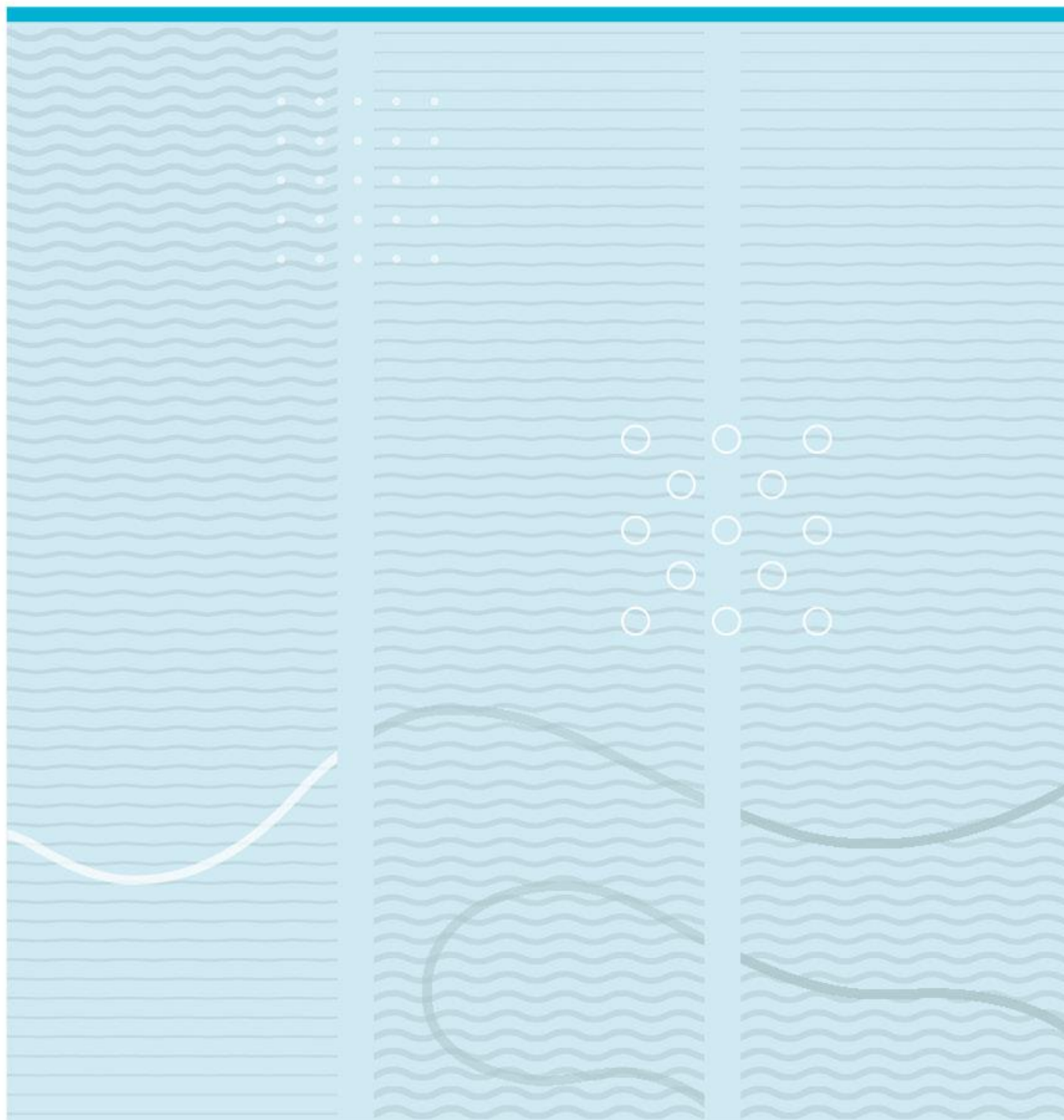


Kandidat: Berit Aas og Wenche Rotvold

Jordmor på tidlig hjemmebesøk etter fødsel – en realitet?

Kvantitativ tverrsnittstudie av barselkvinner i Østfold, sammenlignet med resten av Norge



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2019

Denne avhandlingen representerer 40 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Barselomsorgen er i stadig endring og har i flere år blitt gradvis redusert fra en gjennomsnittlig ligge tid på barselavdelingen på 4,1 døgn i 1999 til 2.8 døgn i 2017. Som en følge av dette kom Nasjonalfaglige retningslinjer «Nytt liv og trygg barseltid for familien i 2014, utgitt av Helsedirektoratet, også kalt Barselretningslinjene. Man har grunn til å tro at ikke alle kommuner tilbyr hjemmebesøk til alle barselkvinner i tråd med retningslinjenes anbefalinger.

Hensikt: Studiens hensikt er å se på om og hvordan retningslinjene for barselomsorgen blir fulgt opp. I tillegg ønsket vi å sammenligne oppfølgingen i Østfold fylke med resten av landet.

Metode: Studien er kvantitativ. Det er gjennomført en elektronisk anonym spørreundersøkelse via Onlineundersøkelse.com og dataene er analysert via SPSS med Chi kvadrat tester.

Funn: Litt over halvparten (54,8%) av barselkvinnene fikk hjemmebesøk av jordmor av det totale utvalget. Godt over halvparten (61,6%) fikk besøk på 1-3 dag etter hjemkomst slik som barselretningslinjene tilsier. Det var signifikant flere førstegangs fødende som mottok hjemmebesøk av jordmor sammenlignet med flergangsfødende. Alder, fødselsmetode, amming eller om barnet var innlagt på nyfødtintensiv var ikke assosiert med hjemmebesøk av jordmor. Førstegangs fødende hadde en signifikant større sannsynlighet til å få hjemmebesøk av jordmor sammenlignet med flergangsfødende, OR 1,66 95% KI (1,30-2,00). Ammeutfordringer og vonde bryst var de hyppigste behovene for hjelp som ble rapportert av barselkvinnene ved ønske om flere besøk. Sykt barn og egen helse ble rapportert som hyppigste årsak til at kvinnene oppsøkte legevakt / akuttmottak.

Konklusjon: Litt over halvparten av barselkvinnene fikk hjemmebesøk av jordmor av det totale utvalget. Av disse mottok 2/3 hjemmebesøk av jordmor på 1-3 dag etter hjemkomst slik som barselretningslinjene tilsier. Ammeutfordringer og vonde bryst var de hyppigste behovene som ble rapportert av barselkvinnene

Nøkkelbegreper: Jordmor, tidlig hjemmebesøk, midwife, early discharge, amming, postpartum, breast feeding, home visit

Abstract

Background: Maternity care is constantly changing, and has for several years gradually been changing from an average time spent in the maternity ward with 4,1 days in 1999 to 2,8 days in 2018. As a result of this, the National Guidelines “Nytt liv og trygg barseltid for familien” was released in 2014, published by the Directorate of Health, also called Maternity guidelines. One has reason to believe that not all municipalities offers home visits to all maternity women as the guidelines recommend.

Aim: The purpose of the study is to investigate whether and how the guidelines are followed. In addition, we wanted to compare the follow-up in Ostfold county with the rest of the country.

Method: The study is quantitative. An electronic anonymous survey was conducted via Onlinespørreundersøkelse.com. The data was analyzed via SPSS statistic program with Chi square tests.

Results: More than half (54,8%) of the maternity women received home visit from a midwife. A little more of half (61,6%) received visit within 1-3 days after returning to home, as the guideline indicate. Primiparous women reported to receive home visits significantly more often than multiparous women. Age, method of birth, breastfeeding or whether the child was admitted to NCU (newborn Intensive care unit) were not associated with home visit by midwives. Primiparous women had a larger likelihood of receiving home visit of midwives compared to multiparous women, OR 1,66 95% CI (1.30-2.00) Breastfeeding challenges and sore breasts were the most frequent need for help reported by maternity women for multiple visits. Sick infants and their own health were reported as the most frequent cause of women for attending emergency unit.

Conclusion: The study shows that a little more than half of the maternity women received midwife to come to home visit by the entire selection. 2/3 of these received midwife to come on home visits on 1.-3. day after returning home, as the National guidelines indicate. Breastfeeding challenges and sore breasts were the most frequent needs reported by the maternity women upon request for multiple visits.

Key words: Midwife, Early discharge, home visit, postpartum, breast feeding.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	7
1.2 Studiens formål	8
1.3 Tema og forskningsspørsmål.....	8
1.4 Oppgavens oppbygging	8
1.5 Oppgavens avgrensninger	8
2 Teori grunnlag	10
2.1 Fremgangsmåte i litteratursøk	10
2.2 Tidligere relevant forskning.....	10
2.2.1 Norsk forskning på tidlig hjemmebesøk av jordmor.....	10
2.2.2 Internasjonal forskning på tidlig hjemmebesøk av jordmor	11
2.3 Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen	12
2.4 Jordmors kompetanse i forhold til barselomsorg.....	13
2.4.1 Lovverk i forhold til hjemmebesøk	15
2.4.2 Observasjoner av barselkvinnen.....	15
2.4.3 Observasjoner av det nyfødte barnet	20
2.4.4 Barselomsorgen i et historisk perspektiv.....	23
2.4.5 Dagens jordmor situasjon i kommunehelsetjenesten	24
3 Metode	28
3.1 Forskningsdesign	28
3.2 Utforming av spørreskjema	28
3.3 Data innsamling.....	29
3.4 Analyse av data og presentasjon av utvalget	29
4 Forskningsetiske prinsipper og retningslinjer	32
4.1 Forskningsetiske prinsipper.....	32
4.2 Anonyme data	32
4.3 Formelle tillatelser og samtykke.....	33

5	Resultater.....	34
6	Diskusjon.....	39
6.1	Resultat diskusjon.....	39
6.1.1	Tilbys barselkvinner hjemmebesøk av jordmor innen 1.-3. dag.....	39
6.1.2	Flere mottok hjemmebesøk av helsesykepleier enn av jordmor.....	42
6.1.3	Behov for hjelp rapportert av barselkvinner	45
6.1.4	Faktorer assosiert med hjemmebesøk av jordmor.....	46
6.2	Metode diskusjon	47
6.2.1	Validitet og reliabilitet	48
6.2.2	Overførbarhet/Generalisering.....	50
6.2.3	Styrker og svakheter ved studien	50
7	Implikasjon for praksis.....	53
	Referanser/litteraturliste.....	54
	Vedlegg 1 Søknad og svar fra REK	60
	Vedlegg 2 Søknad og svar fra NSD	67
	Vedlegg 3 Søknad og svar Sykehuset Østfold Kalnes, Barselavdelingen.....	69
	Vedlegg 4 Spørreundersøkelsen	70
	Vedlegg 5 Informasjon til deltagerne	77
	Vedlegg 6 Informasjon til helsestasjonene	79
	Vedlegg 7 Påminnings informasjon til deltagerne.....	80
	Vedlegg 8 Hjemmeside	81
	Vedlegg 9 Data avtale.....	84

Forord

Vår masteroppgave er resultatet fra studiet påbygging til master i jordmorfag ved Universitet i Vestfold. Siden vi begge har tidligere erfaringer fra svangerskapsomsorg, jordmorstyrt fødestue, fødeavdeling, og kombinert føde- og barselavdeling valgte vi i denne oppgaven å se nærmere på første uken etter fødsel, med særlig tanke på barselbesøk av jordmor til kvinnen, det nyfødte barnet og den nye familien. Vi føler oss stolte og ydmyke i vårt jordmor yrke, der vi gjennom kvinners tillit får være delaktig i livets store mysterium, og tilblivelse av den nye familien. Gjennom å bli invitert inn i deres stue, kan vi gi omsorg og støtte i den nyblivende familie relasjonen.

Vi vil først få takke vår veileder, PhD og jordmor Miriam Lukasse, som med ærlighet, latter, klokskap og stor kunnskap har veiledet oss med stor tålmodighet i vår prosess mot vårt sluttprodukt. Du er unik!

Vi vil også rette en stor takk til Katariina Laine som stilte opp med gode råd og hjelp når vi trengte det som mest.

Takk til kommunejordmødrene i Østfold og jordmødrene ved Sykehuset Østfold Kalnes for hjelp til utdelingen av informasjons skriv til spørreundersøkelsen.

Stor takk til Bunadsgeriljaen, Ammehjelpen og alle mennesker på Facebook som har delt lenken til vår spørreundersøkelse via sosiale medier, uten dere hadde vi ikke kommet frem til våre resultater.

Takk til arbeidsgivere som velvillig har gitt oss permisjoner til å få slutført oppgaven.

Takk til vår nærmeste familie som har støttet og oppmuntret i tunge stunder, og har måttet ta til takke med to «reduerte» koner, mammaer og bestemor. Uten deres drahjelp og motivasjon, hadde vi trolig ikke kommet i mål med jordmormasteren.

Østfold 12.desember 2019

Berit Aas og Wenche Rotvold

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Barselomsorgen har gradvis endret seg i Norge de siste titalls årene. Etter at hospitalisering av fødsler i 50- og 60 årene, har man sett en gradvis tendens med å korte ned sykehusoppholdet for føde/barselkvinnene, slik som også i andre sammelignbare land. En desentralisert barselomsorg er i utvikling med en mer tilpasset oppfølging av barselkvinnen og familien i hjemmet i stedet for på sykehus. På 70-80 tallet var det vanlig at kvinnen tilbrakte 5-7 døgn etter fødselen på barselavdeling. Til sammenligning ser vi nå at det er vanlig å reise hjem 1.-2. dag etter fødsel. For å sikre god kontinuitet gjennom barseltiden har Helsedirektoratet gjennom Samhandlingsreformen bestemt at barselfamilien skal følges opp tett etter hjemkomst. Ifølge Nasjonalfaglige retningslinjer for Barselomsorgen fra 2014 «Nytt liv og trygg barseltid» (heretter kalt Barselretningslinjene) står det at barselkvinnen/familien skal ha hjemmebesøk av jordmor i løpet av 1.-3. dag etter hjemkomst (Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen, 2014) (St.meld.nr.47, 2009).

Liggetiden er blitt kortere uten at man i vesentlig grad har økt tilbud om oppfølging i hjemmet. Offentlige omsorgsordninger slik som f.eks. husmorvikaren som man før hadde tilgang til er nå borte. Mange har heller ikke et sosialt nettverk f.eks. bosted i nærhet av øvrig familie, som kan være støttende i barseltiden. Barselperioden regnes som å være en svært viktig periode i en kvinnes liv. Hun står overfor store utfordringer og endringer når hun skal få ansvar for et nytt liv. Man vet at dette kan være svært krevende. Denne perioden innebærer store forandringer for kvinnen. Kroppen endrer seg fra å være en gravid kropp til *en ikke -gravid* tilstand. I tillegg til de fysiologiske endringer skal kvinnen også tilvenne seg livet som småbarns mor.

1.november 2018 trådte en ny bestemmelse i kraft med hjemmel i Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i Helsestasjonens- og Skolehelsetjenesten. Hjemmebesøk etter fødsel er nå nedfelt i loven, og skal derfor tilbys alle barselkvinner, uavhengig om de har fått sitt første barn eller om de har barn fra før. Tjenesten er nå endret fra en *BØR* tjeneste til en *SKAL* tjeneste (Lovdata, 2018).

Gjennom muntlig tilbakemeldinger fra kommunejordmødrene i Østfold er det grunn til å tro at det er store variasjoner i tilbudet i fylket, noe som er bekymringsverdig, da man vet at barselkvinnene er i en sårbar livsfase.

1.2 Studiens formål

Studiens formål er å innhente kunnskap om de nasjonalfaglige retningslinjene for barselomsorgen overholdes i de 18 Østfold kommunene. Videre vil vi se i hvor stor grad kvinner i Østfold får hjelp sammenlignet med tilbudet i resten av Norge. Vi vil innhente opplysninger om hvilke behov for hjelp og støtte barselkvinnene rapporterer, og på den måten belyse hva som er en god barselomsorg for kvinnen, den nyfødte og resten av familien.

1.3 Tema og forskningsspørsmål

Tema: Jordmor på tidlig hjemmebesøk etter fødsel en realitet?

Forskningsspørsmål:

1. Tilbys barselkvinnene hjemmebesøk av jordmor innen 1.-3.dag etter hjemkomst?
2. Hvordan er tilbudet om hjemmebesøk av jordmor i Østfold, sammenlignet med resten av Norge?
3. Hvilke faktorer er assosiert med om barselkvinner får hjemmebesøk eller ikke ?
4. Hvilke behov for hjelp er det barselkvinner rapporterer?

1.4 Oppgavens oppbygging

Det er i innledningen gjort rede for studiens tema, forskningsspørsmål samt hensikt for jordmorfaget. I kapittel 2 vil tidligere forskning bli presentert, samt teoretiske begreper som man opplever har relevans for oppgaven. Videre vil jordmors kompetanse, barselomsorgen i et historisk perspektiv og innholdet i hjemmebesøket hos barselkvinnen og det nyfødte barnet bli omtalt. Kapittel 3 beskriver studiens metodologi. Deretter følger en redegjørelse av forsknings etiske overveielser. Studiens resultater vil bli fremlagt i kapittel 5, og diskusjon av funnene opp mot forskningsspørsmålene vil bli diskutert i kapittel 6. Tilslutt følger en kort implikasjon for videre jordmor praksis.

1.5 Oppgavens avgrensninger

Dette er en kvantitativ studie hvor det er gjennomført en anonym spørreundersøkelse av barselkvinner for å se på prevalens av barselbesøk utført av jordmor i kommunene i Østfold, for så å bli sammenlignet med resten av Norge. Studien tar ikke for seg kvinnens opplevelser eller erfaringer med hjemmebesøks tilbudet. Partnerens behov for hjemmebesøk er ikke belyst i denne studien, da det ble for omfattende å gjennomføre to parallelle studier. Studien er ikke oversatt til flere språk, og inkluderer derfor kun norskspråklige kvinner. Vi fikk inn 20.281 ord i fritekst fra 351 deltagere under spørsmål 25 hvor de kunne komme med tilleggsopplysninger de mente var viktige for oss å vite. Det var 37 svar fra Østfold og 314 var fra resten av Norge. Disse er gjennomlest, av respekt for deltagerne, men er ikke tatt med i analysen da det ville bli for omfattende i en begrenset masteroppgave. Vi velger å ikke sammenligne de 18 Østfold kommunene med hverandre da det fra enkelte kommuner forelå svært få eller ingen svar.

2 Teori grunnlag

2.1 Fremgangsmåte i litteratursøk

Litteratursøket ble foretatt i Oria som inkluderer alle USNs bibliotek databaser, med følgende nøkkelord: Jordmor, tidlig hjemmebesøk, barselkvinne, amming, midwife, early discharge, postpartum, breastfeeding, homevisit.

2.2 Tidligere relevant forskning

2.2.1 Norsk forskning på tidlig hjemmebesøk av jordmor

I 2017 gjennomførte Ammehjelpen i Tromsø en brukerundersøkelse, «Jordmor hjem etter fødsel- skjer det?», hvor jordmødrene i Norges kommuner deltok. Det ble konkludert med at kun 17% av kommunene fulgte Helsedirektoratets anbefalinger, 46% gjorde det ikke og 37% gjorde det delvis. Knapphet eller mangel på jordmor ressurser var oppgitt som grunn for mangelfull oppfølging i barseltiden (Ammehjelpen i Tromsø og omegn, 2017).

Flere masteroppgaver har tatt for seg hjemmebesøk av jordmor etter hjemkomst fra barsel. Tine G. Aaserud har sett på kvinners opplevelse av og erfaring med hjemmebesøk. Hun brukte en kvalitativ tilnærming med dybdeintervju av ni kvinner. Her konkluderte hun med at hjemmebesøk av jordmor sannsynligvis kan bidra til at kvinnene opplever mestring av sin nye livssituasjon bedre. I et av intervjuene sier en kvinne: *«så vi var jo veldig glad når vi var hjemme og alt var trygt og godt da, det var vi, og så hadde vi allerede en avtale med jordmor at hun skulle komme, sånn at det var veldig betryggende å vite at de kom til å følge opp»* (Aaserud, 2014). En studie av Hjälmhult og Økland «Hva er barselkvinners opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt» påpeker at mødre kan ignorere grunnleggende behov hos seg selv, som å spise, sove og utholde smerte, de tøyser sin egen tåleransegrense og søker anerkjennelse. Det å lykkes med ammingen synes å være en viktig og følsom del av morsrollen (Hjälmhult & Økland, 2012).

En studie av Tjora i 2010 støtter internasjonal forskning som konkluderer med at tidlig hjemreise etter fødsel før ammingen er etablert fører til økt reinnleggelse. Årsaken er dehydrerte barn (Tjora & Reigstad, 2009).

Vi har pr i dag ingen gode verktøy (statistikkbank) for å finne ut hvor stor andel av nyfødte som reinnlegges etter at de er skrevet ut fra barselavdelingen, så det er vanskelig å sammenligne mors liggetid på barsel med barnets liggetid på sykehuset etter fødselen.

2.2.2 Internasjonal forskning på tidlig hjemmebesøk av jordmor

Kvinner i en svensk undersøkelse gjort i Stockholm ga uttrykk for at de hadde behov for både fysisk og psykisk støtte etter fødselen (Barimani, Oxelmark, Johansson & Hylander, 2015). De savnet også hjelp og støtte til ammingen. Flere ga uttrykk for at de følte at kontakten de hadde hatt med jordmor i svangerskapet ble brutt så brått, og de ønsket at de kunne ha blitt fulgt opp etter fødselen. En telefonsamtale hadde hjulpet masse. Noen følte at de var for slitne til selv å ta kontakt med jordmor for å få hjelp og støtte (Barimani & Vikstrom, 2015).

Når det gjelder tidlig hjemreise og sammenheng med gulsot viser en Australsk studie fra 2014 at nyfødte som skrives ut fra barselavdelingen etter 2 dager har en høyere risiko for reinnleggelse på grunn av gulsott sammenlignet med de nyfødte som ble skrevet ut etter ≥ 3 dager. Man fant at 8/1000 ble reinnlagt på grunn av gulsott de første 14 dager (Lain, Roberts, Bowen & Nassar, 2015). Man ser en årsakssammenheng med at tidlig hjemreise kan virke inn på ammingen hvis man ikke har fått nok adekvat informasjon. Ammeveiledning ansikt-til-ansikt har vist seg å være mest effektivt for å øke amme frekvens (McFadden et al., 2017). Denne sammenhengen økte med kortere svangerskapslengde, altså de som kommer under benevnelsen «Tidlig termin» (uke 37-38) (Lain et al., 2015). Man kunne så tidlig som på 1990 tallet se samme tendens med reinnleggelse av tidlig utskrevne barn (< 30 timer) fra barsel, og konkluderte med at det var svært viktig med en god seleksjon for å identifisere dem som måtte få et lengre opphold på barselavdelingen for å unngå reinnleggelse (Liu L, Clemens & Shay, 1998).

En studie fra Sveits fra 2004 sammenligner barselomsorgen hvor kvinner som skrives ut tidlig mot kvinner som har et forlenget barselopphold på sykehuset. Her finner man at det er lik tilfredshet i sykehusoppholdet i begge grupper. De som har jordmor oppfølging i hjemmet har høyere frekvens av amming, mindre ammeproblemer og høyere tilfredshet med hjelpen de fikk. Man ser en høyere prosent reinnleggelse av barnet de første 6 mnd (12% vs 4,8%) i gruppen som reiste hjem tidligere (Boulvain et al., 2004).

Samme trenden kan man se i Danmark, en økende forekomst av reinnleggelse etter tidlig hjemreise. En kvalitativ studie fra 2008 om kvinners opplevelse etter tidlig hjemreise og reinnleggelse viser at prosenten med hjemreise innen 48 timer etter fødselen økte fra 20% i 1997 til 33% i 2008. Årsaken til reinnleggelse er assosiert med dårlig vektoppgang, ammeproblemer og gulsott. Man er bekymret for at kvinnene skal føle seg mislykket som forelder og at de ikke skal klare å leve opp til sine egne forventninger. Ammeproblemer gjør lett at kvinner føler seg usikre på foreldrerollen og sin evne til å ta vare på barnet (Feenstra, Nilsson & Danbjorg, 2019).

En Meta-syntese av Nilsson et al. konkluderer med at tidlig hjemreise styrker foreldrene i foreldrerollen. Foreldrene opplever et hav av følelser hvor ansvarsfølelsen for det nye barnet dominerer. Spesielt beskriver mødre en overveldende følelse som påvirker livet deres. Tidlig hjemreise gir de nybakte foreldre mulighet til å være sammen om oppgaven, deres ansvarsfølelse øker og forhold styrkes. Deres selvfølelse som foreldre styrkes (Nilsson et al., 2015). Også i Frankrike har man innført tidlig hjemreise etter fødsel. En studie fra 2010 om amming i forhold til tidlig hjemreise rapporterer at tidlig hjemreise med en god oppfølging av jordmor rett etter hjemkomst er viktig for positiv ammefrekvens (Cambonie et al., 2010). Australia regnes også som et «High Income» land og som vi kan sammenligne oss med. I «Maternity Care in Australia» utgitt av The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists vektlegges en helhetlig omsorg til kvinnen gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Kvinnen skal hele tiden ha tilgang til støtte og hjelp dersom det oppstår problemer knyttet til tiden rundt fødsel og barseltid. Det legges vekt på at kvinnen i postpartum perioden skal tilsees av kompetent personale slik som jordmor og lege med tanke på f.eks. blødning, infeksjoner, tromboembolisme, eller smerteproblematikk. Videre er det også lagt vekt på at foreldreskapet skal støttes med tanke på psykososiale problemer (Maternity care in Australia, 2017).

2.3 Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen

Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer inneholder råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging av pasient-, bruker- eller diagnosegrupper innenfor helse- og omsorgstjenestene. Nasjonalfaglige retningslinjer bygger på kunnskapsbasert praksis. Rådene skal være veiledende og konkrete slik at man lett kan følge anbefalingene. Velger man å avvike fra det som kalles en *sterk anbefaling* skal dette dokumenteres i pasientens journal hvorfor man velger å avvike fra anbefalingen. Målet med en nasjonalfaglig retningslinje er å hjelpe helsepersonell til å utøve lik praksis med tanke på veiledning og behandling, samt å hjelpe helsepersonell til å ta gode beslutninger basert på faglig sterk forskning. På denne måten kan man fremme god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Gode retningslinjer inneholder i tillegg informasjon om kvaliteten på benyttet dokumentasjon og styrken på gitte anbefalinger (Helsedirektoratet, 2012).

I 2009 kom St.meld. nr. 12 (2008–2009) «*En lykkelig begivenhet.*» som tok sikte på å legge til rette for oppfølging av barselkvinnen og barnet i hjemmet etter fødselen, et samarbeid mellom helsestasjonene og fastlegene. Det fremkommer ikke her tydelig hvilken yrkesgruppe på

helsestasjonen som skal utføre hjemmebesøkene etter fødselen, og heller ikke tidsperspektivet. Helsedirektoratet kom i 2014 med ny retningslinje for barselomsorgen «Nytt liv og trygg barseltid for familien». I denne fremkommer det derimot sterke anbefalinger til kommunene om å tilby hjemmebesøk av jordmor til barselkvinnene og det nyfødte barnet innen 1.-3. døgn etter hjemreisen fra barselavdelingen. Det anbefales individuell oppfølging der kvinner med gode erfaringer fra tidligere fødsler, barseltid og amming tilbys hjemmebesøk i løpet av de tre første døgnene etter hjemreise. I tillegg presiseres det også at for kvinner med komplisert fødsel, hjemmefødsel eller ambulans fødsel samt vanskelig ammestart bør det tilbys ytterligere et hjemmebesøk av jordmor. For spesielt sårbare og utsatte barselkvinner anbefales det individuelle fleksible hjemmebesøk for å støtte barselkvinnen og familien i den nye situasjonen, med tanke på å forebygge barseldepresjoner (Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen, 2014).

1.november 2018 trådte en ny forskrift i kraft med hjemmel i Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2.nr2 at kommunen skal tilby hjemmebesøk i barselomsorgen, og er dermed blitt en lovpålagt oppgave for kommunene. Vi går fra en *sterk anbefalt* tjeneste til en *skal* tjeneste (Lovdata, 2018).

2.4 Jordmors kompetanse i forhold til barselomsorgen

Jordmorutdanningen i Norge bygger på Bachelor i sykepleie, og er fra 2019 blitt Masterutdanning med 120 studiepoeng. Det kreves autorisasjon som sykepleier med minst 1 års erfaring før inntak. I rammeplanen av 2005 som avløser forskriften for jordmorutdanningen av 1980 kan man finne argumenter for at jordmor er faglig kompetent til selvstendig å ta ansvar for barselkvinnen og det nyfødte barnet. Jordmødrene skal blandt annet være kvalifiserte til et minimum å utøve følgende virksomhet i tiden etter fødsel:

- *undersøkelse og pleie den nyfødte; ta alle nødvendige initiativer i nødstilfeller og eventuelt foreta øyeblikkelig gjenopplivning*
- *pleie og overvåke moren i tiden etter fødselen og gi alle nødvendige råd om spedbarns stell med henblikk på å gjøre det mulig for moren å sikre den best mulige utvikling av det nyfødte barn.* (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a)

Å sikre kontinuitet i omsorgen for kvinnen og barnet starter gjerne med tett oppfølging av jordmor i svangerskapet der en nær relasjon gjerne utvikles og tillit kan oppstå. Dette videreføres og tas med inn i relasjonen ved hjemmebesøket hos mor, nyfødt og den nybakte familien etter hjemkomst fra barselavdelingen. Jordmødrene har stor kompetanse gjennom utdanningen og har erfaring med kvinnehelse, svangerskap, fødsler, og barseltid opp mot 6 uker etter fødsel. Å føde barn er for de

fleste kvinner en stor begivenhet i livet. Det er en sårbar periode, og rollen som mor skal oppstå. I denne tiden skal også tilknyttingsprosessen til barnet utvikles, og barnet er helt avhengig av morens omsorg i startfasen av livet. Jordmødrene har kompetanse rundt fysiologiske, psykologiske og sosiale endringer hos mor, og kan tidlig avdekke problemer som traumatisk fødselsopplevelse, barseldepresjon, tilknytningsvansker eller ammeproblemer. De har en viktig støtte og veiledningsfunksjon over for mor/far i tilblivelsen av foreldrerollen. I tillegg har de eget selvstendig observasjonsansvar for det nyfødte barnet, for eksempel vurdere ernæringsstatus, eller icterus. Ingen barselkvinner er like, og behovet for individuell veiledning og oppfølging bør etterstrebes. Noen kvinner er ekstra sårbare og trenger ekstra oppfølging og støtte f.eks. ved aleneansvar for barnet, lite nettverk rundt seg, psykiske problemer eller er voldsutsatte (Brunstad & Tegnander, 2017). Barselretningslinjene åpner derfor for flere hjemmebesøk av jordmor. Jordmors samarbeidskompetanse med andre yrkesgrupper er også sentralt. En tidlig, gjerne telefon kontakt mellom barselavdelingen og kommunejordmoren er avgjørende for om kvinnen får hjemmebesøk av jordmor innen 1.-3.dag etter hjemkomst. I følge rammeplan for jordmorutdanningen går det frem at jordmor skal kunne arbeide selvstendig og sammen med andre innenfor hele det jordmorfaglige området. I barselomsorgen vil det si at hun skal kunne iverksette tiltak og evt tilkalle legehjelp for kvinnen og barnet hvis det er behov for det, for eksempel kontakte spesialisthelsetjenesten med gynekolog ved blødninger post partum eller barnelege ved mistanke om avvik hos barnet. Det er også naturlig med samarbeid med helsesykepleier i form av rapport om kvinnen og barnet, for videre oppfølging av helsestasjonstjenesten.

2.4.1 Lovverk i forhold til hjemmebesøket

Innholdet i hjemmebesøket styres i hovedsak av Barselretningslinjene fastsatt av Helsedirektoratet. Alle hjemmebesøk bør tilpasses individuelt. I følge Pasient - og Brukerrettighetsloven kap 3. fremkommer det at brukeren har rett på medvirkning og det skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Det skal legges stor vekt på hva brukeren mener selv den har behov for (Lovdata, 2019).

Jordmor på sin side må også forholde seg til Helsepersonelloven som har til hensikt å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Gjennom loven forplikter man å utøve sitt yrke på en forsvarlig måte, overholde taushetsplikt, dokumentasjonsplikt, meldeplikt til folkeregistreingsmyndigheten ved fødsel/død, samt opplysningsplikt til barnevern, nødetater, helsetilsyn (Lovdata,2019). Helsetilsynet påpeker at perioden mellom kvinnen forlater sykehuset til det er opprettet kontakt med helsestasjonen og jordmor er en kritisk periode. Det er derfor svært viktig at man følger de anbefalinger som ligger til grunn i Barselretningslinjene med at jordmor kommer på hjemmebesøk i løpet av 1.-3. dag etter hjemkomst. Vi vet videre at det er variasjoner fra i hvor lenge de enkelte sykehus tilbyr kvinnen å være på barselavdelingen. Vi antar at de store fødeinstitusjonene er mere presset på lokaliteter og derfor sender kvinnene hjem tidligere enn små fødeenheter og fødestuer som har en mulighet for et lengre sykehusopphold etter fødselen. Men man kan se at gjennomsnittlig liggetid etter fødsel er 2-3 dager. (se fig. 2-2)

2.4.2 Observasjoner av barselkvinnen

Jordmor har gjennom sin utdanning og erfaring stor kompetanse på observasjoner av kvinnen etter at hun har født. Barsel perioden er en tid i livet som er preget av store endringer, både fysiologisk og psykisk for kvinnen.

Amming

Etter at Mor/Barn vennlig initiativ ble innført i løpet av perioden 1993-1996 på de fleste norske sykehus har man lagt vekt på at barnet skal få amme så mye og så ofte det er behov for. Mor-barn vennlige sykehus er en konsekvens av WHO/Unicefs Baby – Friendly Hospital Initiativ, som kom som et tiltak for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn (WHO, 1989) (WHO, 2018). Rett etter at barnet er født begynner brystene å produsere kolostrum. Dette er den første råmelken

som er så viktig for barnet. Stress og lite søvn vil føre til økning av adrenalin i kroppen, som igjen vil hemme produksjonen av oxytocin som er nødvendig for melkelaktasjon. For mange som reiser tidlig hjem fra barselavdelingen vil ikke melkeproduksjonen være kommet i gang enda, da den for de fleste kommer i løpet av 2-4 døgn etter fødsel (Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA), 2019). Kvinner kan ha såre brystknopper, sprenge bryst, og kan oppleve vansker med å få barnet til å ta brystet. Det er viktig at jordmor viser stor tålmodighet og avsetter tid, i tillegg gjerne observerer en ammesekvens for å kunne identifisere eventuelle ammeutfordringer. Det må tas hensyn til om man intuitivt merker at kvinnen ikke ønsker å vise sine bryster av bluferdighets hensyn. Ammeutfordringer kan dreie seg for eksempel om at barnet ikke gaper godt nok over hele brystknoppen, stramt tungebånd hos barnet, gult og trøtt barn, melkespreng hos mor, flate eller innadvendte brystknopper, eller at mor er sår slik at hun vegrer seg for å amme på grunn av smerter (Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA), 2018).

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold for perioden 2017-2021 har som mål å øke andelen både som fullammes til 6 mnd, og som ammes til de er 1 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det anbefales også at så lenge barnet trives og vokser fint, og at mor trives med ammingen er det ingen grunn til å gi barnet noen annen mat og drikke enn morsmelk de første 6 mnd av livet (Nasjonal faglig retningslinje for Spedbarns ernæring, 2017). Man har grunn til å anta at andelen kvinner som får god støtte i tidlig postpartum periode ammer hyppigere og lengre (McFadden et al., 2017). For å oppnå dette er det viktig at jordmødrene kommer tidlig inn med ammeveiledning, samt tilbyr flere hjemmebesøk til de kvinnene som trenger ekstra støtte og veiledning i den første uken etter hjemkomst. En forutsetning for god ammeveiledning til kvinner er at jordmødre/helsesykepleiere er faglig oppdatert. Nasjonal senter for amming tilbyr videreutdanning til helsepersonell. En annen viktig rolle er samarbeid mellom jordmor og helsesykepleier slik at kvinner får samme informasjon utover i barseltiden.

Søvn og hvile

En undersøkelse i 2000 viser til at omtrent halvparten av barselkvinnene oppga at de ikke fikk tilstrekkelig med søvn og hvile etter fødselen. Det som var sterkest assosiert med for lite søvn var å ligge på flersengs rom (Eberhard-Gran, Eskild, Opjordsmoen & Schei, 2000). Føde- og barselavdelingen har en viktig rolle ved å bidra til å gi familien og det nyfødte barnet en god start på livet ved å støtte og formidle kunnskap om spebarnsomsorg. Kvinner med langvarige fødsler trengte i større grad søvn og hvile for å komme seg etter fødselen. Søvnmangel vil etterhvert føre til

irritabilitet og en depressiv tilstand (Eberhard-Gran et al., 2000). Ved hjemmebesøk ser man ofte at kvinnen er sliten, sover lite og oppstykket. Tiden på barselavdelingen kan ha vært preget av uro fra personalet der mange undersøkelser av mor og barn skal gjennomføres, samt mye besøk av familie og venner. Det blir derfor viktig med god informasjon til kvinnen om viktigheten av søvn for å kunne produsere melk til barnet (Eberhard-Gran et al., 2000).

Rifter og Blødning

Man vet at kroppen endrer seg mye i barseltiden, spesielt gjelder dette underlivet. Opp mot 85% av alle kvinner som føder vil få en fødselsskade slik som rifter og episiotomi i underlivet (Den Norske Legeforening, 2014). Dette kan være svært smertefullt for kvinnen. Man skiller mellom rifter fortil og rifter bakover. Fortil rifter har som regel ingen senere konsekvens for kvinnen. Det kan derimot rifter som går bakover og affiserer lukkemuskelen. Jordmor på hjemmebesøk tilbyr tilsyn av kvinnens rifter ved behov. Det gis informasjon om eventuell smertelindring, sittestilling samt tiltak for å forebygge obstipasjon. En mindre andel kvinner får dessverre rift grad 3 og 4 som affiserer muskulus sfinkter ani. Studier har vist at rifter som har ført til at kvinnen har blitt inkontinent for både luft og avføring kan være svært invalidiserende og ødeleggende for det sosiale livet.

Man vet at sfinkter rupturer kan føre til anal inkontinens, og at ruptur grad 4 gir en signifikant økt risiko for analinkontinens (Laine et al., 2011).

Forekomsten av anal fekal inkontinens etter fødsel varierer fra 7,3% til 29% i noen studier, mens flatus inkontinens er rapportert til 25-26% (Guise et al., 2007) (Eason, Labrecque, Marcoux & Mondor, 2002). En stor andel kvinner rapporterer om at de får redusert kvaliteten på sitt seksualliv med smerter ved samleie første år etter fødselen. En større andel kvinner rapporterer i tillegg at gjenopptagelse av seksuallivet etter fødselen er utsatt opp mot 1 år (Fodstad, Staff & Laine, 2016). Kvinner som er kjønnslemlestet står i en særskilt stilling med tanke på smerter i underlivet etter fødsel. Man ser at kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse opplever smertefulle samleier og problemer knyttet til fødsel slik som forlenget åpningstid og store perineal rifter. En rapport fra Mali antyder at kvinner som er kjønnslemlestet har nesten 7 ganger så stor risiko for å oppleve komplikasjoner i forbindelse med fødselen (Jones, Diop, Askew & Kaboré, 1999).

Det er lite dokumentasjon på hvilke psykologiske senskader kjønnslemlestelse medfører, men man har sterke indikasjoner på at dette gir et psykisk traume som de vil bære med seg resten av livet.

Ut fra enkelte studier ser man at det er relativ stor sammenheng mellom graden av kjønnslemlestelse og risikoen for obstetriske komplikasjoner. Blant annet har man sett at

frekvensen av dødfødsel er høyere hos de som har vært utsatt for kjønnslemlestelse. Risikoen øker med omskjæringens omfang (Vangen, Hoffmann, Flo, Lorentzen & Sand, 2006). Komplikasjoner som kan ha konsekvenser for barselperioden er urinretensjon, høy andel keisersnitt, rifter og fistler som kan omfatte urinrør og endetarm og dødfødsler (Vangen et al., 2006).

På hjemmebesøket snakker jordmor med kvinnen angående renselse eller blødning.

Etter fødselen trekker uterus seg sammen. Smerter som følge av dette kalles etterrier. Uterus skal tømme seg for blod der hvor den retroplacentære implantasjon har vært. Normalt kan man blø opp mot 500 ml etter fødselen. I de neste dagene har man en blødning som minner om menstruasjon. Enkelte kvinner blør over gjennomsnittet, og er dermed utsatt for et unødvendig stort blodtap, noe som igjen fører til en lav Hemoglobin status. Kroppen takler vanligvis dette godt, gjennom det økte blodvolumet som er bygd opp gjennom svangerskapet. Det kan bli nødvendig med tilførsel av jern i barseltiden, og da gir jordmor veiledning angående kosthold og forebygging av obstipasjon. Kvinnen gis informasjon om unormal lang blødning, illeluktende renselse, og infeksjonstegn fra uterus slik at lege kan kontaktes (Brunstad & Tegnander, 2017).

Bekkenleddsmerter

Noen kvinner har hatt problemer med bekkensmerter i svangerskapet og smertene kan vedvare i barseltiden. Bekkenet består av flere bein som er sammensatt med en bruskeforbindelse, og det er lite bevegelighet mellom dem. I løpet av svangerskapet vil denne brusken kunne bli hormonelt påvirket, slik at det oppstår smerter i bekkenleddene. Denne hormonelle prosessen er en naturlig del av svangerskapet, men hos noen kvinner blir bevegeligheten invalidiserende. Kvinner som nylig har født har hatt en stor påkjenning av bekkenet. Man antar at 25% av gravide og 5% etter fødsel har rygg- og bekkenleddsplager i en slik grad at de søker medisinsk hjelp (Vleeming, Albert, Östgaard, Sturesson & Stuge, 2008). Daglige aktiviteter som å gå, løfte, snu seg i seng, husarbeid, jobb, fritid og sexuelliv kan være en stor utfordring. Dette fører igjen til reduksjon av livskvaliteten. Smerter og utfordringer knyttet til bevegelser er en vesentlig faktor for kvinnens psykiske helse etter fødselen, noe som igjen kan påvirke hennes evne til å gi omsorg til barnet. En studie viser at antallet kvinner som opplever en total forbedring av bekkensmertene er svært høy, men fortsatt rapporterer 3% fortsatte smerter. Høye bekkensmerter gir signifikant økning av følelsesmessig stress (Bjelland, Stuge, Engdahl & Eberhard-Gran, 2013). Randomiserte studier der effekten av tiltak for rygg- og bekkensmerter etter fødselen ble undersøkt viser at spesifikk trening med fokus på stabilitet i bekkenet er mest effektivt. De europeiske retningslinjer for bekkenleddsmerter

anbefaler at det gis kunnskapsbasert informasjon og trygging av pasientene. Bekkenbelte, krykker eller stabilisering av iliosakralledd skal vurderes individuelt (Stuge, 2010).

Foreldrestøtte

Når kvinnen kommer hjem med et spebarn fra barselavdelingen, er det vanligvis mange spørsmål som dukker opp. Foreldrene har ulik erfaring og trygghet i foreldre rollen. Det er en ny og krevende situasjon for dem, og forventninger til foreldrerollen kan føre til at de føler seg alene og utilstrekkelige (Hjälmhult & Økland, 2012). Mor og barn trenger ro og tid til å bli kjent med hverandre. Foreldrene trenger støtte og omsorg i sin nye rolle. Jordmors oppgave blir å gi råd og svare på spørsmål, samt gi støtte og veiledning. Støtte kan styrke foreldrenes mestringsevne og gi dem trygghet i situasjonen. For enklere kontakt raskt etter hjemkomst kan det være lurt å gi kvinnene telefon nummer til jordmor før fødsel, slik at kontakten etter hjemkomst raskt etableres. Det er viktig at kvinnen vet hvor hun kan henvende seg, og hvem som skal ha ansvaret for henne og barnet i barseltiden (Barimani & Vikstrom, 2015).

Barseldepresjon

Kvinnen er ekstra sårbar i denne livsfasen. Mange får en gjennomgang av fødselen før de reiser hjem, og har ofte med seg kopi av partogrammet. Likevel viser det seg at mange barselkvinner har fortsatt spørsmål rundt fødselen og behov for å gå igjennom sin opplevelse pånytt. De trenger hjelp til å bearbeide reaksjoner og følelser, samt få snakket om selve hendelsesforløpet. Dette er viktig forebyggende tiltak for å redusere risikoen for barseldepresjon. Når jordmor kommer på hjemmebesøk vil hun sannsynligvis ha et bredere fokus på kvinnens helse enn f.eks helsesykepleier, som ikke har kvinnehelse som fagkompetanse (Norsk Sykepleierforbund, 2017). Jordmor har fokus på både mors fysiske og psykiske helse i tillegg til barnets helse. Mors psykiske helse spiller en stor rolle for kontakt med spebarnet i barselperioden. Spebarnets utvikling avhenger av hvordan kontakt barnet har hatt med mor (Moe, Slinning & Hansen, 2010). Fødsel er en faktor som kan være utløsende for en depressiv tilstand hos kvinnen (Eberhard-Gran, 2011). Det er derfor svært viktig å få avdekket dette på et tidlig tidspunkt, slik at man kan sette inn tiltak for å forhindre en alvorlig depresjon. Man skiller mellom 3 ulike stadier i mors sinnstilstand etter fødselen. Barseltårer, barseldepresjon (fødselsdepresjon) og barselpsykose. Barseltårer som er svært vanlig er en forbigående følelsesmessig tilstand som så mange som 50-80% rammes av. Denne tilstanden varer som regel 2-4 dager. Hovedårsaken regner man med er hormonell

(Eberhard-Gran, 2011). Det kan også sees på som en psykisk utløsende årsak for lang spenning om fødselen og at det har gått bra. Søvnmangel i forbindelse med fødselen kan også være en utløsende faktor.

Barseldepresjon kan oppstå i forbindelse med fødsel, men skiller seg ikke vesentlig fra annen depresjon. Kvinnen kan bli mere likegyldig til å stelle og amme barnet. Hun kan bli plaget med vonde tanker og kan slite med fantasier om å skade seg selv eller barnet. Skyldfølelse for ikke å ha de forventede morsfølelsene er plagsom for noen (Eberhard-Gran, 2011).

Barselpsykose kan komme som en følge av en bipolar lidelse. Det er en akutt tilstand som som regel inntreffer rett etter fødselen. Denne tilstanden krever som regel sykehusinnleggelse på psykiatrisk sykehus. Risikoen for psykose er 20-25 ganger høyere når man nettopp har født enn senere i livet. (Milap Kumar et al., 2012).

Også i andre land kan man se lignende tendenser. I USA ser man en forekomst av postpartum depresjoner på 10-15% (Milap Kumar et al., 2012). Det er mange faktorer som kan føre til barseldepresjon. En av årsakene er hormonell. Nivået av østrogen, progesteron og cortisol faller dramatisk i løpet av 48 timer etter fødselen. Noen kvinner er svært sensitiv for denne hormonendringen. Andre faktorer som vi vil trekke frem er ammeutfordringer, søvnmangel, utfordringer i foreldreskapet, komplikasjoner i svangerskapet og syke barn.

EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale er utviklet som et redskap for å avdekke barseldepresjoner. Det er et spørreskjema som kvinnen selv skal fylle ut, og som danner et grunnlag for videre samtaler og ev behandling. EPDS ble opprinnelig utviklet av prof. John Cox i Edinburgh. Skjemaet har stor utbredelse i mange land og brukes i stor grad i Norge (Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2014).

2.4.3 Observasjoner av det nyfødte barnet

Jordmor på hjemmebesøk etter fødsel har også ansvaret for å observere det nyfødte barnet. Overgangen fra en intrauterint tilværelse til et ekstrauterint liv medfører store forandringer i barnets kropp. Som regel går dette relativt uproblematisk, men et tilsynelatende frisk nyfødt barn kan imidlertid plutselig bli kritisk syk. Jordmor må kunne gjenkjenne den nyfødtes normale utseende og adferd, samt når det avviker fra normalen. Nyfødte barn blir undersøkt av barnelege 2.dag før utreise, og er i utgangspunktet helseklarert for hjemreise. Likevel er det en del barn som kommer hjem med forhøyet bilirubin, lett icterus. Det er fysiologisk normalt at nyfødte har

problemer med nedbryting av røde blodceller siden leveren har begrenset kapasitet til å skille ut bilirubin, via gallen i tarmen. Normalt er blodverdiene på sitt høyeste ved 3.- 4.døgn etter fødsel, og hudfargen til barnet vil være gylden brun/gul. Alvorlig icterus hos nyfødte kan forårsake hjerneskade, derfor er det viktig at «gule barn» alltid tas bilirubin prøver av (Ruud Hansen, 2010) (Smerud, Solevåg, Hansen & Grønn, 2015).

Jordmors rolle på hjemmebesøk er å observere barnets hudfarge, våkenhet/trøtthet, slapphet og evne til å ta til seg ernæring. Man snakker med mor hvor lenge barnet sover av gangen, virker barnet våkent ved stell/bleie skift og om barnet er sugevillig ved brystet. Mange nyfødte har kontrolltime hos barnelege etter utskrivning fra barselavdelingen for å kontrollere om bilirubinen er stigende eller synkende. Reinnleggelser fra hjemmet for evt lysbehandlinger forekommer derfor. For jordmor er det viktig å huske på at «gule barn» trenger ekstra væske tilførsel, og bør ammes hver tredje time, og man må se på konsentrasjon av urin/hyppigheten av våte bleier.

Spebarnets ernæring

Barnet veies ved hjemmebesøk. Dette for å følge med om barnet øker i vekt i forhold til fødsel og utreisevekt. Som tidligere nevnt kommer ikke mors melkeproduksjon i gang før på 3.- 4.dag så det nyfødte barnet tærer på sitt fettreservorar, samtidig som blodsukret holdes oppe via mors kolostrum/råmelk. Nyfødte kan ha en normal vekt nedgang inntil 8-10% av fødselsvekten i løpet av den første leveuken. Dette skyldes i hovedsak væsketap inntil mors melkeproduksjon er etablert (Tjora & Reigstad, 2009).

Ved vekttap ut over dette bør barnet vekkes og legges til brystet for amming oftere enn hver 3.time, evt få pumpemelk fra mor eller som siste utvei vann eller morsmelkerstatning (MME) på kopp.

10-Trinn for vellykket amming

1. *Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre*
2. *Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming*
3. *Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få dette til*
4. *Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud–mot-hud kontakt og støtte mødrene i å komme i gang med ammingen så snart som mulig*
5. *Veilede mødrene i å etablere og opprettholde amming, og til å håndtere vanlige ammeproblemer*
6. *Ikke gi morsmelk ernærte nyfødte noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk unntatt når det er medisinsk grunn til det*
7. *Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet*
8. *Veilede mødrene i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult*
9. *Veilede mødrene om mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen*
10. *Planlegge utreise ved å etablere kontakt med kommunehelsetjenesten, slik at foreldre og deres nyfødte sikres kontinuerlig støtte og hjelp.*

Kilde: (Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA), 2018)

Spebarnets vekst vil variere fra barn til barn. Man forventer ca 180 gram vektøkning pr uke i gjennomsnitt. Laveste vekt nås etter 3-4 dager, og brysternært barn henter som regel igjen fødselsvekten etter 8-9 dager (Nasjonal faglig retningslinje for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2017). Man bruker et persentilskjema for å følge barnet vekstkurve, som er unikt for hvert enkelt barn. Store barn ved fødselen (over 3500g), som plasserer seg høyt oppe på kurven når de er født vil ofte legge seg lavere etter fødselen. Små barn (under 3000g) ved fødselen, vil kanskje etter hvert legge seg litt høyere enn der de startet og følger gjerne denne kurven (Ammehjelpen i Tromsø og omegn, 2017) (Nasjonal faglig retningslinje for Spedbarnsernæring, 2017).

Retningslinjer for spedbarnsernæring anbefaler fullamming av barnet, dvs. det ikke er nødvendig å gi andre vitaminer eller mineraler i tillegg, ei heller vann. I tillegg anbefaler man selvregulering, barnet til brystet så ofte som barnet selv vil. Man spør mor om spedbarnets eliminasjon, urin/avføring, for å få et overblikk over om morsmelken er begynt å komme. Normalt skal urin fargen være strågul, og avføringen går over fra svart mekonium til gul kornete avføring. Dette skjer gradvis når barnet begynner å få morsmelk.

Jordmor på hjemmebesøk vil undersøke navelen til det nyfødte barnet. Huden rundt navelen skal være normal hudfarge og ikke ha rødhet som kan være et tegn på navleinfeksjon. Ofte har ikke navelen begynt å løsne, og det kan være behov for å veilede mor om navelstell.

Samspill mellom foreldre og barn

Et godt tidlig samspill mellom spebarnet og foreldrene er svært viktig for barnets utvikling og tilknytning til sine foreldre. Det er derfor viktig å tidlig vurdere samspillet mellom foreldre og barnet for å kunne avdekke en eventuell omsorgssvikt. NBO (Newborn Behavioral Observations) kan være en strukturert måte å avdekke/vurdere omsorgsevnen til foreldrene. Jordmor kan observere hvordan foreldrene behandler barnet, om de viser bekymring for noe som kan være galt og om de holder om barnet og trøster det ved uro og gråt hos barnet (J. Kevin et al., 2018).

Kripos har i sin rapport av okt 2019 avdekket at det er de aller minste barna som er mest utsatt for skadelig vold, i verste fall med døden til følge (Kripos, 2019). I Oktober 2019 lanserte Stine Sofiestiftelsen et program som heter «Foreldrepakken». Dette er et selvhjelpsprogram til nybakte foreldre for å takle de utfordringer et nyfødt barn kan gi. Foreldrene får et verktøy som skal hjelpe dem i en presset situasjon for å forhindre at deres handlinger forårsaket av barnets gråt og uro kan føre til utilsiktet vold av barnet (Stine Sofie stiftelsen, 2019). For å forbygge omsorgssvikt har man på R-Bup iverksatt et program som heter «Familie for første gang». Dette skal hjelpe sårbare foreldre med dårlige ressurser og støtteapparat til å ivareta barnet de to første leveår. Dette er nytt i Norge, men man har lang erfaring med det tilbake siden 1977 fra land som Usa, Canada, England, Skottland, Nord-Irland og Australia (Regionsenter for barn og unges psykiske helse, 2019).

2.4.4 Barselomsorgen i et historisk perspektiv

Det har alltid vært kvinner som har hjulpet andre kvinner med fødsler og barseltid. Det var stort sett gifte kvinner som hjalp medsøstre med fødselshjelp og amming, og de var ofte ufaglærte og ble kaldt hjelpekoner/nærkoner. I 1664 skriver den danske lege Thomas Bartholine « ... *hun skal være saa sterk og saa gammel, at hun kan taale anstrengelser, og hun skal have født selv og være enke*». De første hjelpekonene vi kjenner til var i Bergensområdet rundt 1500-tallet. På denne tiden var det prestene som stod for ansvaret for undervisning av hjelpekonene, og ritualer og bønner var en del av undervisningen for å få fødselen i havn, og gikk det ikke bra, kunne de utføre nøddåp (Kjærheim, 1987).

I Borgatingloven står det beskrevet at det var straffbart å forlate en kvinne i barnsnød, og hjelpekonen ikke måtte forlate kvinnen før barnet var lagt til brystet. Ut over 16-1700 tallet begynte legene å interessere seg for obstetikk, og den første lærebok for jordmødre utkom i 1688, var skrevet av en lege. De overtar etter hvert for opplæringen av jordmødrene. Man formaliserte

utdanningen for «bondekvinne eller læredøtre » i Norge/Danmark med opplæring i København, og den første norske jordmoren med godkjenning fra Danmark kom til Bergen i 1749, Karen Pedersdotter. Fra 1766-1814 uteksamineres det 65 norske kvinner i København. Arbeidet med å bygge opp det offentlige jordmorvesenet påbegynnes, selv om dette tar lang tid. I 1860 deles landet opp i jordmordistrikter. Jordmoryrket var det første formelle yrket for kvinner i Norge, og i 1818 etableres den første norske jordmorskolen i Kristiania, senere omdøpt til dagens Oslo. Jordmødrene jobbet rundt i distriktene under harde og tøffe kår, og med heller dårlig lønn, og bistod kvinnene med fødsler og barseltid hovedsakelig i kvinnenes eget hjem (Farstad, 2016). Etter 2. Verdenskrig ble flere og flere jordmødre ansatt på sykehusene, spesielt i de store byene i Norge. Det førte til at distriktsjordmødrene gradvis ble færre. Fødslene og barseltiden ble flyttet fra hjemmet til institusjonene. I 1984 ble det lovbestemt at kommunene skulle ansette jordmødre med ansvar for svangerskapsomsorg, men loven stilte ikke krav til fulle stillinger. De fleste kommuner har en jordmor ansatt, men ofte i mindre stillingsprosent.

2.4.5 Dagens jordmor situasjon i kommunehelsetjenesten

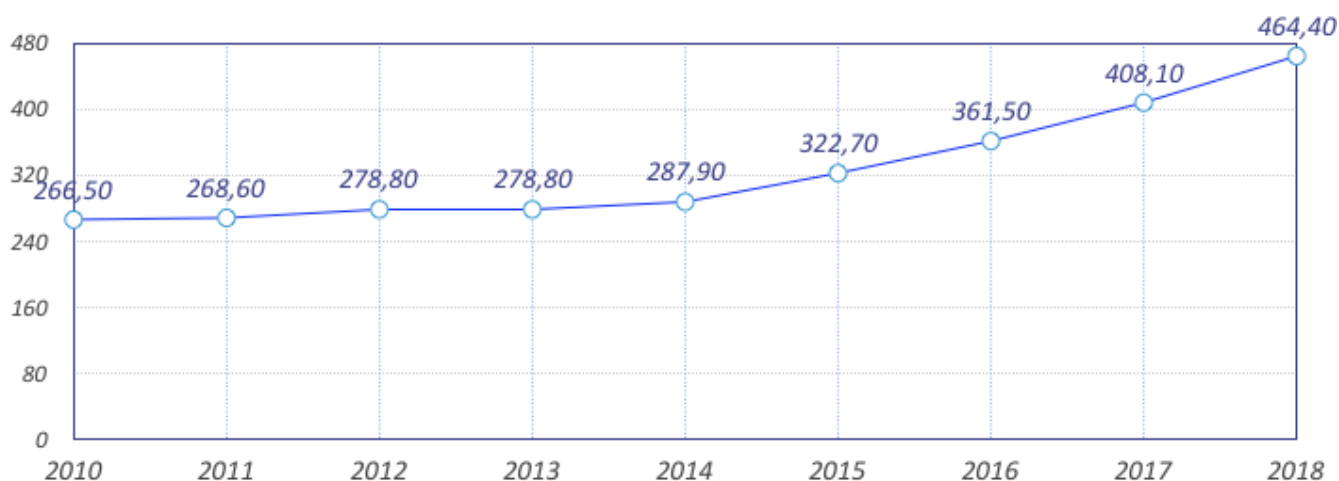
Det har blitt en gradvis bedring av antall årsverk av jordmor i kommunene. I 2010 var det 266,5 årsverk i kommunen, som har steget til 464,4 årsverk i 2018. Fra 2014 ser man en større økning enn det tidligere har vært. (fig.2-1)

Både nasjonal og internasjonal forskning konkluderer med at det er trygt med tidlig hjemreise dersom man har et adekvat og godt organisert apparat til å ta imot den nye familien. Dette gjelder først og fremst lavrisiko kvinner med friske fullbårne barn (Boulvain et al., 2004).

For å imøtekomme økt behov for jordmorstillinger i kommunene er det de senere år bevilget statlige tilskudd til kommunene for styrking av Helsestasjon- og skole helsetjenesten i form av prosjektmidler.

I noen kommuner har man klart å implementere dette i kommunens budsjett og fått omgjort jordmor prosjekt stillinger til faste stillinger. Mens i andre kommuner løper dette som et tidsbegrenset prosjekt. Det er derfor vanskelig å si noe om validiteten av jordmorårsverk i kommunene rundt om i Norge (Helsedirektoratet, 2019).

Fig.2-1 Antall jordmor årsverk i kommunene



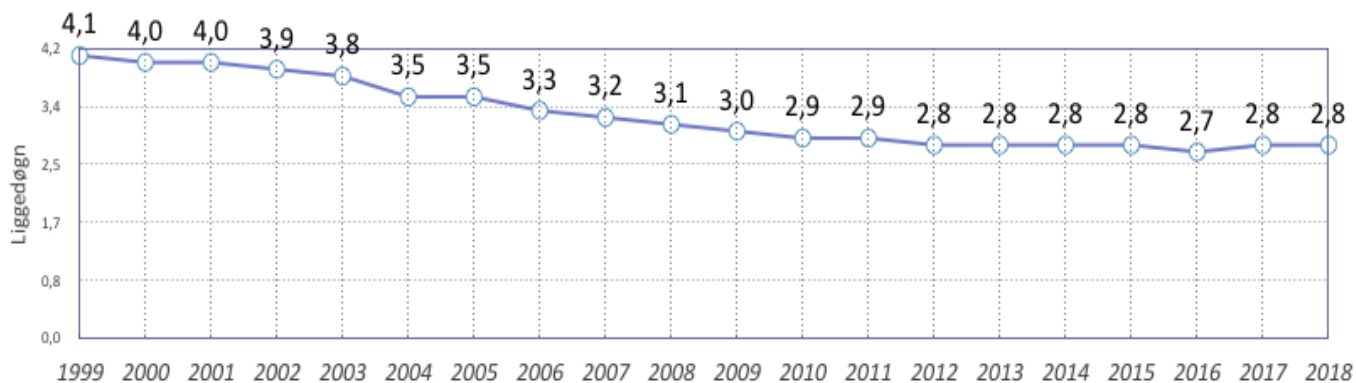
Kilde: (Statistisk sentralbyrå, 2018)

Målet er at midlene skal styrke og utvikle kommunens helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Fra 1.januar 2018 ble i helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 bestemt at leger, sykepleiere, fysioterapeuter, jordmødre og helsesykepleiere skal omtales som kjernekompetanse for at kommunen skal kunne oppfylle sitt ansvar etter §3-1. Midlene er et tilskudd for at kommunen skal legge til rette for at tjenesten og personell blir i stand til å overholde lovpålagte oppgaver som går på å ivareta arbeid rundt barn, unge og familier. Det skal også stimulere til økt flerfaglig samarbeid rundt disse. Det rettes for tiden en bekymring fra flere kommuner om at prosjektmidler ikke blir videreført og blir implementert fast i kommunebudsjettet. Når prosjektperioden er over frykter man at man er tilbake til gammel jordmor bemanning i kommunene. Vi mener at det derfor er viktig at kommunene omgjør prosjektmidlene til faste stillinger for at alle lovpålagte oppgaver skal bli ivaretatt permanent.

«Bruk av midlertidig ansatte til prosjektarbeid forutsetter at det er et tidsavgrenset arbeid som ikke er en del av virksomhetens faste eller løpende oppgaver. Hvis virksomheten har mange lignende prosjekter etter hverandre, kan det tenkes at behovet for arbeidskraft ikke er midlertidig og at arbeidstaker skal tilsettes fast» (Arbeidstilsynet, 2019).

Barselomsorgen har vært en viktig del av jordmors oppfølging av kvinnen og det nyfødte barnet helt siden «tidens morgen», fra pleie og hjelp i hjemmet, til liggetid på barselavdelinger i 5-6 dager, til nå å være tilbake i kvinnens hjem 1.- 3.døgn etter hjemkomst fra barsel.

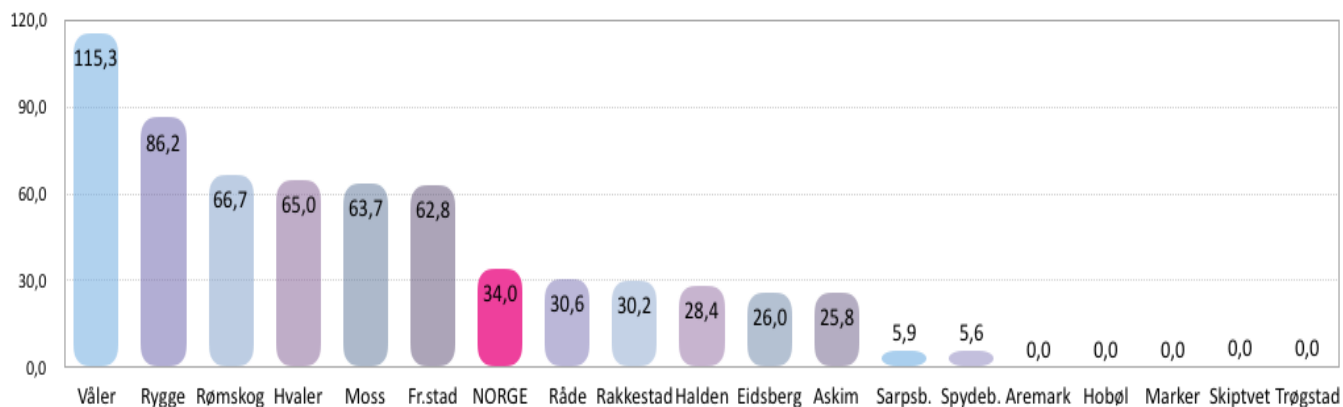
Fig.2-2 Mors liggedøgn på barsel etter fødselen



Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2019)

Som vi ser av tabellen under er det store variasjoner i hjemmebesøk tilbudet til barsel kvinnene i de forskjellige kommunene i Østfold. Fig.2-3 er hentet fra Statistisk sentralbyrå, statistikkbank 12191(Statistisk sentralbyrå, 2018). Våler kommune har høyest antall hjemmebesøk, og det tilbys besøk til alle barselkvinner, og ofte flere enn et besøk. Dette bekreftes av kommunejordmøren i Våler kommune. Det foreligger ikke tall fra kommunene Aremark, Hobøl, Marker, Skiptvet og Trøgstad. En kan derfor ikke konkludere om det tilbys hjemmebesøk i disse kommunene (Statistisk sentralbyrå, 2018).

Fig.2-3 Hjemmebesøk av jordmor i 2018 i Østfold (%)



Kilde: (Statistisk sentralbyrå, 2018)

Det er store variasjoner i hvor mange kommuner som tilbyr hjemmebesøk til sine barselkvinner. Videre ser man også at landsgjennomsnittet er for lavt i forhold til hva som burde ha vært, med tanke på at den nye lovforskriften «Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» ble iverksatt 01.11.18 (Lovdata, 2018).

I 2009 kom Samhandlingsreformen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid». I denne vektlegges det en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, behandling og oppfølging slik at et helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON) (St.meld.nr.47, 2009). Man foreslår blant annet at kommunal jordmortjeneste har en sentral rolle i oppfølging av mor og barn de første dagene etter fødsel, for å sikre best utnyttelse av ressurser, samt å ivareta helhet og kontinuitet i svangerskap- fødsel- og barseltid (St.meld.nr.47, 2009). Som en følge av «Samhandlingsreformen» kom Barselretningslinjene som skulle følge opp regjeringens lovverk.

3 Metode

3.1 Forskningsdesign

For å besvare problemstillingen valgte vi en kvantitativ deskriptiv tverrsnittstudie. For å kunne måle i hvilken grad kravene oppfylles og for å sammenligne med andre steder i landet må det tallfestes, er kvantitativ metode best egnet.

Data ble samlet inn via en survey, med bruk av elektronisk spørreskjema fra

Onlineundersokelse.com, en CAWI undersøkelse (Computer-assisted Web Interviewing metode).

Inkluderingsperioden var fra 13.mai 2019 – 13. august 2019. Spørreundersøkelsen var utformet slik at kvinner som har født i 2019 ble bedt om å svare. Invitasjonen gjaldt de reiste hjem fra barsel med ett levende barn. Spørsmålene var utformet i ordinalnivå og med dikotome variabler med svaralternativ ja/nei. Siste spørsmål var åpent, og hver deltager kunne komme med egne betraktninger om hva de mente var viktig for oss å vite.

3.2 Utforming av spørreskjema

Vi fant ingen ferdig validert spørreskjema med spørsmål som oppfyller alle krav som passet til vår undersøkelse. Etter grundig litteratursøk viste det seg at spørreskjemaet til Barimani et al passet best til vårt formål (Barimani et al., 2015).

Vi kontaktet Mia Barimani, jordmor Phd, fra Stockholm for å få tilgang til hennes spørreskjema fra studien «Professional support and Emergency visits during the first 2 weeks postpartum». Vi sikret oss tillatelse til bruk av spørsmålene og brukte 8 av spørsmålene.

Vårt spørreskjema bestod av 24 lukkede spørsmål, med fastsatt svaralternativer, og tilslutt 1 med åpent kommentarfelt til fritekst (vedlegg 3). Spørreskjemaet ble pilot testet av 5 kvinner som hadde født barn en tid tilbake for å kvalitetssikre at spørsmålene var tydelig og velformulert slik at risiko for misforståelse blandt deltagerne kunne minskes. I tillegg ba vi en jordmor og en fødselslege utenfor Østfold fylke om å gjennomgå spørreskjemaet.

Spørsmålene ble utformet slik at det kom frem geografisk plassering i fylket, alders grupper, paritet, tilbud om hjemmebesøk og om de faktisk hadde fått besøk, samt hvilket behov for hjelp kvinnene hadde. For å sikre så høy svarprosent som mulig valgte vi å la de fleste spørsmålene være så enkle som mulig med dikotome svaralternativ som ja/nei. Vi hadde et begrenset antall med kontinuerlige variabler.

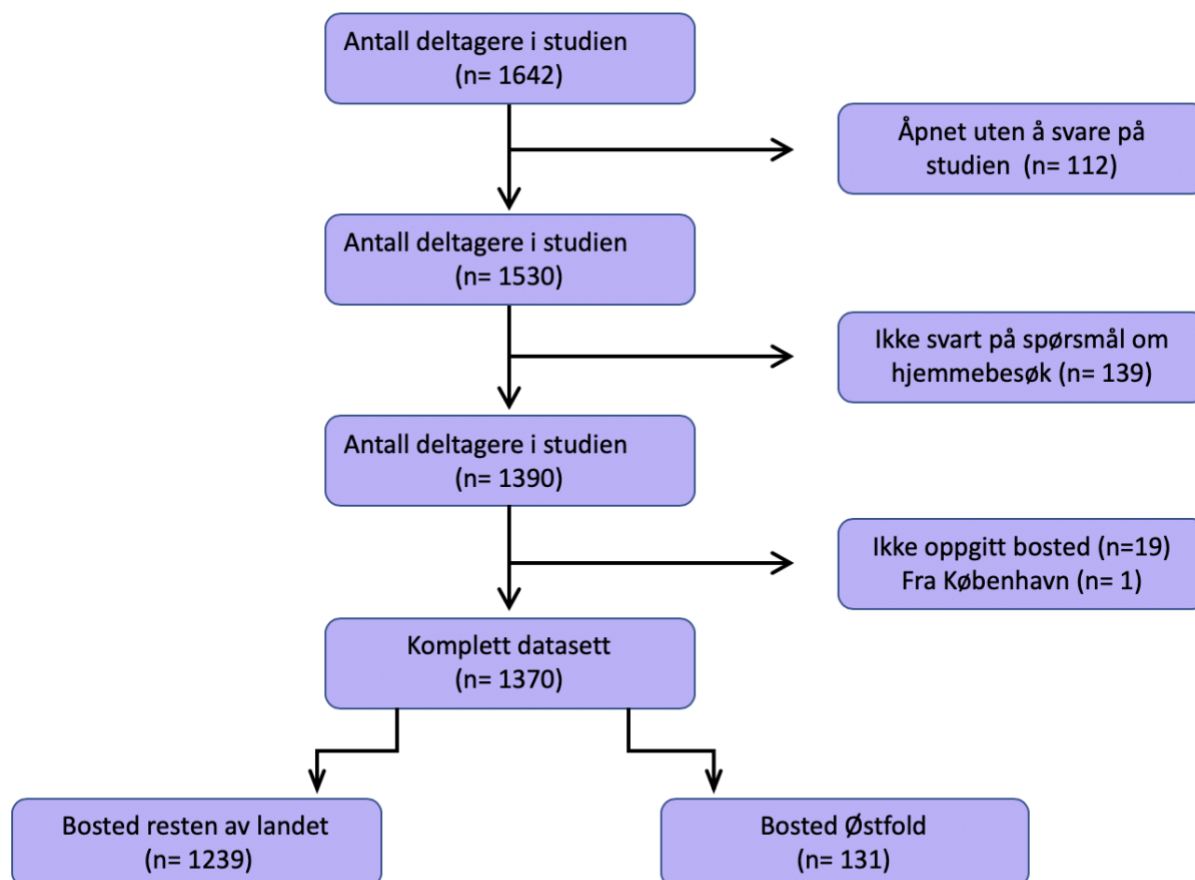
3.3 Datainnsamling

I utgangspunktet ønsket vi å samle inn data fra barselkvinner i Østfold som fødte ved Sykehuset Østfold Kalnes i en 3 måneders periode fra 13. mai til 13. august 2019. Det var kalkulert ca 700 fødsler i dette tidsrommet. Leder ved barselavdelingen ble kontaktet og godkjente studien på bakgrunn av REKs godkjenning, og barselavdelingen sa seg villig til å dele ut informasjon til barselkvinnene ved utskrivingsamtalen før hjemreise. Det ble gitt kort informasjon om studien til jordmødrene i kommunene og til jordmødrene ved barsel/barselpoliklinikk ved kommunejordmor møte februar 2019. Informasjon til 18 helsestasjoner i Østfold ble sendt ut pr post, og oppfordret jordmødre/helsesykepleiere til ny utdeling av oppfølgings informasjon om studien, når barselkvinnene kom til helsestasjon ved for eksempel veiing av barnet eller 3/6 ukers kontroll. På grunn av dårlig svar respons fra Østfold (kun 16 deltagere) etter 1,5 måned, valgte vi å legge til et svaralternativ som «Annen kommune». I tillegg opprettet vi en hjemmeside, Jordmorhjemme.com, hvor deltagerne lett kunne komme til spørreundersøkelsen via en link eller QR kode. Hjemmesiden ble deretter delt på følgende Facebook sider: Bunad geriljaen, Jordmødre i Norge, Ammeklinikken, Ammestua-Den lille, Alt for Mamma, Ammekontoret, Ammehjelpen, Føde Barsel Kalnes og noen av Østfold kommunenes Facebook sider.

3.4 Analyse av data og presentasjon av utvalget

Datamaterialet ble eksportert fra Onlineundersøkelse.com til SPSS (Statistical Product and Service Solutions) via Excell. Flytskjema gir oversikt over antall deltagere registrert i det elektroniske spørreskjema og veien til endelig utvalg for studien. Analysemetoden brukt er deskriptiv med frekvens- og prosentfordeling, samt krysstabell analyse. For å undersøke signifikante forskjeller mellom ulike grupper utførte vi Chi-kvadrat analyse. Binær logistisk regresjonsanalyse ble utført for å beregne ujusterte odds ratioer for sammenhengen mellom ulike bakgrunnsvariabler og sannsynlighet (OR) for å få hjemmebesøk av jordmor. Justerte analyser ble ikke utført siden den eneste signifikante sammenhengen som ble funnet var mellom paritet og hjemmebesøk.

Fig. 3-1 Flytskjema



For at deltagerne skulle bli inkludert i studien måtte spørsmålet «Har du fått jordmor på hjemmebesøk etter fødselen» være besvart. Man fikk inn 1642 svar i rekrutteringsperioden. Det var 1530 som fylte ut hele spørreundersøkelsen, av disse var det 139 som ikke hadde besvart vårt hovedspørsmål og ble da ekskludert. Vi ekskluderte 19 som ikke hadde oppgitt bostedskommune, samt 1 som oppga København Danmark som bosted. Det komplette datasettet ble på 1370 deltagere, fordelt på 131 fra Østfold og 1239 fra resten av Norge. Ut fra oppgitt fødselstall på Kalnes ble det født 736 barn i inkluderingsperioden. Siden spørreskjemaet også ble distribuert via Facebook kan også kvinner som fødte før vi startet rekrutteringen også ha svart.

I tabell 5-1 har vi slått sammen en del svar fra de forskjellige spørsmålene for lettere kunne tolke resultatene. Spørsmål nr 7: «Hvor mange timer/dager var du innlagt på barselavdelingen etter fødselen?», er 4-12 timer og 13-24 timer slått sammen til 4-24 timer som variabel 1. 25-48 timer er variabel 2. 3 dager og mer enn 5 dager er blitt til over 3 døgn, variabel 3.

Spørsmål 10: «Ammer du ditt barn?» Svar alternativet fullammer er slått sammen med delvis amming, da vi tolker delvis amming som om kvinnen ammer sitt barn.

Spørsmål 17: «Hvis Ja, hvor lang tid etter du kom hjem fikk du besøk av helsesykepleier?»

Svaralternativene 1.- 7.dag er nå blitt til 1. uke etter hjemkomst, og 8.-14.dag er nå 2.uke etter hjemkomst.

Spørsmål 18: «Har du fått jordmor på hjemmebesøk etter fødselen?» Er svaralternativene ønsker ikke besøk og nei slått sammen til nei, da vi tolker ikke ønsket som om de ikke har fått hjemmebesøk.

Spørsmål 19: «Hvis JA, hvor mange dager etter hjemkomst fikk du hjemmebesøk av jordmor?»

Her er svaralternativ 1.dag, 2.dag, 3.dag slått sammen til 1.-3.dag etter hjemkomst fra barsel, dvs. varabel 1. Svaralternativ 4.dag, 5.dag, 6.dag, 7.dag, eller lenger enn 7.dag er slått sammen til varabel 2, og ble til senere enn 3.dag. Dette for å kunne gjøre en digitom analyse med 2 variabler, opp mot de nasjonale retningslinjene for barselomsorgen.

Spørsmål 13,15 og 24 ble brukt for å analysere forskjellige behov barselkvinner har rapportert etter hjemkomst.

4 Forskningsetiske prinsipper og retningslinjer

4.1 Forskningsetiske prinsipper

Formålet med etiske overveielser er å beskytte pasientene mot mulige farer som følge av forskningen, og informert samtykke er derfor svært viktig (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Det er Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (skiftet navn til De nasjonale forskningsetiske komiteene) som innehar myndigheten til å godkjenne medisinske og helsefaglige prosjekter, på bakgrunn i Helseforskningsloven fra 2008 (Lovdata, 2008). Studier som faller utenfor REKs godkjenning, er studier som ikke tilfører ny kunnskap om helse og sykdom hos mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger. REK har utarbeidet retningslinjer som enhver forsker likevel må reflektere over. I arbeidsprosessen med utarbeidelsen av vårt spørreskjema reflekterte vi nøye over hvordan spørsmålsformulering var i vårt spørreskjema. Vi utelot etnisitet, religion, og seksualitet da dette kunne virke støtende på deltagerne. Videre måtte deltagerne trykke «**samtykke**» for å komme videre til spørsmålene i undersøkelsen. De fikk informasjon om studiens hensikt, sikker lagring av data, og at IP adressene ikke kunne spores tilbake til deltagerne. Deltagerne kunne trekke seg fra deltagelse ved å ikke fullføre spørreskjemaet. Det var ikke mulig for deltagerne å trekke seg etter spørreskjemaet hadde blitt sendt inn pga. anonymiteten, dvs. det var ikke mulig å identifisere kvinner som hadde svart (se neste kapittel).

Forskernes plikt til å respektere informantenes privatliv. Et hvert menneske bestemmer over seg selv, og hvilken informasjon de har lyst å dele med omverdenen. Deltagerne skal ha rett til å nekte å oppgi informasjon til forskerne, og de må føle seg sikker på at informasjonen de deler ikke blir brukt til annet enn formålet, og at det blir konfidensielt.

4.2 Anonyme data

Vi har valgt å bruke Onlineundersøkelse.com, som støttes av USN. All data var fullstendig anonymisert slik at svarene ikke kunne spores tilbake til deltagerne. Det ble satt inn en sperre på IP adressene i Onlineundersøkelsens oppsett i forkant av studiens start, slik at det ikke var mulig for oss å oppspore IP-adressene. Spørreundersøkelsen har ingen personidentifiserbare opplysninger, slik som helseforhold, seksuell legning, rase, politisk eller religiøs oppfatning (Datatilsynet, 2019).

Deltagernes svar i studien ble slettet umiddelbart etter analysen av datamaterialet, og avtalen med Onlineundersøkelse.com ble sagt opp. Dataene er mottatt på Mac som er sikret med fingertrykk identifisering.

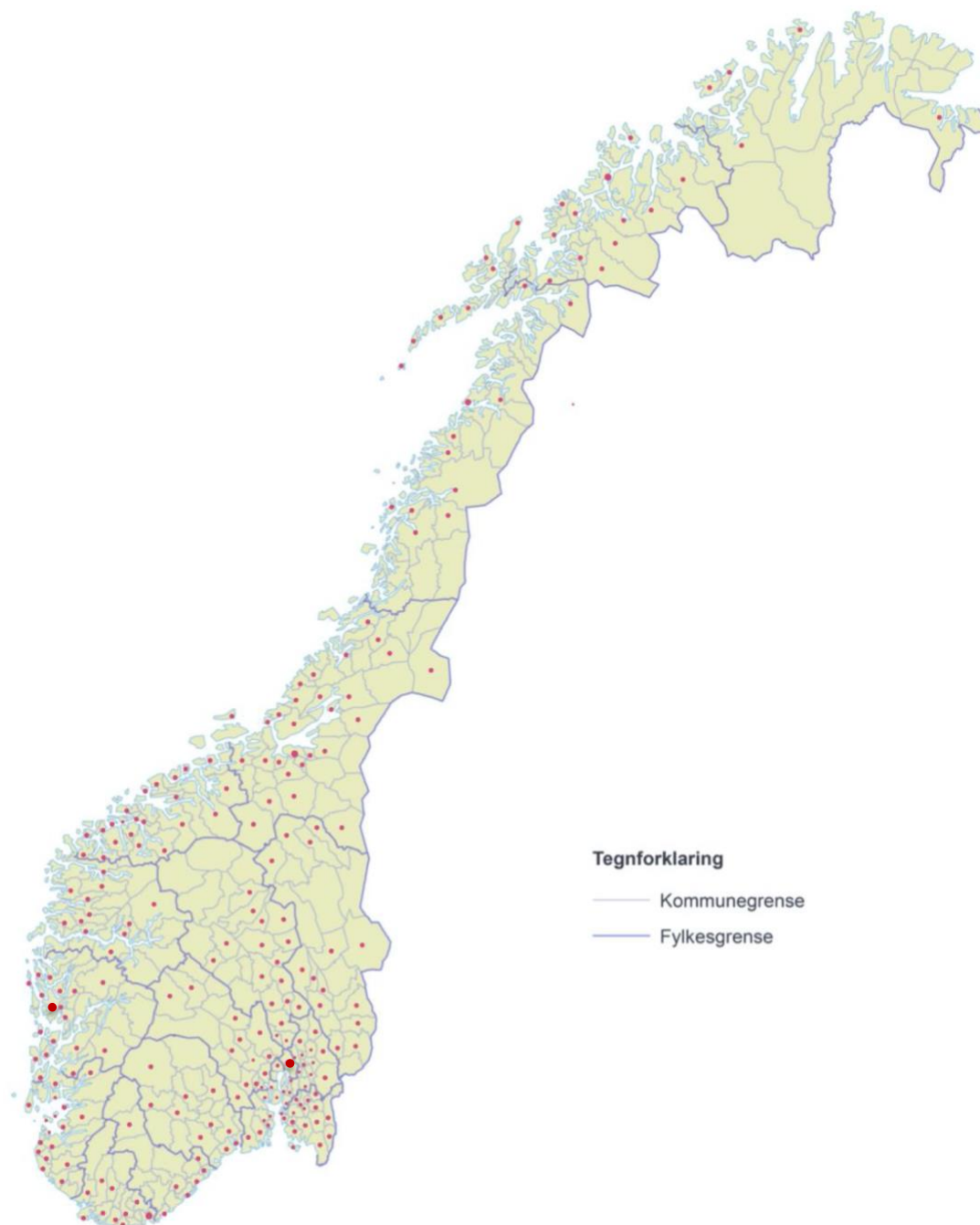
4.3 Formelle tillatelser og samtykke

Spørreskjema, prosjektbeskrivelse, samtykkeskjema til deltagerne ble sendt som vedlegg til søknaden til REK. Det ble i januar 2019 sendt søknad til ledelsen ved Sykehuset Østfold Kalnes barselavdelingen om tillatelse til utdeling av informasjon om studien til barselkvinnene/deltagerne ved hjemreise (vedlegg 3). Deltagerne ble gjennom informasjonsbrevet opplyst om studiens hensikt, frivilligheten ved deltagelse, og anonymisering av data (vedlegg 5).

Søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), ble innsendt for godkjenning av studien februar 2019 (vedlegg 1). Vi gjorde endringer i spørreskjemaet, blant annet la vi til «annen kommune» noe som medførte at svarte fra REK ble forsinket og mottatt 13.5.2019.

5 Resultater

1370 kvinner fra hele landet deltok i studien. Av disse var 131 kvinner fra Østfold. Spredning av deltagerne i forhold til bosted vises i fig. 5-1, oversikt over Norges kommuner.



Vi ønsket å sammenligne kvinner fra Østfold med kvinner fra resten av Norge. Det er ingen signifikant forskjell om kvinnen kommer fra Østfold eller resten av Norge. Resultatet viser imidlertid at førstegangsfødende oftere får hjemmebesøk av jordmor enn flergangsfødende.

Tabell 5-1 Bakgrunnsinformasjon om barselkvinnene, N=1370

	Østfold (n=131)	Resten av landet (n=1239)	Totalt (N=1370)
	n %	n %	n %
Paritet			
Førstegangsfødende	53 (47,9)	603 (48,7)	656 (47,9)
Flergangsfødende	78 (59,5)	636 (51,3)	714 (52,1)
Alder			
Under 20-25 år	16 (12,2)	188 (15,2)	204 (14,9)
26-35 år	96 (73,3)	918 (74,1)	1014 (74,0)
36-40 år og mer	19 (14,5)	19 (14,5)	152 (11,1)
Fødsel			
Spontan vaginal	100 (76,3)	944 (76,3)	1044 (76,3)
Sugekopp	13 (9,9)	110 (8,9)	123 (9,0)
Tang	0 (0,0)	27 (2,2)	27 (2,0)
Keisersnitt	18 (13,7)	157 (12,7)	175 (12,8)
Liggetid på Barsel			
4-24 timer	15 (11,5)	154 (12,4)	169 (12,3)
25-48 timer	56 (42,7)	361 (29,1)	417 (30,3)
Over 3 døgn	60 (45,8)	720 (58,1)	780 (57,1)
Har ikke svart	0 (0,0)	4 (0,3)	4 (0,3)
Amming			
Ammer	112 (85,5)	1138 (91,8)	1250 (91,2)
Ammer ikke	19 (14,5)	101 (8,2)	120 (8,8)
Barn innlagt Nyfødt Intensiv			
Ja	13 (11,9)	96 (88,1)	108 (8,0)
Nei	118 (9,4)	1143 (90,6)	1261 (92,0)
Oppsøkt Barselpoliklinikk			
Ja	53 (40,5)	419 (88,8)	472 (34,5)
Nei	78 (59,5)	820 (66,2)	898 (65,5)
Oppsøkt Legevakt			
Ja	12 (9,2)	174 (14,0)	186 (13,6)
Nei	119 (90,8)	1065 (86,0)	1184 (86,4)
Fått vite hvor du kan få amnehjelp			
Ja	103 (78,6)	987 (79,7)	1090 (79,6)
Nei	28 (21,4)	252 (20,3)	280 (20,4)

Andelen kvinner som hadde operativ forløsning og keisersnitt var omtrent det samme i Østfold sammenlignet med resten av Norge. Likeså ser vi at kvinnens alder, andelen kvinner som hadde barn innlagt på Nyfødt intensiv etter fødselen, oppsøkt legevakt og fått vite hvor de kunne henvende seg for å få amnehjelp etter fødselen var likt fordelt på Østfold og resten av Norge.

Det var en liten forskjell på andelen kvinner som ikke ammet og som hadde oppsøkt barselpoliklinikken når man sammenlignet Østfold med resten av Norge (Tabell 5-1).

Av de 1370 kvinner som deltok i studien var det 54,8% som mottok hjemmebesøk av jordmor. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom barselkvinner i Østfold og resten av Norge, i andelen som hadde fått hjemmebesøk av jordmor (tabell 5-2). Nesten to tredjedeler, 61,6% av kvinnene fikk hjemmebesøk i løpet av 1.-3.dag i henhold til Barselretningslinjene. Videre finner vi 73,3% av de som ikke har fått hjemmebesøk av jordmor sa at det var ønsket. Vi konstaterer at en stor andel (88,2%) av kvinnene hadde fått hjemmebesøk av helsesykepleier (tabell 5-2).

Tabell 5-2 Hjemmebesøk i Barseltiden

	Østfold (n=131)	Resten av landet (n=1239)	Totalt (N=1370)	P-verdi
	n (%)	n (%)	n (%)	
Fått jordmor på hjemmebesøk (n=1370)				
Ja	64 (48,9)	687 (55,4)	751 (54,8)	0,15
Nei	67 (51,1)	552 (44,6)	619 (45,2)	
Hvor lenge etter hjemkomst - hjemmebesøk av jordmor (n=761)				
1.-3. dag	33 (50,8)	438 (63,8)	471 (61,6)	0,08
≥ 3.dag	32 (49,2)	258 (37,6)	290 (38,0)	
Har ikke svart	0 (0,0)	3 (0,4)	3 (0,4)	
Fått tilbud om flere hjemmebesøk av jordmor (n=732)				
Ja	26 (37,1)	291 (40,5)	317 (40,2)	0,42
Nei	40 (57,1)	375 (52,2)	415 (52,7)	
Har ikke svart	4 (5,7)	52 (7,2)	56 (7,1)	
Hvis ikke tilbud om flere hjemmebesøk- ønsket det? (n=1360)				
Ja	45 (34,4)	424 (35,0)	469 (34,5)	0,71
Nei	48 (36,6)	481 (38,8)	529 (38,9)	
Har ikke svart	38 (29,0)	324 (26,2)	362 (26,6)	
Hvis ikke fått hjemmebesøk-ønsket det? (n=619)				
Ja	49 (73,1)	405 (73,4)	454 (73,3)	0,34
Nei	18 (26,9)	131 (23,7)	149 (24,1)	
Har ikke svart	0 (0,0)	16 (2,9)	16 (2,6)	

Fått helsesykepleier på hjemmebesøk? (n=1370)	109 (83,2)	1100 (88,8)	1209 (88,2)	0,06
Ja	22 (16,8)	139 (11,2)	161 (11,8)	
Nei				
Hvor lenge etter hjemkomst-hjemmebesøk av helsesykepleier? (n=1209)	66 (60,6)	710 (64,5)	776 (64,2)	0,52
1.uke	42 (38,5)	386 (35,1)	428 (35,4)	
2.uke	1 (0,9)	4 (0,4)	5 (0,4)	
Har ikke svart				
Ved garanti om hjemmebesøk-Ville reist hjem tidligere? (n=1360)				
Ja	28 (21,4)	202 (16,3)	230 (16,8)	0,26
Nei	100 (76,3)	991 (80,0)	1091 (79,6)	
Har ikke svart	3 (2,3)	46 (3,7)	49 (3,6)	

Kvinnens alder, fødselsmetode, om barnet hadde vært innlagt på Nyfødt intensiv eller om hun ammet hadde ingen påvirkning på om jordmor kom på hjemmebesøk (tabell 5-3).

Førstegangsfødende derimot hadde en signifikant større sannsynlighet til å få hjemmebesøk av jordmor sammenlignet med flergangsfødende, OR 1,66 95% KI (1,30-2,00).

Tabell 5-3 Faktorer assosiert med hjemmebesøk

	OR (95%CI)	P-verdi
Paritet		
Flergangsfødende	Ref	Ref
Førstegangsfødende	1,66 (1,30-2,00)	0,000
Alder		
Mindre enn 20-25 år	Ref	Ref
26-35 år	1,03 (0,76-1,40)	0,85
36-40 år eller mer	0,8 (0,53-1,22)	0,30
Fødsel		
Spontan vaginal	Ref	Ref
Instrumentell forløsning	1,18 (0,83-1,66)	0,36
Keisersnitt	0,90 (0,65-1,24)	0,51
Barn innlagt Nyfødtintensiv	0,71 (0,48-1,04)	0,08
Amming	0,96 (0,66-1,39)	0,82

Mest forekommende årsak til hjelpebehov hos kvinnene er ammeutfordringer og problematikk rundt brystet som såre brystknopper og brystbetennelse (tabell 5-4). En del kvinner rapporterer i tillegg om problemer med blødning, vonde sting/keisersnittsar.

Under rubrikken for annet kommer det frem at vektkontroll av barnet, blodprøvetaking, hørselstest også var en årsak til besøk på Barselpolikliniken. Årsaken til besøk på legevakten var i stor grad forårsaket av sykdom/feber hos mor og sykt barn.

Tabell 5-4 Behov for hjelp rapportert av deltagerne

	n (%)*
Årsak til besøk på Barselpoliklinikk n = 472 (%) *	
Ammeutfordringer	188 (39,8)
Gult / slapt barn	87 (18,4)
Såre brystvorter	61 (12,9)
Vonde sting	58 (12,3)
Renselse / Blødning	38 (8,1)
Sykt barn	31 (6,6)
Annet	39 (8,3)
Årsak til besøk på Legevakt n = 186 (%) *	
Sykt barn	53 (28,5)
Vonde bryst / såre brystvorter	48 (25,8)
Blødning / Egen helse	30 (16,1)
Vonde sting / Keisersnittsar	20 (10,8)
Gult / slapt barn	10 (5,4)
Barseldepresjon	5 (2,7)
Ammehjelp	6 (3,2)
Utfordringer med foreldrerollen	1 (0,5)
Annet	44 (23,7)
Årsak til ønske om flere hjemmebesøk n = 479 (%) *	
Ammehjelp	346 (72,2)
Vonde bryst / Såre brystvorter	191 (39,9)
Blødning / Egen helse	134 (28,0)
Vonde sting / Keisersnittsar	117 (24,4)
Utfordringer med foreldrerollen	112 (23,4)
Barseldepresjon	92 (19,2)
Gult / slapt barn	36 (7,5)
Sykt barn	16 (3,3)

*Prosentandelen blir mer enn 100 siden kvinner kunne oppgi flere grunner til hvert av spørsmålene.

Prosentutregningen er basert på antallet kvinner som først svarte positiv på enten å ha besøkt barselpolikliniken (n=472), legevakten (n=186) eller behov for flere hjemmebesøk (n=479).

6 Diskusjon

6.1 Resultat diskusjon

I dette kapitlet vil vi presentere funn som kom frem gjennom analysen, som er særlig relevant for problemstillingen i vår studie. Litt over halvparten av barselkvinnene fikk hjemmebesøk av jordmor av det totale utvalget.

Av disse mottok to tredjedeler hjemmebesøk av jordmor på første til tredje dag etter hjemkomst slik som barselretningslinjene tilsier. Det var signifikant flere førstegangsfødende som mottok hjemmebesøk av jordmor sammenlignet med flergangsfødende. Alder, fødselsmetode, amming eller om barnet var innlagt på nyfødtintensiv var ikke assosiert med hjemmebesøk av jordmor. Ammeutfordringer og vonde bryst var de hyppigste behovene som ble rapportert av barselkvinnene ved ønske om flere besøk. Mer enn en tredjedel av deltakerne som ikke hadde fått tilbud om flere hjemmebesøk svarte i at de hadde ønsket tilbud om flere hjemmebesøk av jordmor. Disse funnene vil bli nærmere diskutert i avsnittene som følger.

6.1.1 Tilbys barselkvinner hjemmebesøk av jordmor innen 1.-3.dag etter hjemkomst?

Studien viser at Østfold fylke ikke skiller seg vesentlig ut fra resten av Norge med tanke på hjemmebesøk av jordmor. Godt over halvparten (61,6%) av deltagerne fikk besøk innen tidsfristen 1.-3. dag slik som Barselretningslinjene tilsier. Dette er positivt da man vet at kvinnene er sårbare de første dagene etter hjemkomst fra barselavdelingen (Forster et al., 2008) (Barimani & Vikstrom, 2015). Behov for hjelp bør så tidlig som mulig identifiseres slik at man kan hindre sykdomsutvikling hos mor og barn, samt øke den enkelte barselkvinnes mestringsevne (Feenstra et al., 2019). Et tidlig hjemmebesøk vil være et godt redskap til å støtte og ivareta familien i en sårbar og utsatt livssituasjon. Barselretningslinjene vektlegger tilknytning og kroppskontakt med barnet. Kvinnen skal ha støtte til amming og bearbeiding av fødselen. Samhandlingsreformen vektlegger også at helsepersonell er den største og viktigste faktoren i helsetjenesten, og at man skal anvende den kompetansen som er nødvendig for å ivareta kvinnens behov. Dette sikres bare ved at det er jordmor som har stor kompetanse på fødsel og barseltid som tilbyr kvinnen hjemmebesøk. Videre er undervisning, informasjon og psykisk/psykososial støtte til familien av stor viktighet (Barimani et al., 2015). En kvalitativ studie av Hjälmhult og Økland avdekker at manglende grunnleggende omsorg av kvinnen på barselavdelingen kunne føre til at kvinnen hadde en negativ selvfølelse og tro

på seg selv som mor. Kvinnene opplevde å være sårbare og slitne etter fødselen den første tide. De opplevde også å lett bli stresset. Parforholdet endret seg også i denne perioden. Tålegrensene ble tøylet og egne behov ble derfor satt til side (Hjälmhult & Økland, 2012). De opplevde lite støtte og praktisk hjelp på barselavdelingen, noe som igjen førte til negativt selvbilde som omsorgsperson. Vi spurte også om kvinnene hadde fått tilbud om ytterligere et hjemmebesøk av jordmor. På det svarte bare 40,2 % at de hadde fått dette tilbudet. Barselretningslinjene gir mulighet for at kvinner med ammeutfordringer, kompliserte fødsler, sårbare familier eller familier som befinner seg i risikosituasjoner bør tilbys et ytterligere hjemmebesøk i løpet av den første uken etter fødselen. 34,5 % gir i vår studie uttrykk for at det hadde vært ønskelig. Dette viser at kvinner har behov for mer oppfølging enn det de faktisk får.

Videre er det mange som får hjemmebesøk for sent for å oppfylle helsedirektoratets anbefaling. Vi finner at hele 38% av de som har fått hjemmebesøk av jordmor fikk det etter etter den anbefalte tidsfrist på 3 dager etter hjemkomst. I følge ammehjelpens rapport kan forsinket hjemmebesøk forklares på flere forskjellige måter (Ammehjelpen i Tromsø og omegn, 2017). Den ene faktoren kan være at jordmor har liten stilling og ikke har kapasitet til hjemmebesøk. Små stillingsbrøker utgjør et faktum i flere kommuner i Norge, og da er det nærliggende å tenke at jordmødrene prioriterer svangerskapskontroller fremfor barselomsorg. I tillegg kan man være presset av økonomi, da refusjonsordningene fra Helfo gir refusjon etter dagens takst system til kun 1 konsultasjon etter fødsel (Helfo, 2019).

Kommunene skulle ikke pålegges nye oppgaver uten at de ble gitt de nødvendige ressurser for å kunne ivareta dette. Regjeringen tatt konsekvens av dette og bevilget statlig støtte for å styrke Skole- og Helsestasjonsvirksomheten. I 2019 er det bevilget tilsammen om lag 1,3 milliarder kroner, inkludert 330 millioner kroner som er øremerket, derav 40 millioner til jordmortjenesten. Det er positivt at Regjeringen tar «problemet» på alvor, og viderefører tilskuddet på 40 mill i 2019 til styrking av jordmorkompetanse i helsestasjonstjenesten i kommunene, til også i 2020 (Prop.1S, 2019).

Dette vil medføre at det sannsynligvis opprettes flere «prosjekt jordmorstillinger» som kan inngå i den daglige jordmordriften i kommunene, men det vil være opp til den enkelte kommune å få disse stillingene til å bli permanente stillinger. Hvis ikke vil det bare være et tiltak som kamuflerer et reelt behov. I følge Helse -og Sosialdepartementet ble det i 2019 gitt tilskudd til 286 kommuner av totalt 422 kommuner i Norge. Kun 6 søknader ble avslått (Helsedirektoratet, 2019). Dette kan tyde på at

en del kommuner ikke er klar over tilskuddsordningen fra Staten, eller at jordmødrene ikke har kapasitet til å skrive omfattende søknader til Helsedirektoratet i en travel og overarbeidet hverdag. Skal vi ha en målsetning om å nå målet om tilnærmet 100% dekning av jordmor på hjemmebesøk til alle kvinner innen 1.-3. dag slik tjenesten er lovpålagt, må jordmødrene/ledelsen av helsestasjonsvirksomheten søke på tilskudd fra staten. Jordmødrene må opplyse kvinnene om deres rettigheter, slik at kvinnene evt kan skrive klage til Fylkeslegene om de ikke mottar tjenesten de har krav på. Jordmødrene må skrive avvik for alle kvinnene som ikke får tilbudet de har krav på pga. jordmors manglende kapasitet. Dette synes være eneste mulighet til å synliggjøre et mangelfullt tilbud etter vår oppfatning.

En annen faktor kan være fødselsmeldingen/epikriser fra sykehusene er forsinket til kommunejordmoren. Dette understøttes av Masteroppgaven til Nessa i 2017, som blant annet konkluderer med at skal jordmødrene komme tidlig på hjemmebesøk, er det en forutsetning at kommunikasjonen mellom sykehusene og kommunene er rask nok (Nessa, 2017). Vi har derfor grunn til å tro at dette kan være noe av årsaken til at 38% av deltakerne ikke får hjemmebesøk innen 1.-3. dag i vår studie.

I følge Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolerhelsetjenesten fremkommer det at hjemmebesøk til både mor og barn er blitt en «SKAL» tjeneste (Lovdata,2018). Denne ordningen begrunnes med at nå reiser kvinnene hjem tidligere hjem etter fødsel enn det som var praksis tidligere. Liggetiden på barsel er blitt gradvis redusert til et gjennomsnitt på 2,8 døgn nå. Dette er i samsvar med at tjenesten skal flyttes ut av sykehuset til laveste effektive omsorgsnivå. Jordmor i kommunehelsetjenesten skal da ivareta mor og barn i perioden fra de skrives ut fra barselavdelingen til helsesykepleier overtar ansvaret. Jordmor er etter vår mening den som er best kompetent til å ivareta kvinnens helse rett etter fødselen. Tidligere når kvinnen lå på barselavdelingen i opptil 7 dager ble denne omsorgen ivaretatt av jordmor. I vår studie har bare 54,8 % av de barselkvinner som har svart fått hjemmebesøk av jordmor. Av dette kan vi ikke trekke slutning om at dette ikke er tilstrekkelig for at man skal kunne kalle tilbudet tilfredsstillende. Videre finner vi at så mange som 61,6 % av disse får faktisk hjemmebesøk i løpet av 1.-3.dag etter hjemkomst. Ammehjelpens brukerundersøkelse fra 2017 om kartlegging av kommunenes tilbud om hjemmebesøk til barselkvinnene viser at det var 17 % av kommunene som tilbød hjemmebesøk til alle som hadde født. Det vil si at 1 av 10 kvinner bodde i en kommune som tilbød hjemmebesøk av jordmor. Vi ser at det har vært en økning av antall hjemmebesøk til de som har født. Resultatet ser ut til å gå i positiv retning, men vi ser jo fortsatt at det er en for stor andel

kvinner som ikke får hjemmebesøk av jordmor. I England har man også gradvis redusert liggetiden på barselavdelingen der ca 70% av kvinnene som har født får være på sykehus mindre enn 2 dager. Som en konsekvens av dette har jordmor det fulle ansvar for kvinnen og barnet i minimum 10 dager med omlag 3-6 hjemmebesøk. Deretter har hun ansvar for kvinnen så lenge etter hjemkomst som det er behov for (Bowers & Cheyne, 2016).

6.1.2 Flere mottok hjemmebesøk av helsesykepleier enn av jordmor

Vi finner i studien at hele 88,2% av de som har svart har fått helsesykepleier på hjemmebesøk. Dette kan ha sammenheng med at helsesykepleier har lang tradisjon på å tilby hjemmebesøk til alle kvinner og nyfødte barn. I praksis virker det som at helsesykepleier har sitt hovedfokus på besøk til det nyfødte barnet og at mors behov i forhold til egen helse etter fødselen ikke kommer i fokus etter vår mening. I følge rammeplanen for Helsesøsterutdanning (nå Helsesykepleier) fremkommer det ikke at helsesykepleier har kompetanse på kvinnehelse etter fødselen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005b). Jordmor har spesiell kompetanse på kvinnens helse før, under og umiddelbart etter en fødsel, og har dermed sitt hovedfokus på barselkvinnen i tillegg til det nyfødte barnet. Jordmor er i en særstilling da hun både har kompetanse på mors-og spedbarnets helse gjennom sin utdanning. Det optimale er at alle kvinner uansett parietet, fødselsmetode og ammeutfordringer etc. skal få besøk av jordmor. Inntil jordmortjenesten er tilpasset kravet fra helsetilsynet, er det positivt at 88,2% av deltagere opplyser at de fikk hjemmebesøk av helsesykepleier. Barselretningslinjene anbefaler at helsesykepleier skal komme på hjemme besøk 7.-10. dag *etter fødsel*. I praksis kan dette medføre at både jordmor og helsesykepleier kommer på hjemmebesøk omtrent på samme tid. På dette punktet mener vi at Helsedirektoratet er inkonsekvent i sine begreper når man taler om hjemmebesøk etter hjemkomst og hjemmebesøk etter fødsel, da de bruker to forskjellige tidsperspektiv. Det ville vært mer hensiktsmessig om man valgte et av begrepene, slik at hjemmebesøks tilbudet kunne strekkes ut over et lengere tidsrom. Valgte man å si at helsesykepleier skal på hjemmebesøk 7.-10 dager *etter hjemkomst*, ville barselkvinnen fått støtte og hjelp opp mot 14 dager etter fødsel. Vi stiller oss undrende til denne forskjellen i ordlyden vedrørende hjemmebesøk, og håper at det etter hvert vil komme klarere føringer i Barselretningslinjene.

I vår studie viser det seg at 38% av deltagerne fikk hjemmebesøk av jordmor mer enn 3 dager etter hjemkomst, og samtidig opplyste 64% at helsesykepleier også kom på besøk i løpet av første uken. Det er nærliggende å tro at disse to yrkesgruppene kom med få dagers mellomrom. Ville det ikke være mer hensiktsmessig for barselkvinnen at samme person kom på besøk evt. flere påfølgende dager, istedenfor bytte? Vi ville vel tro at for barselkvinnene kan det oppleves som forvirrende at det er flere faggrupper som står for oppfølgingen på samme tid.

Barimani et al. sin studie viser at for å lettere identifisere barselkvinnernes behov og støtte etter fødselen er det viktig med en kontinuitet gjennom svangerskap og etter fødselen av samme jordmor. Kommunejordmor som kjenner kvinnen og hennes behov eller sårbarhet er viktig for å skape en sømløs overgang fra barsel til familiens nye tilværelse. Dersom kvinnen følges opp etter fødsel av samme jordmor som har hatt ansvar for henne gjennom svangerskapet vil man lettere kunne avdekke problemer som kvinnen kan slite med. Dersom kvinnen sliter med angst og depresjon gjennom svangerskapet vil dette kunne påvirke utfallet av fødselen. Alvorlig angst, stress og depresjon under svangerskapet kan i noen grad sees i sammenheng med for tidlig fødsel, økt behov for smertelindring og langvarige fødsler (Barnett & Parker, 2009). Når jordmor kommer på hjemmebesøk kan hun da være spesielt oppmerksom på utvikling av depresjon hos moren på bakgrunn av hvordan fødselen har artet seg. De som har mulighet til større fleksibilitet i barseloppholdet etter fødselen er de som er mest fornøyd. Imidlertid er det behov for at flere er informert om hvor de kan henvende seg ved problemer etter fødselen. Dette kan unngå unødvendige besøk på legevakt eller akuttmottak (Barimani et al., 2015).

En norsk studie fra 2002 viser at det er en klar sammenheng mellom depresjon i barseltiden og ammeproblemer (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen & Opjordsmoen, 2002). Det kan være mange årsaker til at kvinnen strever med ammingen. Søre brystknopper, brystbetennelse eller forhold hos barnet slik som stramt tungebånd kan være grunner som vanskeliggjør ammingen. Man tenker at det å ha ammeproblemer fører til en følelse av mislykkethet og dermed er en faktor som igjen fører til depresjon. Jordmor har da en viktig rolle med å støtte og veilede i ammeproblemer. Ut fra svarene i vår studie kan vi se en klar sammenheng med dette. Kvinnene rapporterer om søre bryst og brystbetennelser som en hyppig årsak til at de søkte hjelp.

Vår studie avdekker at 20,4% av barselkvinnene har ikke fått vite hvor de kan få ammehjelp ved behov. Her ser vi et forbedringspotensialet for barselomsorgen. Det er ønskelig at kommunenes tilbud om hjemmebesøk av jordmor skal være en smidig overgang fra barselavdelingen til hjemmet

og på den måten sikre en kontinuitet av omsorgen til kvinnen. Den nye familien skal ha et nettverk som ivaretar dem i den mest sårbare perioden av livet, altså å danne et nytt foreldreskap. Verpe et al. finner i sin studie at kvinner som ble fulgt opp tradisjonelt med 2-3 dager på barselavdelingen og kvinner som reiste tidlig hjem med oppfølging fra jordmor som kom tidlig hjem ikke hadde noen forskjell med tanke på ammeutfordringer og barseldepresjon. Imidlertid syntes det som det å få tidlig hjemmebesøk av jordmor som støttende og ikke-stigmatiserende for kvinner med risiko for barseldepresjon (Verpe et al., 2019). En kombinert observasjons-og kvalitativ studie i England hvor man både observerte ammeveiledning og intervjuet jordmødrene om ammeveiledning konkluderer med at jordmødrene har det for travelt til å gi adekvat ammeveiledning til barselkvinnene (Hunter, Magill-Cuerden & McCourt, 2015). Det er grunn til å tro at dette også stemmer med norske forhold når man ser på siste tids medieoppslag om krise innen fødselsomsorgen i Norge (Den Norske Jordmorforening, 2019) (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Også andre land har tatt konsekvens av at sykehusoppholdet har blitt redusert etter fødselen.

I 2015 ble det i Pediatrics publisert en offentlig anbefaling fra The American Academy of Pediatrics om lengden på barseloppholdet til friske fullbårne barn. Anbefalinger går ut på at lengden på barseloppholdet for et friskt fullbåret (født i uke 37+0 til uke 41+6) barn skal vurderes individuelt. Man skal også vurdere den enkelte kvinnes helse og evne til å ta seg av det nyfødte barnet. Videre skal man vurdere om de støtteordninger og oppfølginger som er til stede når hun kommer hjem er tilstrekkelig. Det er også viktig å sikre at moren har en god ammerutine og at hun har fått tilstrekkelig tid sammen med barnet før de skrives ut til hjemmet (Benitz, 2015).

Imidlertid er det behov for at flere er informert om hvor de kan henvende seg ved problemer etter fødselen. Dette kan unngå unødvendige besøk på legevakt eller akuttmottak (Barimani et al., 2015).

Traumatiske fødselsopplevelser kan i verste fall føre til posttraumatisk stress syndrom (PTSS) dersom den ikke blir bearbeidet. Ved at jordmor har kompetanse på fødselsforløpet og tilbyr en ny gjennomgang av fødselen kan forbygging av stress lidelser i barseltiden forhindres (Eberhard-Gran & Garthus-Niegel, 2014).

6.1.3 Behov for hjelp rapportert av barselkvinner

På spørsmål om hvor mange kvinner som har oppsøkt henholdsvis barselpoliklinikken og legevakt svarer 33,8% at de har oppsøkt barselpoliklinikk og 14% at de har oppsøkt legevakt. Mer enn 1/3 av deltagerne svarte i at de hadde ønsket tilbud om flere hjemmebesøk av jordmor. Det fremkommer at amnehjelp og såre brystknopper var hovedårsaken til deres behov. I et samfunnsøkonomisk perspektiv kan man jo undre seg over om bruk av spesialisthelsetjenesten er hensiktsmessig i forhold til ammeveiledning som like lett kan gis av jordmødre i kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsreformen sier på side 16: *«For det første vil en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene»* (St.meld.nr.47, 2009).

Kvinnen må i løpet av den første uken forlate sitt hjem, kjøre tildels lang avstand, for få ammeveiledning av til dels ukjent personale på barselpoliklinikker. Dette kan for noen være en stor stress faktor. Ved å få flere hjemmebesøk av samme jordmor i eget hjem, slipper kvinnen uro og stress med å forlate hjemmet, og kan heller få veiledning på sin egen arena. Ammeveiledning i hjemmet er også gunstig da jordmor konkret kan veilede kvinnen på for eksempel ammestillinger i egen seng eller stol/sofa, der kvinnens egne hjelpemidler er tilstede. Man vet at stress utløser økning i adrenalin produksjon som igjen nedsetter melkeproduksjon og melkeutskilingsrefleksen (Pang & Hartmann, 2007). Skal vi ta barselkvinnenes behov om amnehjelp på alvor, må det også satses på økt kompetanse hos jordmødrene i kommunene i forhold til ammeveiledning via Nasjonalt kompetanse for ammeveiledning.

I tillegg til utfordringer knyttet til amming, såre brystknopper og vonde bryst fremkommer det også bekymringer knyttet til gult og slapt barn. Gulsott som krever behandling kan være vanskelig å visualisere med øyet. Mødrene blir informert om symptomer på gulsott som kan trenge lysbehandling. Det er muligens derfor at flere kvinner i studien rapporterer om at barnet er gult og slapt. Dersom barnet er gult/slapt og ikke vil ta til seg nok ernæring øker risikoen for reinnleggelse på grunn av dehydrerte barn. Tjora et al fant i en studie baser på tall fra Mor-Barn studien fra 2009 at antall med dehydrerte barn som ble reinnlagt gradvis økte med at liggetiden på barselavdelingen sank i løpet av studiens 7 års periode (Tjora & Reigstad, 2009). Med andre ord kan man si at kort liggetid på barsel kan føre til sykighet og reinnleggelse av de nyfødte (Tjora & Reigstad, 2009). Lotta Ellberg finner i sin doktoravhandling at 2,1 % av nyfødte ble reinnlagt, hovedsaklig på grunn av infeksjoner, gulsott og tilmatingsproblemer (Ellberg, 2008) (Ellberg et al., 2008). Dette samsvarer

med hva vi finner i vår studie om årsaken til at kvinnene oppsøkte legevakt etter at de kom hjem fra barsel. 28,5% av de som oppsøkte legevakten var på grunn av sykt barn og 5,4 % opplyser at de oppsøkte legevakt på grunn av gult og slapt barn.

Nest etter sykt barn var det egen helse, vonde sting og brystproblematikk som var årsaken til at kvinnene oppsøkte legevakt etter at de kom hjem. En kvinne i vår studie rapporterer om pustestopp på barnet som årsak til besøk på legevakten.

Det er også flere kvinner (19,2%) i vår studie som har rapportert barseldepresjon som en årsak til ønske om hjemmebesøk av jordmor. Dette kan sannsynlig henge sammen med den store overgangen det er å komme hjem fra barselavdelingen med et nytt lite barn. Screening for barseldepresjon er innført som et standard verktøy i svangerskapsomsorgen ved flere helsestasjoner. Screening metoden kalles for EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Barseldepresjon rammer mellom 10-15 % av alle kvinner (Eberhard-Gran et al., 2014).

Depresjon som oppstår i barselperioden vet man øker risikoen for at kvinnen ikke er istand til å ta seg av det nyfødte barnet eller øvrige barn i familien (Eberhard-Gran, 2011).

6.1.4 Faktorer assosiert med hjemmebesøk av jordmor

Ut fra våre resultater viser det seg at eneste signifikante faktor var parietet som var assosiert med å få hjemmebesøk. Førstegangsfødende ble prioritert, det virker for oss logisk og riktig, da denne gruppen opplever å bli mødre for første gang. Det er viktig å sørge for at de får en så god støtte i foreldre rollen og ammererfaring som mulig, da kan påvirke deres ønske i forhold til å få flere barn på et senere tidspunkt. Videre viste det seg at alder ikke påvirker utfallet om kvinnen får hjemmebesøk eller ikke. Dette synes for oss noe uventet, da man antar at yngre kvinner vil trenge mere støtte og veiledning i barselperioden enn de mer voksne mødrene (Kingston, Heaman, Fell & Chalmers, 2012). Man vet at postpartum depresjon er assosiert med morens psykososiale funksjon, og hennes evne til å ta seg av barnet. Dette igjen er assosiert med uheldige effekter på barnets utvikling. Barnet er i risiko for å motta redusert omsorg dersom foreldrene er deprimerte (Moe et al., 2010). Studier har vist at opptil 13% av kvinner som har født rammes av barseldepresjon og forskning viser at dette rammer i enda større grad unge mødre (McGuinness, Medrano & Hodges, 2013). Vår studie kan vanskelig konkludere med tall som bekrefter dette da det er kun 3 deltagere som har svart at de er under 20 år.

Vår teori var at flergangs fødene med kompliserte forløsninger var en gruppe som blir prioritert, men dette kan vi ikke konkludere med ut fra vår studie, da vi ikke har laget variabler som tester ut denne hypotesen i vår oppgave. Vi finner at i forhold til instrumentell forløsning og keisersnitt var det ingen signifikant forskjell i forhold til hjemmebesøk eller ikke, så komplikasjoner i seg selv ser ikke ut til å påvirke utfall av hjemmebesøk. Resultatet var noe overraskende da vi har erfart i lengre tid at kvinner som er blitt forløst med keisersnitt er assosiert med forsinket melkelaktasjon. I en studie fra 2017 fra Uganda hvor man undersøkte hvilke faktorer som påvirket melkelaktasjonen fant man at keisersnitt var en signifikant faktor som påvirket laktasjonen, Justert Odds Ratio 11,10% 95% CI (Mukunya et al., 2017). Tilsvarende resultat fant man i en studie fra 2019 hvor man i tillegg til keisersnitt fant at der barnet var prematurt født også hadde en forsinket laktasjon (Keenan-Devlin et al., 2019). På bakgrunn av dette er det etter vår oppfatning viktig med tidlig hjemmebesøk av jordmor for å veilede kvinnen i forhold til amming, samt observere barnets ernæringsstatus. Videre fant vi at det var heller ikke større sjanse for å få hjemmebesøk der barnet hadde vært innlagt på Nyfødt Intensiv avdelingen. Resultatet fra studien vår er i så henseende positivt med tanke på at Barselretningslinjene anbefaler hjemmebesøk til alle uavhengig av parietet, alder og forløsningsmetode (Helsedirektoratet,2014).

6.2 Metode diskusjon

Vi valgte en kvantitativ deskriptiv metode for å kunne åpne opp for at flest mulig kunne delta i studien. Siden studien er deskriptiv kan den ikke si mer enn det deltagerne faktisk blir spurt om, og svarer på (Mordal, 2000). En kvantitativ studie krever betydelig arbeid i forkant av selve gjennomføringen av studien. Teorigrunnlaget gjennomgås, og utarbeidelsen av selve spørreskjemaet samt rekruttering av deltagere er sentrale momenter i metoden. Utarbeidelsen av spørreskjemaet er en tidkrevende prosess og spørsmålene må være tydelig formulerte i forkant av distribusjon. Vi valgte imidlertid elektronisk spørreskjema, som gjør det enklere å endre spørsmålsformuleringen underveis i prosessen, i forhold til der spørreskjemaet er trykket opp i papirform. Vi ønsket å få frem den eksakte avspeilingen av fenomenet hjemmebesøk, samt gå i bredden og forsøke å finne det som var gjennomsnittlig og representativt for kvinner i Østfold og resten av Norge. Vi ønsket distanse til deltagerne, og ønsket en objektiv tilnærming til problemstillingen. Derfor var en kvantitativ metode best egnet til vårt formål (Dalland, 2018).

Problemstillingen i denne oppgaven kunne også delvis vært besvart ved å gjøre en kvalitativ studie med dybdeintervju av noen deltagere. Med denne metoden ville vi fått en dypere forståelse omkring det særegne ved hjemmebesøk, der barselkvinnenes opplevelser og meninger kom tydeligere frem. Intervjuene kunne man videre brukt til utformingen av spørreskjemaet. Men tidsbegrensinger gjorde det vanskelig å ta i bruk «Mixed Metode». Den opprinnelig planlagte populasjonen skulle komme fra Østfold, men på grunn av få deltagere fra fylket, valgte vi å inkludere deltagere fra resten av Norge for å få en større populasjon.

Vår studie har et for lite utvalg av hele populasjonen, og dermed kan vi ikke si noe om vårt resultat er representativt i forhold til hjemmebesøk hverken i Østfold eller resten av Norge. Med en besvarelse fra 1370 kvinner fra 56% av Norges kommuner som har svart på spørsmål om de har fått hjemmebesøk er utvalget for lite i forhold til alle kvinner som har født i Norge i 2019. På denne måten representerer resultatet bare et lite utvalg av populasjonen.

6.2.1 Validitet og reliabilitet

En kvantitativ metode brukes der man ønsker breddekunnskap om emnet. Man kan teste hypoteser som kan overføres til personer eller situasjoner (Dalland, 2018). For å kunne bedømme studiens pålitelighet og om man kan gjenta samme studie for å undersøke om resultatet endrer seg, må man vurdere studiens reliabilitet og validitet. Validitet dreier seg om gyldigheten av resultatene/funn som forskeren presenterer. Graden av validitet styrkes når forskeren utførlig beskriver detaljert fremgangsmåten i sin studie eller prosjekt, og når grunnlaget for konklusjonen gjøres rede for. Det stilles krav til at forskeren reflekterer og har distanse til sin forskning slik at man unngår å bli påvirket av egne forutantagelser (Kvale og Birkmann, 2012). Intern validitet forteller oss i hvilken grad resultatene fra studien er gyldige for den problemstillingen som rettes. Den sier noe om de resultatene man beskriver er riktige i forhold til de spørsmålene som ble stilt. Den eksterne validiteten forteller oss i hvilken grad resultatene kan overføres til andre situasjoner og målgrupper og om man kan trekke en konklusjon som kan vurdere andre grupper enn det utvalget man faktisk har undersøkt (Pripp, 2019). For å styrke validiteten i vår studie, brukte vi 8 spørsmål fra Barimani et.al sitt validerte spørreskjema. Deretter utformet vi 17 egne spørsmål som ble pilot testet av 5 kvinner, for så bli grundig reflektert over for endelig redigering av spørreskjemaet før studien startet. Slik vi ser det har vår studie høy validitet. Det er ingen grunn til å tro at kvinner har misforstått spørsmålene, da de var enkelt formulert og hadde få alternativ til svar. Det var i stor grad dikotome svar med alternativ ja/nei. For å høyne validiteten ytterligere, kunne vi bruk et ferdig

validert spørreskjema. Det vil være enkelt å gjennomføre en ny studie på et senere tidspunkt for å kunne si noe om utviklingen av barselomsorgen.

Vår studie rekrutterte sine deltagere gjennom utdeling av info skriv om forespørsel om å delta i studien på barselavdelingen. Det ble også rekruttert fra sosiale medier som Facebook. Vi hadde derfor ingen mulighet til å påvirke svarprosenten ved å kontakte kvinnene og purre på besvarelse.

Reliabilitet er et begrep for å beskrive forskerens troverdighet i fremstillingen av sitt materiale. Det handler om at kan man stole på at resultatene som fremkommer er utarbeidet på en pålitelig måte. Reliabilitet vurderer det måleinstrumentet som er blitt brukt for å fremskaffe resultat, er godt nok for å få samme resultat ved gjentatte målinger, altså om studien kan etterprøves. I forhold til vår studie ville vi anta å tro at resultatet ville ha endret seg i, om nøyaktig samme undersøkelse ble utført på et annet tidspunkt av året. Vi antar en muligens høyere svarprosent i vinterhalvåret på grunnlag av at deltagerne kan være mer på internett i denne perioden. I forhold til selve resultatet av undersøkelsen vil vi tro at om man gjennomfører tilsvarende undersøkelse om for eksempel 1 års tid, ville man få høyere andel kvinner som får hjemmebesøk av jordmor. Det er et satsningsområde for myndighetene med styrking av jordmortjenesten i kommunene med flere stillinger, som igjen fører til mer ressurser til å utføre hjemmebesøk av jordmor.

6.2.2 Overførbarhet/Generalisering

Er det mulig å generalisere funn fra vår studie populasjon til lignende situasjoner eller grupper ?

Deltagerne i vår studie var geografisk godt spredt i hele Norge, og representerer en del av en populasjon. Men, det er få deltagere i mange kommuner eller områder, så vi kan ikke si noe om hvor representativt det er for et spesifikt område. I praksis kan man ikke med få deltagere som alle sier at ja eller nei på spørsmålet har de har mottatt hjemmebesøk av jordmor, trekke konklusjonen at sånn er fasit svaret. For å trekke en sikker konklusjon trenger man høy svar prosent og mange deltagere. Vi vet at det er skjevhet i rekrutteringen av deltagere. Vi har få karakteristika på deltagerne som besvarte studien. I tillegg er det mest sannsynlig ikke representativt for de yngre kvinnene, da kun 3 kvinner under 20 år var representert i denne gruppen. En mulig årsak til det kan være feil rekrutteringssted, at yngre kvinner er på andre sosiale medier enn Facebook, for eksempel Instagram.

Studien er heller ikke representativt for innvandrere kvinner, da de sannsynligvis ikke har deltatt i studien, på grunn av språk vansker, da vårt spørreskjema kun var på norsk. Vi kan heller ikke generalisere resultatene i forhold til kommuner i Norge som ligger i utkant strøk, da en forustning for deltagelse er internett tilgang og medlemskap i Facebook. Videre er det sannsynlig å anta at det i stor grad er kvinner som er aktive på internettet og har en Facebook profil som har svart siden spørreundersøkelsen er distribuert på internett og Facebook. Vi antar også at de som er sårbare og sliter, ikke prioriterer å svare på undersøkelsen, fordi de har nok med egen problemer. Dermed kan vi ikke generalisere funnene våre og si at dette er representativt for hele befolkningen.

6.2.3 Styrker og svakheter ved studien

Styrken ved en spørreundersøkelse er at man kan få svar fra et bredere befolkningsgrunnlag slik at vi får et større tallmaterieell å analysere. Vi valgte i stor grad dikotome svaralternativ med ja og nei som svaralternativ. Dette gjør at studien er rask å besvare. Vi har fått svar fra deltagere bosatt i 236 kommuner. Dette tilsvarer 56% av alle Norges kommuner. I geografi var deltagerne bosatt over hele Norge (fig 5-1), noe som gir studien en styrke, når vi skulle sammenligne Østfold med resten av Norge.

Rekrutteringsperioden var på sommeren. Det er grunn å anta at dette kan ha påvirket svarfrekvensen og forekomsten av hjemmebesøk. Man vet at ferie og høytid er en sårbar periode for at barselkvinnen skal få den oppfølging som de har krav på, på grunn av ferieavvikling for

jordmødrene. Muligens ville forekomsten av hjemmebesøk være reellt høyere på et annet tidspunkt av året.

Kommunejordmødrene i Østfold hadde kjennskap til studien i forkant. Dette kan ha påvirket resultatene på følgende måte. Studien dreier seg om deltagerne mottar hjemmebesøk av jordmor tidlig i barseltiden, og det kan tenkes at jordmødre prioriterte denne tjenesten når de var klar over at det pågikk en studie, for å kamuflere at de vanligvis ikke følger nasjonale retningslinjer for barselomsorgen. På denne måten kan svarene ha blitt bedre enn det virkeligheten egentlig er. De kan også ha unnlatt å dra på hjemmebesøk for å få lavere svarprosent i sin kommune for å synliggjøre mangelen på jordmor ressurser.

En annen svakhet med studien er at folk generelt i befolkningen gir lav svarprosent på spørreundersøkelser. Man ønsker gjerne å oppnå opp mot 50% svar, men realiteten er at man ofte ender opp med 30%. Cohort profil: The Norwegian Mother and Child study av Per Magnus et al finner at deltagelse i spørreundersøkelser angående svangerskap, fødsel og barseltid gradvis faller i takt med antall svangerskap. Det er større sannsynlighet at en kvinne som har født første barn svarer enn en kvinne som har barn fra før (Magnus et al., 2006). I tillegg vet vi at barselkvinner er i en «boble» like etter fødsel der de kanskje har problemer med å få med seg all informasjon som gis fra barselavdelingen, deriblant vårt informasjonsbrev. Videre kan det være en svakhet ved studien at utdeling av informasjonsskriv på barselavdelingen ikke er blitt prioritert av personalet da de har høy arbeidsbelastning og travle arbeidsdager. En annen faktor kan være at rekrutteringsperioden var i sommer månedene, og barselavdelingen hadde høy bruk av ferievikarer, som kanskje ikke var informert om studien.

En tredje svakhet er at kun kvinner som leser norsk er rekruttert til studien. Dette medfører at man ikke får det virkelige bildet over populasjonen i Østfold fylke, da man vet at det er en del «nye» landsmenn bosatt her.

I etterkant av studien ser man at det burde vært med et spørsmål om utdanningsnivå, for å kunne si noe om hvor representativ studien er i forhold til populasjonen som ble undersøkt. Dette er en svakhet da man nå ikke kan si noe om det er «ressursterke/svake» deltagere som har deltatt. I tillegg burde det blitt tilført et spørsmål om tidsperspektivet, fra fødsels tidspunktet til svar på studien, for å kunne utelukke «Recalled Bias». Det kan være noen som har svart noe annet enn det som faktisk var, da tiden kan endre informantenes hukommelse.

Vi ønsket at kvinner som hadde født i løpet av 2019 frem til studien ble stengt 13/8-19 skulle svare. For å sikre oss at kvinnen hadde født i denne perioden burde vi hatt spørsmål om hvor gammelt barnet var ved innhenting av data.

Dersom vi skulle ha gjennomført denne studien en gang til ville vi ha kontaktet alle helsestasjonene i Norge for å få distribuert studien til så mange kvinner som mulig. På den måten kunne vi ha sikret oss et bredere utvalg av deltagerne uavhengige av om de var medlem av sosiale medier som for eksempel Facebook. Vi ville også hatt spørreskjemaet på flere språk for å sikre oss deltakere som ikke var norsk språklige.

7 Implikasjon for praksis

Liggetiden på barsel har som tidligere nevnt blitt gradvis redusert til et gjennomsnittlig 2,8 døgn. Som en følge av dette har kommunen et ansvar med å følge opp barselkvinnene med et tett tilbud etter at de er kommet hjem fra barselavdelingen. Vi ønsket gjennom denne studien å avdekke hvordan barseltilbudet i Østfold og Norge for øvrig er. Vi er ikke kjent med at det er blitt gjort lignende brukerundersøkelse/studie hvor man har kartlagt hva barselkvinner selv rapporterer om hvilket tilbud om hjemmebesøk de mottar og hva de rapporterer som behov for hjelp etter at de er kommet hjem fra barsel.

Man har siden 2014 i Barselretningslinjene «Nytt liv og trygg barseltid for familien» anbefalt på det sterkeste at det skal tilbys hjemmebesøk av jordmor, og nå 4,5 år etter finner vi at 54,8 % av vårt utvalg har fått hjemmebesøk etter de Nasjonalfaglige retningslinjer for Barselomsorgen. Dette er etter vår mening et dårlig resultat, og viser at det er et stort behov for forbedring. Vi finner imidlertid at 61,6% av de som har fått hjemmebesøk fikk det i løpet av 1.-3.dag. Dette anser vi som en positiv utvikling. Jordmor har et stort ansvar i å ivareta barselkvinneres rettigheter da jordmor er den som er best kompetent til å ivareta barselkvinnerens fysiske og psykiske helse. Vi må fortsette å belyse viktigheten av hjemmebesøk for alle barselkvinner uavhengig av parietet, alder, forløsningsmetode og sårbarhet. Alle kvinner er i en spesielt sårbar periode i livet når de har født barn. Det må klarere føringer til i definisjonen om hvor lenge etter hjemkomst at hjemmebesøket skal foretas av jordmor og helsesykepleier i Barselretningslinjene. Slik som det nå er skal jordmor hjem 1.-3. dag etter **hjemkomst**, mens helsesykepleier skal hjem 7-10 dager etter **fødsel**.

Da vi har valgt en deskriptiv kvantitativ spørreundersøkelse er det mulig å gjenta studien om noen år for å se om kvaliteten på barselomsorgen har forbedret seg. Vi finner at det i 2018 er 464,4 jordmorårsverk i kommunen. Dette synes å være et for lavt antall årsverk med tanke på at kommunene er blitt pålagt stadig flere lovpålagte oppgaver knyttet til Svangerskaps-og barselomsorgen. Man vet at kommunejordmortjenesten ikke har kapasitet på nåværende tidspunkt til å følge opp alle barselkvinner som reiser hjem tidlig fra barselavdelingen. Så med andre ord, det er ikke en realitet at alle barselkvinner i Norge får hjemmebesøk av jordmor etter fødsel, slik de har krav på etter lov om kommunale tjenester.

Ordtelling : 14913

Referanser/litteraturliste

- Ammehjelpen i Tromsø og omegn. (2017). *Jordmor tidlig hjem - skjer det?*
Arbeidstilsynet. (2019). Midlertidig ansettelse. Hentet 2019.12.11 fra
<https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/ansettelse/midlertidig-ansettelse/>
- Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S.-E. & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scand J Caring Sci*, 29(3), 409-417.
<https://doi.org/10.1111/scs.12144>
- Barimani, M. & Vikstrom, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*, 31(8), 811-817.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009>
- Barnett, B. & Parker, G. (2009). Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. *Psychological Medicine*, 16(1), 177-185.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291700002610>
- Benitz, W. E. (2015). Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants. *Pediatrics*, 135(5), 948-953.
<https://doi.org/10.1542/peds.2015-0699>
- Bjelland, E. K., Stuge, B., Engdahl, B. & Eberhard-Gran, M. (2013). The effect of emotional distress on persistent pelvic girdle pain after delivery: a longitudinal population study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(1), 32-40.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12029>
- Boulvain, M., Perneger, T. V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M. & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG*, 111(8), 807-813.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00227.x>
- Bowers, J. & Cheyne, H. (2016). Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care.(Report). *BMC health services research*, 16(16).
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-1214-4>
- Brunstad, A. & Tegnander, E. (2017). *Jordmorboka*. Oslo: Cappelen Damm A/S.
- Camonie, G., Rey, V., Sabarros, S., Baum, T.-P., Fournier-Favre, S., Mazurier, E., ... Picaud, J.-C. (2010). Early postpartum discharge and breastfeeding: An observational study from France. *Pediatrics International*, 52(2), 180-186. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2009.02942.x>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal
- Datatilsynet. (2019). Hva er en personopplysning? Hentet 2019.11.19. fra
<https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/personopplysninger/>
- Den Norske Jordmorforening. (2019). Den norske jordmorforening på høring om fødselsomsorgen. Hentet 2019.11.28. fra <https://www.jordmorforeningen.no/om-oss/nyhetsarkiv/den-norske-jordmorforening-paa-hoering-om-foedselsomsorgen>
- Den Norske Legeforening. (2014). *Veileder i fødselshjelp*. Oslo: Den Norske Legeforening. Hentet fra <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/>
- Eason, E., Labrecque, M., Marcoux, S. & Mondor, M. (2002). Anal incontinence after childbirth. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 166(3), 326.
- Eberhard-Gran, M. (2011). Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. *Utposten*, 40(1), 31-34. <https://doi.org/https://www.utposten.no/i/2011/1/utposten-chapter-10>

- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Opjordsmoen, S. & Schei, B. (2000). Barselomsorg-søvn, hvile og tilfredshet. *Tidsskriftet Norske Legeforening*, 120, 1405-1409. <https://doi.org/https://tidsskriftet.no/2000/05/klinikk-og-forskning/barselomsorg-sovn-hvile-og-tilfredshet>
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 426-433. [https://doi.org/ https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x](https://doi.org/https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x)
- Eberhard-Gran, M. & Garthus-Niegel, S. (2014). Posttraumatisk stress etter fødsel. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134(11), 1135-1135. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0631>
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K. & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon - en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134(3), 297-301. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0068>
- Ellberg, L. (2008). *Postnatal care - outcomes of various care options in Sweden* (Phd). Hentet fra <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:142099/FULLTEXT01.pdf>
- Ellberg, L., Högberg, U., Lundman, B., Källén, K., Håkansson, S. & Lindh, V. (2008). Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Pædiatrica*, 97(5), 579-583. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00714.x>
- Farstad, A. (2016). *På liv og død - Distriktjordmødrenes historie*. Oslo: Samlaget.
- Feenstra, M. M., Nilsson, I. & Danbjørg, D. B. (2019). Broken expectations of early motherhood: Mothers' experiences of early discharge after birth and readmission of their infants. *J Clinical Nursing*, 28(5-6), 870-881. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.14687>
- Fodstad, K., Staff, A. C. & Laine, K. (2016). Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *International Urogynecology Journal*, 27(10), 1513-1523. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3015-7>
- Folkehelseinstituttet. (2019). Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. Hentet 2019.08.12. fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Rayner, J., Yelland, J., Gold, L. & Rayner, S. (2008). The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. (Research article). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(27), 27. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-27>
- Guisse, J.-M., Morris, C., Osterweil, P., Li, H., Rosenberg, D. & Greenlick, M. (2007). Incidence of Fecal Incontinence After Childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 109(2), 281-288. <https://doi.org/10.1097/01.Aog.0000254164.67182.78>
- Helfo. (2019). Regelverk og takstar for jordmor. Hentet 2019.12.08. fra <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/takster/regelverk-og-takstar-for-jordmor>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Helsedirektoratet. (2019). Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/styrking-og-utvikling-av-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Hjälmhult, E. & Økland, T. (2012). Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. *Sykepleien Forskning*, (3), 224-230. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0128>

- Hunter, L., Magill-Cuerden, J. & McCourt, C. (2015). 'Oh no, no, no, we haven't got time to be doing that': Challenges encountered introducing a breast-feeding support intervention on a postnatal ward. *Midwifery*, 31(8), 798. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.006>
- J. Kevin, N., Constance, K., Lise, J., Susan, M., Yvette, B. & Thorbjørnsen, K. M. o. (2018). *Nyfødtes atferd og tidlige relasjoner*. Oslo: Gyldendal.
- Jones, H., Diop, N., Askew, I. & Kaboré, I. (1999). Female Genital Cutting Practices in Burkina Faso and Mali and Their Negative Health Outcomes. *Studies in Family Planning*, 30(3), 219-230. [https://doi.org/ https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.1999.00219.x](https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.1999.00219.x)
- Keenan-Devlin, L. S., Awosemusi, Y. F., Grobman, W., Simhan, H., Adam, E., Culhane, J. & Miller, G. (2019). Early Term Delivery and Breastfeeding Outcomes.(Article). *Maternal and Child Health Journal*, 23(10), 1339. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10995-019-02787-4>
- Kingston, D., Heaman, M., Fell, D. & Chalmers, B. (2012). Comparison of Adolescent, Young Adult, and Adult Women's Maternity Experiences and Practices. *Pediatrics*, 129(5), e1228-e1237. <https://doi.org/https://doi.org/10.1542/peds.2011-1447>
- Kjærheim, K. (1987). *Mellom kloke koner og kvitklede menn*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Kripos. (2019). *Alvorlig vold mot små barn*. Oslo: Politiet. Hentet fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold-mot-barn/alvorlig-vold-mot-barn.pdf>
- Lain, S. J., Roberts, C. L., Bowen, J. R. & Nassar, N. (2015). Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. *Pediatrics*, 135(2), 314-321. <https://doi.org/https://doi.org/10.1542/peds.2014-2388>
- Laine, K., Skjeldestad, F. E., Sanda, B., Horne, H., Spydslaug, A. & Staff, A. C. (2011). Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(4), 319-324. [https://doi.org/ https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01057.x](https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01057.x)
- Liu L, Clemens, C. & Shay, D. (1998). Early hospital discharge of newborn infants was associated with increased risk of hospital readmission during the first 28 days of life. *Evidence-Based Nursing*, 1(2), 42-42. <https://doi.org/10.1136/ebn.1.2.42>
- Lovdata. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>
- Lovdata. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgs departementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Lovdata. (2019). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og Brukerrettighetsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgs departementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Magnus, P., Irgens, L. M., Haug, K., Nystad, W., Skjærven, R., Stoltenberg, C. & The Moba Study Group. (2006). Cohort profile: The Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *International Journal of Epidemiology*, 35, 1146-1150. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl170>
- Maternity care in Australia. (2017). *Maternity care in Australia, A framework for a healthy new generation of Australians*. The Royal Australian and New Zealand College of Obstretician and Gynaecologist.
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., ... MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD001141. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>

- McGuinness, T. M., Medrano, B. & Hodges, A. (2013). Update on adolescent motherhood and postpartum depression. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 51(2), 15. <https://doi.org/https://doi.org/10.3928/02793695-20130109-02>
- Milap Kumar, P., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C. & Osiezagha, K. (2012). Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2), 534-542. <https://doi.org/http://ezproxy2.usn.no:2087/10.1353/hpu.2012.0037>
- Moe, V., Slinning, K. & Hansen, M. B. (2010). *Håndbok i Sped-og Småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal.
- Mordal, T. L. (2000). *Som man spør får man svar. Arbeid med survey opplegg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mukunya, D., Tumwine, J. K., Nankabirwa, V., Ndeezi, G., Odongo, I., Tumuhameye, J., ... Tylleskar, T. (2017). Factors associated with delayed initiation of breastfeeding: a survey in Northern Uganda. *Global Health Action*, 10(1). <https://doi.org/http://ezproxy2.usn.no:2087/10.1353/hpu.2012.0037>
- Nasjonalt faglig retningslinje for barselomsorgen. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Nasjonalt faglig retningslinje for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2017). *Helsestasjonen 0-5 år*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar/veiing-og-maling#a>
- Nasjonalt faglig retningslinje for Spedbarnsernæring. (2017). *Spedbarnsernæring*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>
- Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA). (2018). Ti trinn for vellykket amming. Hentet 2019.12.11. fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonalt-kompetansetjeneste-for-ammig/Documents/2019-08-07%20Ti%20trinn%20for%20vellykket%20ammig.pdf>
- Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA). (2019). Mor-barn-vennlig standard (MBV). Hentet 2019.12.08. fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-ammig-nka>
- Nessa, E. H. (2017). *Barselomsorg* (Master). Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2460715>
- Nilsson, I., Danbjørg, D. B., Aagaard, H., Strandberg-Larsen, K., Clemensen, J. & Kronborg, H. (2015). Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*, 31(10), 926-934. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.004>
- Norsk Sykepleierforbund. (2017). *Helsesøsterstillinger og utdanning av Helsesøstre*. Oslo. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3545776/cache=20171909083105/helsesøsterutdanning-rapport-web.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Høie svarer på jordmorbekymring-nå skal jobbsituasjonen kartlegges. Hentet 2019.10.31. fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4712674/10505/Hoie-svarer-paa-jordmorbekymring-naa-skal-jobbsituasjonen-kartlegges>
- Pang, W. W. & Hartmann, P. (2007). Initiation of Human Lactation: Secretory Differentiation and Secretory Activation. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*, 12(4), 211-221. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10911-007-9054-4>
- Pripp, A. H. (2019). Validitet. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 138(13). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0398>
- Prop.1S. (2019). *Statsbudsjettet, Proposisjon til Stortinget*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Regionsenter for barn og unges psykiske helse. (2019). Familie for første gang. Hentet 2019.12.08. fra <https://www.r-bup.no/no/vi-tilbyr/skreddersydd-opplaering/nurse-family-partnership-programmet-nfp#>
- Ruud Hansen, T. W. (2010). Phototherapy for Neonatal Jaundice—Therapeutic Effects on More Than One Level? *Seminars in Perinatology*, 34(3), 231-234. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.02.008>
- Smerud, O.-J. O., Solevåg, A. L., Hansen, T. W. R. & Grønn, M. (2015). 14 dager gammel gutt med gulsott og apnéanfall. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(23-24), 2167-2170. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0519>
- St.meld.nr.47. (2009). *Samhandlingsreformen "Rett behandling - på rett sted - til rett tid"* (St.meld.47). Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2018). *12191: Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall, etter region, statistikkvariabel og år*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12191/tableViewLayout1/?loadedQueryId=10008031&timeType=from&timeValue=2015>
- Stine Sofie stiftelsen. (2019). Stine Sofie Foreldrepakke Hentet 2019.12.09. fra https://www.stinesofiestiftelse.no/?gclid=CjwKCAiA27LvBRB0EiwAPc8XWUxOGCKOW_cGbr-d8gnmgAZTz0KEOD1cSnCR9mHU0uKx_1guZL3T3xoCyA0QAvD_BwE
- Stuge, B. (2010). Diagnostikk og behandling av bekkenleddsplager. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(21), 2141-2145. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0702>
- Tjora, E. & Reigstad, H. (2009). En seks dager gammel pike med vektnedgang. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(9), 868-869. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0517>
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005a). *Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005b). *Rammeplan og forskrift for Helsesøsterutdanning*. Oslo. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269386-rammeplan_for_helsesosterutdanning_05.pdf
- Vangen, S., Hoffmann, R., Flo, K., Lorentzen, B. & Sand, S. (2006). Omskjæring av kvinner – komplikasjoner og behandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 4(125), 475-477. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2006/02/kronikk/omskjaering-av-kvinner-komplikasjoner-og-behandling>
- Verpe, H., Kjelleveold, M., Moe, V., Smith, L., Vannebo, U. T., Stormark, K. M., ... Skotheim, S. (2019). Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies. *Scand J Caring Sciences*, 33(1), 85-92. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/scs.12604>
- Vleeming, A., Albert, H., Östgaard, H., Sturesson, B. & Stuge, B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal*, 17(6), 794-819. <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0602-4>
- WHO. (1989). *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services*. Geneve, Sveits: World Health Organization.
- WHO. (2018). *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Geneve: World Health Organization,. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>

Aaserud, T. G. (2014). *Kvinnens opplevelse av og erfaring med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid* (Master). Hentet fra <http://hdl.handle.net/10642/2171>

8 Vedlegg

Vedlegg 1 Søknad og svar fra REK

Prosjektsøknad Skjema for søknad om godkjenning av forskningsprosjekt i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Dokument-id: 1144628

Jordmor på tidlig hjemmebesøk etter fødsel-en realitet?

1. Generelle opplysninger

1.1 Prosjektleder

Navn:	XXX
Akademisk grad:	Master student i jordmorfag
Klinisk kompetanse:	Jordmor
Stilling:	XX
Hovedarbeidssted:	XX
Arbeidsadresse:	XX
Postnummer:	XX
Sted:	XX
Telefon:	XX
E-post adresse:	XX

1.2 Prosjekttittel

Norsk tittel	Jordmor på tidlig hjemmebesøk etter fødsel-en realitet ?
Vitenskapelig tittel	Midwife in early home visits after birth-a reality?

1.3 Forskningsansvarlig

Institusjon	Kontaktperson	Stilling	E-post adresse
1. Universitetet i Sørøst-Norge	Dorthe Hvidtjørn	Lektor/utdanningsleder	dhvidtjoern@health.sdu.dk

1.4 Initiativtaker

Hvem er initiativtaker til prosjektet?	Prosjektleder og/eller forskningsansvarlig institusjon (bidragsforskning)
--	---

1.5 Utdanningsprosjekt

Er prosjektet del av en utdanning eller doktorgrad?	Ja
Studium/fag	Master i jordmorfag
Nivå	Master

1.6 Prosjektmedarbeidere

Navn	Stilling	Institusjon	Akademisk rolle	Prosjektrolle
1. XXX	Jordmor	XX Kommune	Master student i jordmorfag	Medforfatter

1.7 Tidsramme for prosjektet

Prosjektstart dato	12.03.2019
Prosjektslutt dato	31.07.2019

1.8 Offentlig innsyn

Søkes det om unntak fra offentlig innsyn i søknad eller vedlegg?	Nei
--	-----

1.9 Samarbeid med utlandet

Har prosjektet noen form for samarbeid med utlandet?	Nei
--	-----

1.10 Annet prosjekt med betydning for vurderingen

Er det noe annet prosjekt som kan ha betydning for vurderingen av det aktuelle prosjektet?	Nei
--	-----

2. Prosjektopplysninger

2.1 Oppsummering av forskningsprosjektet

Prosjektbeskrivelse

Sammendrag: Masteroppgave i jordmorfaget der man gjør en kvantitativ studie med en positivistisk tilnærming. Målet er å kartlegge hvordan barselkvinner opplever tilbudet om tidlig hjemmebesøk av jordmor i Østfold fylke. Mål: Hensikten med undersøkelsen er å se om anbefalinger i Helsedirektoratets retningslinjer for barselomsorg og hjemmebesøk av jordmor blir fulgt opp i kommuner i Østfold fylke. Vi ønsker å undersøke hva barselkvinner behov er fra jordmortjenesten i sin kommune. Vår motivasjon for denne studien er å se om kvinner får den tjenesten de lovpålagt har krav på. Metode: Vi har valgt en kvantitativ tilnærming til problemstillingen. Vi velger en positivistisk tilnærming, og vil se på det positive som faktisk er tilstede, og som kan sanses og erfares direkte (Jacobsen, 2015). Vi har valgt å samle inn data ved hjelp av elektronisk spørreundersøkelse. For å nå informantene har vi valgt å distribuere spørreskjemaet via Sykehuset Østfold Kalnes

2.2 Legemiddelutprøving

Legemiddelutprøving	Nei
---------------------	-----

2.3 Forskningsdata

2.3.1 Tidligere registrerte opplysninger	Nei
--	-----

2.3.2 Nye helseopplysninger	Ja
-----------------------------	----

Spesifiser hvilke typer helseopplysninger

Barselkvinner behov for hjemmebesøk av jordmor etter hjemkomst fra føden. Amme problemer? Støtte og omsorg i foreldrerollen,

2.3.3 Humant biologisk materiale	Nei
----------------------------------	-----

2.4 Studiepopulasjon

2.4.1 Antall forskningsdeltakere og styrkeberegning

I Masteroppgaven er vi 2 jordmødre i Norge

2.4.2 Beskrivelse av forskningsdeltakere/utvalg

Pasienter/klienter

Spesifiser hvilke pasienter

Barselkvinner som har født ved sykehuset Kalnes, i perioden mars, april, mai, juni, juli 2019

Begrunn valg av pasientgruppe

Studien kan gi oss opplysninger om kvinners tilfredshet i de forskjellige kommunene, med jordmortjenesten i Østfold. Vi håper at studien kan avdekke svakheter og mangler i tjenesten i forhold til Helsedirektoratets anbefalinger for barselomsorg, slik at vi på sikt kan få økt jordmor bemanningen og gi en bedre tjeneste til barselkvinnene.

Kun kvinner og 1 barn

Begrunn

Da det kun er kvinner som føder barn.

2.5 Forskningsmetode

2.5.1 Metode for analysering av data

Statistiske (kvantitative) analysemetoder

2.5.2 Metode for innhenting av data

Spørreskjema

2.6 Begrunnelse for valg av data og metode

Redegjør for den faglige og vitenskapelige begrunnelsen for valg av data og metode

Vi ønsker å benytte en kvantitativ metode for å få flest mulige svar fra informantene og ønsker å se på forskjeller på jordmortjenesten i de forskjellige kommuner i Østfold

3. Informasjon, samtykke og personvern

3.1 Samtykke vil bli innhentet

Samtykke vil bli innhentet

Nei

3.2 Samtykke er allerede innhentet

Samtykke er allerede innhentet

Nei

3.3 Det søkes om fritak fra kravet om å innhente samtykke

Det søkes om fritak fra kravet om å innhente samtykke

Ja

For hvilke deltakere, opplysninger og evt. prøver søkes det om fritak fra kravet om å innhente samtykke?

Vår studie er frivillig å delta i, da informantene får utdelt informasjon om studien via infoskriv som deles ut av utskrivende jordmor på barselavdelingen ved Kalnes. Informantene velger selv om de vil svare på vår undersøkelse ved å logge seg på Online spørreskjema. Dataen er anonymisert og det eneste som kan

identifisere informanten er bokommune. Vi regner med å få 350-500 svar, og det bli umulig å spore hver enkelt informant, da det er mang fødsler i hver kommune i en 4 mnd periode.

Hvorfor søkes det om fritak fra hovedregelen om å innhente samtykke?

Vi søker om fritak fra hovedregelen om å innhente samtykke, da vi ikke har spørsmål i vår undersøkelse som vil identifisere informantene.

4. Avveining av nytte og risiko ved prosjektet

4.1 Fordeler

Angi fysisk, psykisk, sosial og/eller praktisk fordel/nytte/gagn nå eller i fremtida for den enkelte pasient/deltaker, grupper av personer, samfunnet og/eller vitenskapen .

Denne forsinkingen gjøres for å avdekke eventuelle mangler i tilbudet som gis til barselkvinnene i kommunehelsetjenesten. Vi håper at resultatene av studien kan være med på å styrke kommunejordmor tjenesten slik at mor/far/barn får det helsetilbudet de har krav på ifølge nasjonale retningslinjer

4.2 Ulemper

Angi fysisk, psykisk, sosial og/eller praktisk risiko/skade/ubehag/belastning/uileilighet nå eller i fremtida for den enkelte pasient/deltaker, grupper av personer, samfunn og/eller miljø .

Vi kan ikke se noen ulemper med studien

4.3 Tiltak

Redegjør for eventuelle særlige tiltak for å ivareta og beskytte pasientene/deltakerne i forskningsprosjektet og for å begrense mulig risiko/ulempe

Informantenes svar i studien vil bli slettet umiddelbart etter analysen av datamaterialet. Beregnes sept-des 2019

4.4 Forsvarlighet

Hvorfor er det forsvarlig å gjennomføre prosjektet? Gi en begrunnet avveining av fordelene og ulempene ved forskningsprosjektet.

Vi har erfart at det er for få stillinger i kommunehelsetjenesten. Dette kan føre til at hjemmebesøk etter fødsel kan bli nedprioritert. Det er i gjennomsnitt kun 0,95 jordmor årsverk i hver kommune. I 2015 var det 0,75% jordmorstillinger (Statistisk sentralbyrå, 2018).

God oppfølging av kvinnen etter fødselen fører til økt ammefrekvens. Når det gjelder amming er det kjent at de fleste ammeproblemer oppstår de førstedagene etter fødselen. I dag er det ofte en uavklart situasjon for familier som reiser hjemtidlig. Kontakten med helsestasjonen er ikke godt nok etablert, og oppgavene er ikke tydelig avklart mellom foretak og kommuner.

Forskningsetiske vurderinger:

Studien er anonym, og frivillig for barselkvinnene å delta i. En kommune i Østfold, Rygge, skal ekskluderes fra studien, siden en av oss jobber i kommunen som kommunejordmor. Man frykter at inhabilitet, kan være med på å påvirke resultatene av studien.

5. Sikkerhet, interesser og publisering

5.1 Personidentifiserbare opplysninger

I hvilken form skal personidentifiserbare opplysninger og prøver brukes i prosjektet?

Aidentifisert med koblingsnøkkel

Gi informasjon om hvordan koblingsnøkkelen oppbevares og hvem som har tilgang til denne

Passord og koblingsnøkkel vil bli holdt adskilt fra hverandre. XX og XX har tilgang til koblingsnøkkel. Spørreundersøkelsen har ingen personidentifiserbare opplysninger

5.2 Internkontroll og sikkerhet

Koblingsnøkkel og data oppbevares atskilt fra hverandre

5.3 Forsikring for forskningsdeltakere

Særskilt forsikring

Redegjør for den særskilte forsikringen

Ingen særskilt forskning

5.4 Vurdering av andre instanser

Prosjektet har blitt vurdert/skal vurderes av:

Egen institusjon

5.5 Interesser

Finansieringskilder

Ingen

Godtgjøring til institusjon

Ingen

Honorar prosjektleder/-medarbeidere

Ingen

Kompensasjon for forskningsdeltakere

Ingen

Eventuelle interessekonflikter for prosjektleder/-medarbeidere

Ingen

5.6 Publisering

Er det restriksjoner med hensyn til offentliggjøring og publisering av resultatene fra prosjektet? Nei

Redegjør for hvordan resultatene skal gjøres offentlig tilgjengelig

Resultatene skal offentliggjøres anonymisert i en masteroppgave tilsluttet Master i Jordmorfag

5.7 Håndtering av data etter prosjektslutt

Hvordan skal personopplysninger håndteres etter prosjektslutt?

Informantenes svar vil bli slettet fra online spørreundersøkelses server i sep-des19 og abonnementet sies opp. Opplysningene vil ikke bli lagret på intern eller ekstern hardisk.

6. Vedlegg

#	Type	Filnavn	Lagt inn dato
1.	Forskningsprotokoll	Final prosjekt1.pdf	23.01.19
2.	CV for prosjektleder	Off Godkj jordmor.pdf	23.01.19

3.	Øvrige vedlegg	Final prosjekt1.pdf	23.01.19
4.	Øvrige vedlegg	Informasjons skriv til barsekvinnene i Østfold Master i jordmorfag.docx	23.01.19
5.	Spørreskjema	1Spørreskjema3.pdf	23.01.19

7. Ansvarserklæring

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført

i henhold til gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer

i samsvar med opplysninger gitt i denne søknaden

i samsvar med eventuelle vilkår for godkjenning gitt av REK eller andre instanser

Svar fra REK

post@helseforskning.etikkom.no

fre. 8. mar., 13:33 (for 1 døgn siden)

Hei.

Viser til din forespørsel om framleggingsvurdering mottatt 25.02.2019 for prosjekt "Jordmor på hjemmebesøk etter fødsel- en realitet?" (vår ref. 2019/436).

Formålet med prosjektet er å se om de Nasjonal faglige retningslinjene for barselomsorgen utarbeidet av helsetilsynet, følges opp av jordmødrene i kommunene i Østfold. Det skal undersøkes om barselkvinnene i Østfold får tilbud om hjemmebesøk av jordmor etter utskrivningen fra sykehuset Kalnes, og hvilken behov for jordmorhjelp de evt har. Det skal undersøkes om det er forskjeller på tilbudet i de forskjellige kommunene, og om det er forskjeller i tilfredshet hos kvinnene.

REK vurderer at prosjektet ikke vil gi ny kunnskap om helse eller sykdom, og at det dermed faller utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Silje U. Lauvrak
REK Sør-Øst
Seniorrådgiver

Vedlegg 2 Søknad og svar fra NSD

NSD sin vurdering

Skriv ut Prosjekttittel Jordmor på tidlig hjemmebesøk etter fødsel- en realitet?

Referansenummer 809452

Registrert 31.01.2019 av Berit Aas - 222576@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat) Miriam Lukasse, miriam.lukasse@usn.no, tlf: 95771864

Type prosjekt Studentprosjekt, masterstudium Kontaktinformasjon, student Berit Aas, beritaas13@gmail.com, tlf: 92864244

Prosjektperiode 01.05.2019 - 31.12.2019

Status 13.05.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

13.05.2019 - 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 13.5.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse, samt alminnelige personopplysninger,

frem til 31.12.2019. Datamaterialet vil deretter anonymiseres. LOVLIG GRUNNLAG Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 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 uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2). PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: - om 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 viderebehandles 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: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen 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 og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Pernille Ekornerud Grøndal

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3 Søknad og svar fra Sykehuset Østfold Kalnes

Wenche Rotvold 

31. januar 2019 kl. 18:34



Søknad om å rekruttere informanter

Til: Cecilie Sommerstad



Til Ledelsen ved Føde/barselavdelingen Sykehuset Østfold Kalnes

Vi vil med dette søke om å få rekruttere informanter fra føde/barselavdelingen ved sykehuset til vår masteroppgave. Tittelen på oppgaven er: "Jordmor på tidlig hjembesøk etter fødsel - en realitet?".

Hensikten med undersøkelsen er å se om anbefalinger i Helsedirektoratets retningslinjer for barselomsorg om hjemmebesøk av jordmor blir fulgt opp i kommuner i Østfold fylke.

Vi ønsker å undersøke hva barselkvinner behov er fra jordmortjenesten i sin kommune. Vår motivasjon for denne studien er å se om kvinner får den tjenesten de lovpålagt har krav på.

Vi har valgt en kvantitativ metode med elektronisk spørreskjema.

For å rekruttere informantene ønsker vi å dele ut et informasjonsskriv til barselkvinner med en link til det elektronisk spørreskjemaet.

Undersøkelsen er anonym og frivillig.

Søknad om tillatelse er sendt både til REK-sør-øst og til NSD. Det er ikke kommet svar fra disse på nåværende tidspunkt.

Vedlagt følger vår prosjektbeskrivelse, spørreskjema i Pdf format, informasjonsskrivet til barselkvinnen og søknad til REK.

Mvh Wenche Rotvold og Berit Aas

Begge er ansatt som kommunejordmor i Østfold.

1. feb. 2019 kl. 11:00 skrev Cecilie Sommerstad <Cecilie.Sommerstad@so-hf.no>:

Hei

Vi kan sikkert dele ut disse skjemaene, men REK-godkjenning bør vel foreligge først? Jeg har videreformidlet til Nina og Eirin med kopi til de andre seksjonslederne + Ann. Du får endelig bekreftelse når de har sett på dette.

Spennende undersøkelse som det er veldig fint for oss å få resultater på også! Spørsmålene i spørreskjemaet er veldig aktuelle, så jeg har anbefalt at vi absolutt bidrar her!

Vennlig hilsen

Cecilie Sommerstad

Seksjonsleder

Føde-/barselenheten

Kvinneklinikken

Sykehuset Østfold, Kalnes

Tlf jobb: 41708676, privat: 97974479

<image001.jpg> <image002.jpg>

Vedlegg 4 Spørreundersøkelsen

Jordmor på tidlig hjemmebesøk etter fødsel - en realitet?

Kvantitativ tverrsnittstudie av barselkvinner i Østfold

Vi er 2 jordmødre som skriver en Masteroppgave. I den anledning vil vi gjøre en spørreundersøkelse.

Hensikten med denne spørreundersøkelsen er å se om anbefalinger i Helsedirektoratets Nasjonal faglige retningslinjer for barselomsorgen om hjemmebesøk av jordmor, blir fulgt opp av kommunene.

Etter retningslinjene skal jordmor komme på hjemmebesøk til barselkvinnen 1.-3. dag etter hjemkomst.

I den anledning er vi avhengige av DEG og dine opplevelser. Vi håper på stor respons på vår spørreundersøkelse.

Det er 25 spørsmål, og det vil ta deg ca 5-10 minutter å svare.

Det er frivillig å delta, og du vil være anonym. Svarene vil bli slettet etter gjennomført undersøkelse.

I dette avsnittet kommer noen enkle spørsmål om deg selv.

1. Jeg har motatt informasjon om studien «Jordmor på tidlig hjemmebesøk etter fødsel-en realitet?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i elektronisk spørreskjema

2. Alder: Hvor gammel er du?

Under 20 år

21-25 år

26-30 år

31-35 år

36-40 år

Eldre enn 40 år

3. Er du?

- Førstegangsfødende
- Flergangsfødende

4. I hvilken kommune bor du?

- Aremark
- Askim
- Eidsberg
- Fredrikstad
- Halden
- Hobøl
- Hvaler
- Marker
- Moss
- Rakkestad
- Rygge
- Rømskog
- Råde
- Sarpsborg
- Skiptvet
- Spydeberg
- Trøgstad
- Våler i Østfold
- Annen kommune: _____

5. I Hvilken annen kommune utenom Østfold bor du ? _____

6. Hvordan var fødselen din?

- Normal forløsning
- Sugekopp (vacum)
- Tang
- Keisersnitt

7. Hvor mange timer/dager var du på barselavdelingen etter fødselen?

- 4-12 timer
- 13-24 timer
- 25-48 timer
- 3 dager
- 4 dager
- 5 dager
- Mer enn 5 dager

Her vil vi stille deg noen spørsmål om hva du opplevde som utfordringer, enten med deg selv eller barnet rett etter at du fødte

8. Var barnet innlagt på Nyfødt Intensiv?

- Ja
- Nei

9. Hvis JA, hvorfor var barnet innlagt på Nyfødt Intensiv?

- Født for tidlig
- Pusteproblemer
- Infeksjon med antibiotikabehandling
- Gulsott
- Mor har diabetes / svangerskapsdiabetes
- Lavt blodsukker
- Misdannelser
- Hjertefeil
- Annet _____

10. Ammer du ditt barn?

- Fullammer
- Delvis amming/morsmelkerstatning
- Ammer ikke

11. Har du fått vite hvor du kan henvende deg med ammeproblemer?

- Ja
- Nei

12. Har du oppsøkt Barselpol/Barselavd etter at du kom hjem fra føden?

- Ja
- Nei

13. Hvis JA, hva var årsaken til at du oppsøkte Barselpoliklinikken?

- Ammeutfordringer
- Vonde sting
- Renselse / Blødning
- Såre brystvorter
- Sykt barn
- Gult og slapt barn
- Annet _____

14. Har du oppsøkt Legevakt/Akuttmottak i løpet av de 2 første uker etter hjemkomst?

- Ja
- Nei

15. Hvis JA, hva var årsaken til at du oppsøkte Akuttmottak/Legevakt?

- Ammehjelp
- Gult og slapt barn
- Sykt barn
- Vonde bryst / såre brystvorter
- Vonde sting / Keisersnitt sår
- Blødning / egen helse
- Utfordringer med foreldrerollen
- Barseldepresjon
- Annet: _____

I dette avsnittet vil vi stille deg noen spørsmål om du har fått hjemmebesøk etter at du kom hjem fra barselavdelingen.

På slutten av siden vil det være en boks for å komme med egne betraktninger.

16. Har du fått helsesykepleier (helsesøster) på hjemmebesøk etter fødselen?

Ja

Nei

17. Hvis JA, hvor lang tid etter at du kom hjem fikk du besøk av helsesykepleier?

1. dag

2. dag

3. dag

4.dag

5.dag

6.dag

7.dag

8.dag

9.dag

10.dag

11.dag

12.dag

13.dag

14.dag

18. Har du fått jordmor på hjemmebesøk etter fødselen ?

Ja

Nei

Ønsker ikke besøk

Kommentar: _____

19. Hvis JA, hvor mange dager etter hjemkomst fikk du hjemmebesøk av Jordmor?

1.dag

2.dag

3.dag

- 4.dag
- 5.dag
- 6.dag
- 7.dag
- Lengre enn 7.dag

20. Hvis du ikke fikk besøk, hadde du ønsket hjemmebesøk av Jordmor?

- Ja
- Nei

21. Hvis du var garantert hjemmebesøk av jordmor etter hjemkomst, ville du ha reist hjem tidligere fra barselavdelingen?

- Ja
- Nei

22. Dersom du fikk jordmor på hjemmebesøk etter fødselen, fikk du tilbud om flere besøk?

- Ja
- Nei

23. Dersom du ikke fikk tilbud om flere hjemmebesøk av jordmor, hadde du ønsket eller hatt behov for det?

- Ja
- Nei

24. Hvis JA, hva hadde du hatt behov for?

- Ammehjelp
- Gult og slapt barn
- Sykt barn
- Vonde bryst / såre brystvorter
- Vonde sting / Keisersnitt sår
- Blødning / egen helse
- utfordringer med foreldrerollen
- Barseldepresjon
- Annet: _____

25. Her kan du komme med tilleggsopplysninger som du tenker kan være viktig for oss

Du er nå ferdig med undersøkelsen.

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på disse spørsmålene.

Du kan nå lukke vinduet.

Vedlegg 5 Informasjon til deltagerne



«Jordmor på tidlig hjemmebesøk etter fødsel

- en realitet?»

Ønsker du å delta i en studie hvor formålet er å belyse om barsel kvinnene får hjemmebesøk av jordmor etter utskrivningen fra barselavdelingen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien ønsker å se om de Nasjonalfaglige Retningslinjer for barselomsorg blir fulgt og kvinner får tilbud om hjemmebesøk etter hjemkomst slik de har krav på. Videre vil vi se hvilket behov for hjelp kvinner har etter hjemkomst.

Studien gjennomføres i forbindelse med Master i Jordmorfag ved Universitetet i Sør-Øst.

For å belyse problemstillingen er vi avhengig av deg som barselkvinne, da studien handler om DEG, dine behov og evt. problemer etter at du er kommet hjem fra Barselavdelingen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et anonymt elektronisk spørreskjema. Det vil ta deg ca. 5 minutter. Spørreskjemaet inneholder 24 spørsmål om hvordan din fødsel har vært, din og barnets helse og om du har mottatt tilbud fra jordmor om hjemmebesøk etter utskrivningen fra barselavdelingen, og i så fall hva dine behov for hjelp er. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk i Online-spørreskjemas database

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst avbryte spørsmålene uten noen som helst grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta.

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. «Online undersøkelse» er registrert på en datamaskin som har fingertrykk identifikasjon av studieansvarlig. Din IP adresse vil være skjult for oss. Du har retten til å be om innsyn, retting, sletting, begrensing, dataportabilitet og retten til å klage til datatilsynet om behandling av dine opplysninger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Masteroppgaven skal etter planen avsluttes senest Desember 2019. Alle opplysninger slettes fra databasen til firmaet «Online-undersøkelse» når masteroppgaven avsluttes.

Dine rettigheter:

- Data behandles på grunnlag av informantens uttrykkelige samtykke

REK-sør øst har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

På oppdrag fra *Universitetet i Sør-Øst Norge* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål til studien kan du ta kontakt med:

- Wenche Rotvold wenche.rotvold@gmail.com Tlf: 920 99 193
- Berit Aas beritaas13@gmail.com Tlf: 928 64 244
- Mirjam Lukasse Mirjam.Lukasse@usn.no Tlf: 957 71 864
- USN's Personvernombud: Paal Are Solberg Personvernombud@usn.no Tlf: 35 57 50 53
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, (personverntjenester@nsd.no) Tlf: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Wenche Rotvold / Berit Aas

Veileder fra Universitetet i Sør -Øst

Mirjam Lukasse (Phd)

HER KOMMER DU INN PÅ HJEMMESIDEN VÅR SOM BRINGER DEG TIL SPØRREUNDERSØKELSEN:

www.jordmorhjemme.com

<https://www.onlineundersokelse.com/s/4ea5c58>





Jordmor på tidlig hjemmebesøk etter fødsel - en realitet?

Kjære Jordmødre og Helsesykepleiere

Vi er 2 jordmødre som skriver en Masteroppgave med barselomsorgen som tema.

Kan dere være så snill å hjelpe oss med å skaffe informanter til studien.

I studien ønsker vi å se på det tilbudet som gis til barselkvinner etter hjemkomst i kommuner i Østfold.

Kan dere være så snill å dele ut dette infoskrivet ut til kvinner som skal føde snart eller nylig har født.

Hjemmeside til studien:
www.jordmorhjemme.com



Vedlegg 7 Påminnings informasjon til deltagerne



Jordmor på tidlig hjemmebesøk - en realitet?

Vi er 2 jordmødre som skriver en Masteroppgave med barselomsorgen som tema.

I studien ønsker vi å se på det tilbudet som gis til barselkvinner etter hjemkomst i kommuner i Østfold.

Som en følge av at det har blitt kortere liggetid på barsel avdelingen siden 2000 tallet har man i Nasjonalfaglige retningslinjer for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien" anbefalt at jordmor skal på hjemme besøk til kvinnen i løpet av 1.-3. dag etter hjemkomst.

For å belyse problemstillingen er vi avhengige av at DU som barselkvinne kan fortelle om du har fått hjemme besøk etter hjemkomst og hva dine behov for hjelp var.

Hvis du velger å delta i studien innebærer det at du fyller ut et anonymt spørreskjema. Det vil ta deg ca 5-6min å fylle det ut.



Spørreundersøkelsen



Slik kommer du til spørreundersøkelsen:

www.jordmorhjemme.com

eller

<https://www.onlineundersokelse.com/s/4ea5c58>

Vedlegg 8 Hjemmeside «Jordmorhjemme.com»

[Hjem](#)[Hvorfor](#)[Hvordan](#)[Spørreundersøkelsen](#)[Personvern](#)[Kontakt](#)

Jordmor på tidlig hjemmebesøk – en realitet?

En kvantitativ tverrsnittstudie av
barselkvinner

Masteroppgave i Jordmorfag

Berit Aas og Wenche Rotvold

[Hjem](#)[Hvorfor](#)[Hvordan](#)[Spørreundersøkelsen](#)[Personvern](#)[Kontakt](#)

Hvorfor

Vi er 2 jordmodre som skriver en Masteroppgave med barselomsorgen som tema.

Vi er studenter ved Universitetet i Sør-Øst Norge, Horten. Studien ønsker vi å se på det tilbudet som gis til barselkvinner etter hjemkomst.

Som en følge av at det har blitt kortere liggetid på barselavdelingen siden 2000 tallet har man i Nasjonalfaglige retningslinjer for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien" anbefalt at jordmor skal på hjemmebesøk til kvinnen i løpet av 1.-3. dag etter hjemkomst.

For å belyse problemstillingen er vi avhengige av deg som barselkvinne, da studien handler om DEG som får/ eller ikke får tilbud om hjemme besøk etter hjemkomst.

Vi ønsker å høre fra deg som har født i 2019.





Hvordan



Hvis du velger å delta i studien innebærer det at du fyller ut et anonymt spørreskjema.

Det vil ta deg ca 5-10 min å fylle det ut.

Spørreskjemaet inneholder 25 spørsmål om du har mottatt tilbud fra jordmor om hjemmebesøk etter utskrivningen fra barselavdelingen, og hva dine behov for hjelp er.

Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk i "Onlineundersokelse.com", og kan ikke spores tilbake til deg. Du vil få spørsmål om å du samtykker til deltagelse når du går inn i studien.



Spørreundersøkelsen

<https://www.onlineundersokelse.com/s/4ea5c58>



*Vi håper på stor respons på vår undersøkelse,
Dine svar viktige for fremtiden.*

*Det er frivillig å delta og du kan avbryte underveis
dersom du ikke ønsker å fullføre spørreundersøkelsen.*

Studien vil gå over tidsrommet 13.Mai-31.August 2019.



Personvern

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. «Online undersøkelse» er registrert på en datamaskin som har fingertrykk identifikasjon av studieansvarlig. Din IP adresse vil være skjult for oss. Du har retten til å be om innsyn, retting, sletting, begrensning, dataportabilitet og retten til å klage til datatilsynet om behandling av dine opplysninger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Masteroppgaven skal etter planen avsluttes senest Desember 2019. Alle opplysninger slettes fra databasen til firmaet «Online-undersøkelse» når masteroppgaven avsluttes.

Dine rettigheter:

-Data behandles på grunnlag av informantens uttrykkelige samtykke

REK-sør øst har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

På oppdrag fra Universitetet i Sør-Øst Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål til studien kan du ta kontakt med:

- Wenche Rotvold wenche.rotvold@gmail.com Tlf: 920 99 193
- Berit Aas beritaas13@gmail.com Tlf: 928 64 244
- Mirjam Lukasse Mirjam.Lukasse@usn.no Tlf: 957 71 864
- USN's Personvernombud: Paal Are Solberg Personvernombud@usn.no Tlf: 35 57 50 53
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, (personverntjenester@nsd.no) Tlf: 55 58 21 17.

Kontakt

Berit Aas mobil: 928 64 244
beritaas13@gmail.com

Wenche Rotvold mobil: 920 99 193
wenche.rotvold@gmail.com



Vedlegg 9 Dataavtale

enuvo

Data Processing Addendum (DPA) according to Article 28 Section 3 GDPR

between

Wenche Rotvold

Utgerdsvn. 39

1580 Rygge, Norway

+4792099193

later referred to as «Customer»

and

enuvo GmbH
Seefeldstrasse 25
8008 Zurich
Switzerland

later referred to as «enuvo»

enuvo GmbH, Seefeldstrasse 25, 8008 Zurich, Switzerland

info@enuvo.ch – www.enuvo.ch

2. Ensuring confidentiality

Office for customer support and software development, Zurich, Switzerland

Our offices are only accessible with an appropriate key. Each employee has a personal key to get to their workplace. Relevant for the work is the access to the platform, which is only possible with valid credentials (user name and password). Processing of personal data in private spaces (telework or home work of employees of enuvo) is permitted, provided that the measures pursuant to Art. 32 GDPR are still ensured.

Every employee must sign in to the platform to be able to work. Employees have personal credentials known only to themselves. Each employee is assigned appropriate user privileges according to their needs. All employees are also instructed to lock their computers when they leave their workplace, even if only for a short period of time (e.g. coffee break).

All computers are password-protected, have secure anti-virus software installed and are behind a hardware firewall.

No personal data of customers is permanently stored in Zurich. Production data is also never used in development environments.

Data centers, Europe (Ireland and Germany)

enuvo provides "Software as a Service" which is being run completely on the IT infrastructure of Amazon Web Service, Inc. (AWS). Both hardware and software are operated in data centers of this sub-processor within the EU (Dublin and Frankfurt). Data collected by enuvo will never be stored or processed outside the EU.

Please refer to Article 8, Sub-processors, to learn more about how AWS complies with GDPR.

3. Ensuring integrity

enuvo's survey platform is operated as Software as a Service (SaaS). All customer data is stored and processed on the same infrastructure. All customers identify themselves with our service using their personal credentials. We use a logical data separation (enforced with software), meaning that each customer can only access their own data. It is not possible for customers to access data of other customers.

Only employees responsible for customer support have the necessary privileges to enter, modify and delete data on behalf of the customers. Each employee only has the authorizations necessary to fulfil

4. Obligations of the Customer

The Customer is solely responsible for assessing the admissibility of the processing pursuant to Article 6 Section 1 GDPR and for safeguarding the rights of the data subjects pursuant to Articles 12 to 22 GDPR.

The Customer is obliged to confidentially treat all knowledge of business secrets and data security measures of enuvo acquired within the scope of the contractual relationship. This obligation shall continue to apply even after termination of this agreement.

5. Obligations of enuvo

enuvo shall maintain confidentiality when processing the Customer's Personal Data in accordance with this agreement. This shall continue to apply even after termination of the agreement.

enuvo shall process data and processing results exclusively within the framework of the Customer's instructions. If enuvo receives a legally binding order to deliver data from the Customer, enuvo must - if legally permissible - inform the Customer immediately and refer the authority to them. Likewise, processing Customer's Personal Data for enuvo's own purposes requires written permission from the Customer.

enuvo confirms that they have obligated all employees and parties entrusted with data processing to maintain confidentiality or that they are subject to an appropriate statutory duty of confidentiality prior to commencing their work. The confidentiality obligation of these employees and parties shall remain in force even after termination of their activities and termination of their employment with enuvo.

enuvo confirms that they have taken all necessary measures to guarantee the security of the processing in accordance with Article 32 GDPR. The corresponding Technical and Organizational Measures are part of this agreement as **Annex 1**.

enuvo ensures Technical and Organizational Measures so that the Customer can comply with the legal requirements set in Chapter III of the GDPR (information and access to Personal Data, rectification, erasure, right to object and automated individual decision-making) within the legal deadlines. If such a request is submitted directly to enuvo, the data processor, instead of to the Customer, the data controller, enuvo shall immediately forward the request to the Customer and inform the requester accordingly.

enuvo assists the Customer in complying with the obligations set out in Articles 32 to 36 of the GDPR (security of processing, notification of a Personal Data breach to the supervisory authority,

6. Ability to restore the availability and access to personal data in a timely manner in the event of a physical or technical incident

Backups of our databases described in Article 4, Ensuring availability, can be recovered to any point-in-time within the last 35 days. In the unlikely event of a total failure that would not be automatically resolved by our redundant IT infrastructure, manual processes for restoring operation and access to software and its data would be applied.

7. Process for regularly testing, assessing and evaluating the effectiveness of technical and organizational measures

Just like any other company that is operating software, it is normal to regularly experience (minor) technical issues, for example caused by hardware failure, corrupt updates, etc. Thanks to our redundant IT infrastructure, such issues are automatically eliminated via fail-over with zero downtime. Every incident represents a successful test of our technical measures under real conditions.

Furthermore, there are often survey creators (customers) who accidentally delete their own data from our system. We can then restore this data by performing a full restore of a backup. Such a recovery is the same as it would be necessary to restore the entire system. Thus, the system recovery is regularly checked and optimized.

8. Miscellaneous

If any provision of this agreement is determined to be unenforceable by a court of competent jurisdiction, that provision will be severed, and the remainder of the agreement will remain in full effect. The invalid or unenforceable provisions shall be replaced by a provision that comes as close as possible to the economic purpose of the invalid or unenforceable provisions. The same applies in the case of loopholes.

Any agreements on data processing previously made between enuvo and the Customer will be replaced by this agreement as of May 25, 2018. Otherwise, this agreement shall enter into force immediately.

On behalf of enuvo:

enuvo GmbH
Seefeldstrasse 25
8008 Zurich
Switzerland

Data Protection Officer:
Lionel Marbot
lionel.marbot@enuvo.ch

Date

May 24, 2018

Signature

Lionel Marbot

On behalf of Customer:

Name of signatory:
Wenche Rotvold

Role of signatory:
Customer, student

Email address of signatory:
222573@usn.no

Date

9. May 2019

Signature

Wenche Rotvold

Appendix 1: Technical and Organizational Measures

Google, Inc., 1600 Amphitheatre Parkway, Mountain View, CA 94043, USA

Google operates our e-mail infrastructure (Gmail) with their product "G Suite", which we use to ensure customer support and communicate internally. If you send us an e-mail, for example, this e-mail will be processed by Gmail.

However, the sending of survey invitations, etc., is not processed via Google, but via Amazon Web Services. Google does not generally process survey data.

Trello, Inc., 55 Broadway, 25th Floor, New York, NY 10006, USA

Trello is an online software service that we use for internal project management. We use this service mainly in connection with the further development of our own software. When recording new customer requirements for our software, we may, for example, also store the content of a customer e-mail in Trello.

Slack Technologies, Inc., 500 Howard Street, San Francisco, CA 94105, USA

Slack is an online messenger that we use for internal communication. It is possible that we refer to customers in the context of our internal communication (e.g. on the basis of the customer e-mail address).