studien ønsket ammeveiledning i sitt eget hjem, da dette var i kjente og rolige omstendigheter. For jordmødrene i vår studie var dette en viktig del av formålet med hjemmebesøket. De erfarte også at barselkvinnene ikke alltid selv uttrykte behov for hjelp til ammingen. Jordmødrene fortalte da at en ammeobservasjon på hjemmebesøket kunne hjelpe jordmor til å bedre tilpasse hjelpen hun ga barselkvinnen. Måten våre jordmødre jobbet på er i tråd med Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) sin teoretiske modell, som beskriver at jordmor er ansvarlig for å følge opp kvinnens behov gjennom hele forløpet. Den mellommenneskelige kompetansen jordmor innehar skaper trygghet for kvinnen i veiledningssituasjonen. De beskriver også den individualiserte omsorgen en jordmor tilstreber å oppnå. For å kunne hjelpe en kvinne med en utfordring knyttet til henne eller barnet, er det viktig at jordmor har evne til å tilpasse hjelpen hun gir. Jordmors evne til å kommunisere dette til kvinnen avgjør om hun lykkes i at kvinnen mottar rådene. Jordmor er alltid ansvarlig for å oppfatte hva kvinnen trenger hjelp til, og nærme seg denne problemstillingen på en tilpasset måte (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Dette samsvarer også med hva organisasjonen NICE (2021) vektlegger i sine retningslinjer for barselomsorgen. Her påpekes det at jordmor er bevisst sitt ansvar til å bruke sin faglige kompetanse om ammeveiledning og barnets ernæringstilstand. For best mulig gjennomføring av veiledningen, skal denne foregå ansikt til ansikt mellom jordmor og kvinnen. Slik vi tolker dette, ser vi på hjemmebesøket som en fin arena til å kunne lykkes med denne veiledningen. Jordmødrene i vår studie erfarte at der hvor de lyktes med ammeveiledning til barselkvinnen, og kommunikasjonen dem imellom var god, gjorde at de kjente at dette var et godt hjemmebesøk. De opplevde hjemmebesøket som en fin arena til veiledning, da barselkvinnen virket mer mottakelig for råd i sitt eget hjem hvor de følte seg tryggere og mer avslappet.

Jordmødrene erfarte at det ofte gikk mye tid på ammeveiledning ved et hjemmebesøk, da det mange ganger handlet kun om dette. De prøvde alltid å være fleksible på tid, da de erfarte hvor mye jordmor kunne bidra med i oppstarten av ammingen i tidlig barseltid. Helsedirektoratet forklarer i sine retningslinjer for barselomsorgen at jordmor har ansvar for tilbud om flere enn ett hjemmebesøk til barselkvinner der ammeutfordringer oppstår (Helsedirektoratet, 2014). Der flere hjemmebesøk ble vanskelig å gjennomføre på grunn av tidsmangel for jordmødrene i vår studie, sørget de for at helsesykepleier fikk opplysninger om ammesituasjonen til hver barselkvinne. På denne måten kunne de også ha fokus på dette ved sine hjemmebesøk. NICE (2021) sier også i sine retningslinjer at opplysninger som angår amming og barnets ernæringsstatus,

alltid skal være en del av den informasjonen som videreformidles til helsesykepleier for videre oppfølging. Jordmødrene i vår studie ønsket å bidra til at barselkvinnen fortsatte med amming så lenge som mulig, og var derfor opptatt av at informasjon ble videreformidlet. Dette er i tråd med kontinuitet slik det er beskrevet i Haggerty et al. (2003) sin teori. Informasjonskontinuitet er viktig for å videreformidle informasjon mellom de ulike instansene i helsetjenesten. Slik kan det bidra til en bedre kontinuitet og øke kvaliteten på omsorgen.

7.3 Jordmor på hjemmebesøk – et spørsmål om tid og ressurser

Erfaringene fra jordmødrene i vår studie viste at de stort sett klarte å tilby hjemmebesøk gjennom hele året. Dette innebar ikke at det alltid var god tid til hjemmebesøket i deres arbeidshverdag. Men jordmødrene tilstrebet tid til gjennomføringen fordi de opplevde hjemmebesøkene som verdifulle for seg selv, og fordi barselkvinnene ga dem tilbakemelding på at dette var noe de satte stor pris på. Vi oppfatter at dette støttes av Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) sin teoretiske modell, der den faglige visdom hos jordmor blir beskrevet. Jordmor skal bidra til at kvinnen når sine mål, og jordmor skal skape en god atmosfære slik at kvinnen kan oppnå mestring i situasjonen hun står i. Å være en god jordmor innebærer også at hun alltid skal kunne vie sin hele og fulle oppmerksomhet til kvinnen og følge opp riktig omsorg og behandling til enhver tid. Jordmødrene i vår studie erfarte at det av og til ble vanskelig å gjennomføre hjemmebesøket på grunn av tidsaspektet, og dette gjorde at de kunne oppleve det som utfordrende å være i stand til å gi den hjelpen og omsorgen barselkvinnen hadde krav på jmfør retningslinjene. Samtidig erfarte de at de generelt sett hadde god hjemmebesøksdekning så lenge det ikke var sykdom eller ferieavvikling. Regjeringen påpekte i sin Stortingsmelding fra 2008-2009 at det burde legges til rette for at jordmor skulle ha en større og mer sentral rolle i oppfølgingen av mor og barn de første dagene etter fødsel (St.meld. nr. 12, 2008-2009). Helsedirektoratets retningslinjer i barselomsorgen fra 2014 fulgte opp dette, og anså det som mest faglig forsvarlig at jordmor gjennomførte tidlig hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2014). Én jordmor i vår studie opplevde at både tidsaspekt og jordmorressurser oftest var for knappe til at hun kunne rekke alle sine arbeidsoppgaver. Dette medførte at hun ble redd for at det kunne gå utover den oppfølgingen hun ga. Vi tenker at det for jordmor i slike situasjoner kan bli utfordrende å skulle innfri kravet om hjemmebesøk til alle, og at hun dermed vil kunne kjenne på utilstrekkelighet i omsorgen for barselkvinnen. Vi tenker også at det kan gå utover andre deler av tjenesten, da tidsaspekt og tilgjengelige ressurser oftest bestemmer hva som skal prioriteres. En god jordmor skal ifølge Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) alltid søke etter å utvikle seg faglig både når det gjelder kunnskap og praktisk kompetanse. Retningslinjene i ICM sitt kjernedokument støtter også dette synet, og påpeker at jordmor alltid er ansvarlig for utvikling av jordmorfaget (International Confederation of Midwives, 2018). Vi tenker at det for jordmor vil kunne oppleves utfordrende å ikke ha muligheten til faglig oppdatering og utvikling av egen kompetanse i en travel arbeidshverdag. Erfaringene fra våre egne praksisperioder i primærhelsetjenesten, var at vi opplevde at jordmødrene hadde tid til gjennomføringen av hjemmebesøket. Det var kun ved sykdom eller ferieavvikling at det ble sett på som utfordrende å gi tilbudet til alle.

Jordmødrene i vår studie erfarte at der hvor de ikke hadde mulighet til ett eller flere hjemmebesøk, kunne de føle at de ikke fikk gitt tilstrekkelig hjelp til barselkvinnen. Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) beskriver i sin teoretiske modell den profesjonelle

omsorgen jordmor tilstreber å gi. Denne innebærer at hun sørger for en forsvarlig oppfølging av kvinnen, og leder og planlegger denne når det er nødvendig. Hun skal være til stede for kvinnen både fysisk og følelsesmessig. Selv om prinsippene som ligger til grunn i denne teoretiske modellen er ideelle for hvordan en god jordmor skal utøve omsorg, var det ikke alltid jordmødrene i vår studie opplevde det som gjennomførbart i en hektisk hverdag med prioriteringer. Særlig med tanke på de hjemmebesøkene som det ikke ble tid til, og der enkelte familier hadde behov for flere enn ett hjemmebesøk. Jordmødrene fortalte at de oftest løste slike utfordringer med å legge en alternativ plan for barselkvinnen dersom de selv ikke hadde mulighet til å komme.

Et alternativ for jordmødrene i vår studie, kunne være å inngå en avtale om at helsesykepleier utførte dette første hjemmebesøket. På denne måten kunne jordmødrene sikre kontinuiteten i oppfølgingen av kvinnen, slik som beskrevet i Haggerty sin teori om kontinuitet i omsorgen (Haggerty et al., 2003). Her vektlegges det at informasjonskontinuitet på tvers av instansene i helsetjenesten bidrar til bedre kvalitet i omsorgen. Vi mener det kan diskuteres om denne løsningen er god nok med tanke på at jordmor er den mest ideelle fagpersonen til å gjennomføre det tidlige hjemmebesøket jamfør retningslinjene fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2014). Slik vi tolker kontinuitet som beskrevet i Haggerty et al. (2003), er kontinuitet i svangerskaps- og barselomsorgen er ikke bare for jordmor og barselkvinnen et spørsmål om en opplevelse av helhet i tjenesten. Som tidligere nevnt, bygger prinsippet på at det er den personen kvinnen kjenner fra svangerskapskontrollene, som er den mest egnede personen til å komme på det tidlige hjemmebesøket. For jordmor betyr dette blant annet muligheten til å gi optimal omsorg slik som beskrevet i Aune et. al (2021) sin studie. Barselkvinnene deler dette synet, og vektlegger i Sandall et al. (2016) sin studie at oppfølging av samme jordmor gjorde de mest tilfredse med omsorgen som ble gitt. Barselkvinnene i Barimani og Vikstrøm sin studie (2015) påpekte i tillegg at de følte det mye lettere å motta informasjon fra en person de fra før av hadde en god relasjon til, slik som jordmor de hadde hatt under svangerskapet. Disse faktorene mener vi samlet sett er et tegn på at jordmor ideelt sett bør ha tid til å gjennomføre hjemmebesøket selv. Vi ser det derfor som positivt at jordmødrene i vår studie stort sett alltid kunne innfri kravet om å gjennomføre det første hjemmebesøket, da dette betød mye for dem.

Jordmødrene i vår studie erfarte at det var utfordrende med de hjemmebesøkene der det var støy fra radio og tv, eller der flere barn eller voksne var til stede under hjemmebesøket. De opplevde at det i slike tilfeller ikke alltid ble rom for ro til faglig formidling under hjemmebesøket, og dermed kjente på at de ikke fikk gjort en god nok jobb. De gangene jordmor måtte be besøkende om å dra, eller der partnere tok seg av eldre søsken under besøket, opplevde de at det ble et bedre hjemmebesøk. Det at jordmødrene så seg nødt til å si ifra om dette, tenker vi må være utfordrende i form av at det tar tid bort fra den egentlige hensikten med hjemmebesøket. Men vi tenker det også som en nødvendighet for å skape et bedre miljø for formidling av faglig kunnskap og for å legge til rette for den gode samtalen med barselkvinnen. Jordmors erfaringer rundt støy under hjemmebesøket, støttes interessant nok av barselkvinner selv i Aune et al. (2021) sin artikkel om foreldres opplevelse av hjemmebesøket. De sa det var forstyrrende med flere til stede under hjemmebesøket, og de ønsket at jordmor kunne ha bedt de om å flytte seg til et annet rom, eller rådet de til ikke å ha besøk av andre under hjemmebesøkene. Forstyrrelsene bidro til at barselkvinnene ikke fikk snakket om personlige tema med sin jordmor slik de kunne ha ønsket, og at hjemmebesøket heller ble mer utmattende. Organisasjonen NICE beskriver at jordmor skal tilstrebe god kommunikasjon med kvinnen der jordmor får formidlet faglige råd, og barselkvinnen har

mulighet til å ta opp de tema eller utfordringer hun ønsker å få hjelp til (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Ifølge Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) er det også viktig for en jordmor å alltid kunne vie sin hele og fulle oppmerksomhet til kvinnen i omsorgen for henne. Jordmor skal være oppmerksom på hvordan miljøet rundt kvinnen er, og hvordan dette påvirker kvinnen i situasjonen. Jordmor bør tilstrebe et rolig miljø i en veiledningssituasjon med kvinnen slik at hun kan finne det lett å henvende seg til jordmor og søke hennes hjelp. Vi tenker at det for jordmødrene må være utfordrende når oppmerksomheten fra barselkvinnen rettes mot helt andre faktorer enn seg selv og det nyfødte barnet under hjemmebesøket. Jordmødrene i vår studie opplevde at verdifull tid gikk tapt i den timen det avtalte hjemmebesøket var avsatt til. At de måtte bruke tid og oppmerksomhet på dette, opplevde de uheldig da denne tiden kunne vært brukt mer rettet inn mot hjemmebesøkets hensikt i seg selv. For jordmødrene i vår studie, kunne slike besøk ende med at de følte på at de ikke fikk gjort nok for barselkvinnen. De fortalte at de av og til tilstrebet å ringe barselkvinnen i forkant av hjemmebesøket, der de kunne presisere at de ønsket ro rundt besøket når de kom. De erfarte at dette ikke alltid ble tatt hensyn til. Men jordmødrene tenkte dette som et godt forebyggende tiltak, slik at forventninger rundt hjemmebesøket og hensikten med det ble avklart på forhånd.

8.0 Konklusjon og implikasjoner for videre praksis

Hjemmebesøket var en ordning jordmødrene i vår studie ønsket å videreføre i fremtiden. Funnene viste at gjennomføringen av hjemmebesøket ga de flere fordeler. Jordmødrene satte spesielt pris på den kontinuiteten de oppnådde i omsorgen for hver kvinne. I tillegg ga hjemmebesøket de en anledning til en faglig forsvarlig oppfølging av barselkvinnen, og muligheten til å kunne trygge henne i en sårbar tid. Jordmødrene ønsket at alle barselkvinner burde få tilbudet om hjemmebesøk, og at besøket var viktig uavhengig av situasjon og lengde på barseloppholdet ved fødestedet. Som nevnt i introduksjonen, var det i 2020 fremdeles bare 42,9 % av barselkvinnene i Norge som mottok tilbudet om hjemmebesøk (Statistisk Sentralbyrå, 2021). Dette tenker vi er en for liten andel med tanke på den nytteverdien hjemmebesøket har for både barselkvinnen og jordmor. Mange utfordringer knyttet til barseltiden oppstår først ved hjemkomst fra fødestedet på grunn av gradvis kortere barselopphold. Selv om hjemmebesøket er anbefalt i Helsedirektoratets retningslinjer for barselomsorgen, viser tallene at det fremdeles er mange som ikke mottar tilbudet. Det er vanskelig å si om dette skyldes mangel på jordmødre, eller om det ligger andre årsaker til grunn for at hjemmebesøket ikke prioriteres. Et tidlig hjemmebesøk av jordmor kan være avgjørende for hvordan den videre barseltiden blir for kvinnen. Behovet for hjemmebesøk kan være ulikt, noen kvinner har behov for ett besøk, mens andre trenger flere. Funnene i vår studie indikerte høy grad av hjemmebesøksdekning blant jordmødrene. Ut fra ovennevnte tall, tenker vi at vårt resultat viser at hjemmebesøksdekningen er varierende i landets kommuner.

Vi tenker for videre praksis at det trengs mer forskning på hvordan jordmødre opplever hjemmebesøket. Ytterligere forskning kan forhåpentligvis bidra til at det blir økt fokus på den viktige funksjonen hjemmebesøket har. Vi tenker også at videre forskning på kvinners perspektiv av hjemmebesøket er viktig. Økt kunnskap om, og innsikt i både jordmødrenes og kvinnenenes syn på besøket, vil sammen kunne vise at innføringen av hjemmebesøksordningen er kommet for å bli. Vår erfaring fra egen praksis, resultatene fra denne studien, og annen forskning på samme tema gjør at vi ser et sterkt behov for lovpålagt hjemmebesøk av jordmor for alle barselkvinnene i landets kommuner. Vi tenker at dersom dette skal kunne gjennomføres, vil det også kreve at kommunene har nok jordmorressurser.

9.0 Referanseliste

- Ammehjelpen Tromsø og omegn. (2018). *Jordmor hjem etter fødsel-skjer det? En undersøkelse av norske kommuners etterfølgelse av Helsedirektoratets anbefaling om hjemmebesøk av jordmor etter fødsel*.
<https://ammehjelpen.increo.no/upload/2018/02/27/2017-03-01.RapportKommuneunders%C3%B8kelse.pdf>
- Aune, I., Tysland, T., & Amalie Vollheim, S. (2021). Norwegian midwives' experiences of relational continuity of midwifery care in the primary healthcare service: A qualitative descriptive study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(1), 5-13.
<https://doi.org/10.1177/2057158520973202>
- Aune, I., Voldhagen, H., Welve, I., & Dahlberg, U. (2021). Early discharge from hospital after birth: How Norwegian parents experience postnatal home visits by midwives - A qualitative study. *Sex Reprod Healthc*, 30, 100672.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100672>
- Barimani, M., & Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*, 31(8), 811-817.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009>
- Befring, E. (2020). *Sentrale forskningsmetoder : med etikk og statistikk* (2. utgave. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57-62.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019a, 10.februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019b, 23.mai). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dharni, N., Essex, H., Bryant, M. J., Cronin de Chavez, A., Willan, K., Farrar, D., Bywater, T., Dickerson, J., & Better Start Bradford Innovation, H. (2021). The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: findings from a qualitative implementation evaluation. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 205-205. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03671-2>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 22.februar). *Medisinsk fødselsregister - statistikkbank*.
<http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata Retrieved from
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584?q=helsestasjon%20og%20skolehelsetjenesten>
- Gadamer, H.-G., Weinsheimer, J., & Marshall, D. G. (2013). *Truth and method*. Bloomsbury Academic.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology : a modified Husserlian approach*. Duquesne University Press.

- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806-817. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Homer, C., Brodie, P., Sandall, J., & Leap, N. (2019). *Midwifery continuity of care : a practical guide* (2. utgave. ed.). Elsevier.
- Homer, C. S. (2016). Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *Med J Aust*, 205(8), 370-374. <https://doi.org/10.5694/mja16.00844>
- International Confederation of Midwives. (2018). *Policy and Practice - The beliefs and principles of the Confederation, along with a guidance for its members*. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/>
- James, L., Sweet, L., & Donnellan-Fernandez, R. (2017). Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women and Birth*, 30(2), 87-99. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.013>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(2), 120-129. <https://doi.org/10.1177/1403494815621181>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag* (4. utgave ed.). Universitetsforl.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Postnatal Care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/Recommendations#organisation-and-delivery-of-postnatal-care>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/>
- Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220-229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- St.meld. nr. 12. (2008-2009). *En gledelig begivenhet— Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=1>

Statistisk Sentralbyrå. (2021, 17.juni). *Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etter region, statistikkvariabel, år og helsekontroller.*

<https://www.ssb.no/statbank/table/11993/tableViewLayout1/>

Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforl.

Yonemoto, N., Nagai, S., & Mori, R. (2021). Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub4>

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg- : vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg. ed.). Universitetsforl.

Aaserud, T. G., Tveiten, S., Gjerlaug, A. (2016). Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59215>

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

777735

Prosjekttittel

Jordmors erfaringer med hjemmebesøket

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for klinisk og molekylær medisin

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

[REDACTED]

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

[REDACTED]

Prosjektperiode

23.08.2021 - 20.06.2022

Vurdering (1)

06.07.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 06.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

Vedlegg 1

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen . formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål . dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet .lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer.

Ved bruk av databehandler (f.eks ved skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-utmeldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i studien; Jordmors erfaringer med hjemmebesøket?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie hvor formålet er å oppnå større innsikt i og kunnskap om hvilke erfaringer jordmødre har med hjemmebesøket etter fødsel. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Barselomsorgen er i endring. Organiseringen av barseltilbudet vil derfor være forskjellig i de forskjellige regionene og kommunene. En desentralisert barselomsorg er under utvikling med en mer tilpasset oppfølging i hjemmet og på hjemstedet fordi sykehusoppholdet etter fødselen gradvis blir kortere. Denne endringen har bidratt til at opptil flere kommuner i Norge tilbyr hjemmebesøk, men det er mange som enda mangler tilbudet. Manglende tidlig hjemmebesøk av jordmor ble hyppig begrunnet med for få ressurser. Hvorfor er så dette hjemmebesøket så viktig, spesielt for barselkvinnen? Hjemmebesøket er et tilbud til familien på egen arena. Hjemmebesøk etter fødselen er enklere for foreldrene. De slipper stresset med å reise til helsestasjon eller poliklinikk før de er blitt fortrolige med amming og stell av barnet. Fordelen med besøket er at veiledning og støtte foregår i hjemmet, og at foreldrene kan ta opp konkrete problemer og få veiledning tilpasset den aktuelle situasjonen. Fordelen for helsepersonellet er at de kan danne seg en mer helhetlig forståelse av familiens behov og utfordringer, og tilby veiledning basert på foreldrenes konkrete situasjon i hverdagen. Er det for ressurskrevende i en tid der det kreves mer omsorg og tilstedeværelse enn noen gang i svangerskaps- og barselomsorgen? Vi ønsker å undersøke nærmere hvilken erfaring jordmor har av disse hjemmebesøkene, da det er vanskelig å finne studier som sier noe om dette.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU, Institutt for klinisk og molekylær medisin, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Informantene i dette kvalitative studiet vil være jordmødre som jobber i svangerskapsomsorgen i flere kommuner i [REDACTED]. Vi har valgt å gjennomføre intervjuene i disse kommunene fordi de har tilbud om hjemmebesøk og har hatt det over en viss periode, og vi planlegger å utføre rundt 5-8 intervjuer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Intervjuene som skal foregå i forbindelse med denne masteroppgaven, er planlagt å være individuelle og vil ta ca. 45- 60 minutter. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet som transkriberes i etterkant.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Veiledere ved NTNU, [REDACTED] og [REDACTED], student [REDACTED], og student [REDACTED], har tilgang til innsamlede opplysninger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres/slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i juni 2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU, **Institutt for klinisk og molekylær medisin** har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

[REDACTED].

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

██████████

(Forsker/veileder)

██████████

og

██████████

(Studenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Jordmors erfaringer med hjemmebesøket» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i å delta i dette studiet gjennom intervju.

Jeg samtykker også til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide Masteroppgave

Presentasjon

- Presenterer oss selv.
- Gjentar problemstillingen og hensikten med studien.
- Informasjon til deltageren om informert samtykke og mulighet til å trekke seg fra studien.
- Informasjon om hvordan vi tenker å gjennomføre intervjuet.
- Spør om deltakeren kort kan presentere seg selv.

Spørsmål nr. 1:

Hva er dine erfaringer med hjemmebesøk?

- Hvordan gjennomføres dette besøket i din kommune?
- Har tilbudet eksistert lenge?
- Hvordan opplever du gjennomføringen av det?

Spørsmål nr. 2:

Hvordan vil du beskrive et godt hjemmebesøk?

- Hva gjør at du tenker at dette ble et bra hjemmebesøk?
- Hva opplever du eventuelt som utfordrende?

Spørsmål nr. 3:

Hvordan opplever du at du får anvendt kunnskaper og erfaringer ved et hjemmebesøk?

- Er det spesielle faktorer ved hjemmebesøket som utpeker seg her?
- Hvilken type råd og veiledning har barselkvinnene behov for?

Avslutningsvis:

Er det noe annet du har tenkt på under dette intervjuet som du ønsker å legge til? Eventuelt om du har noen spørsmål til oss?

Takker til slutt deltageren for at vedkommende stilte til intervju.

