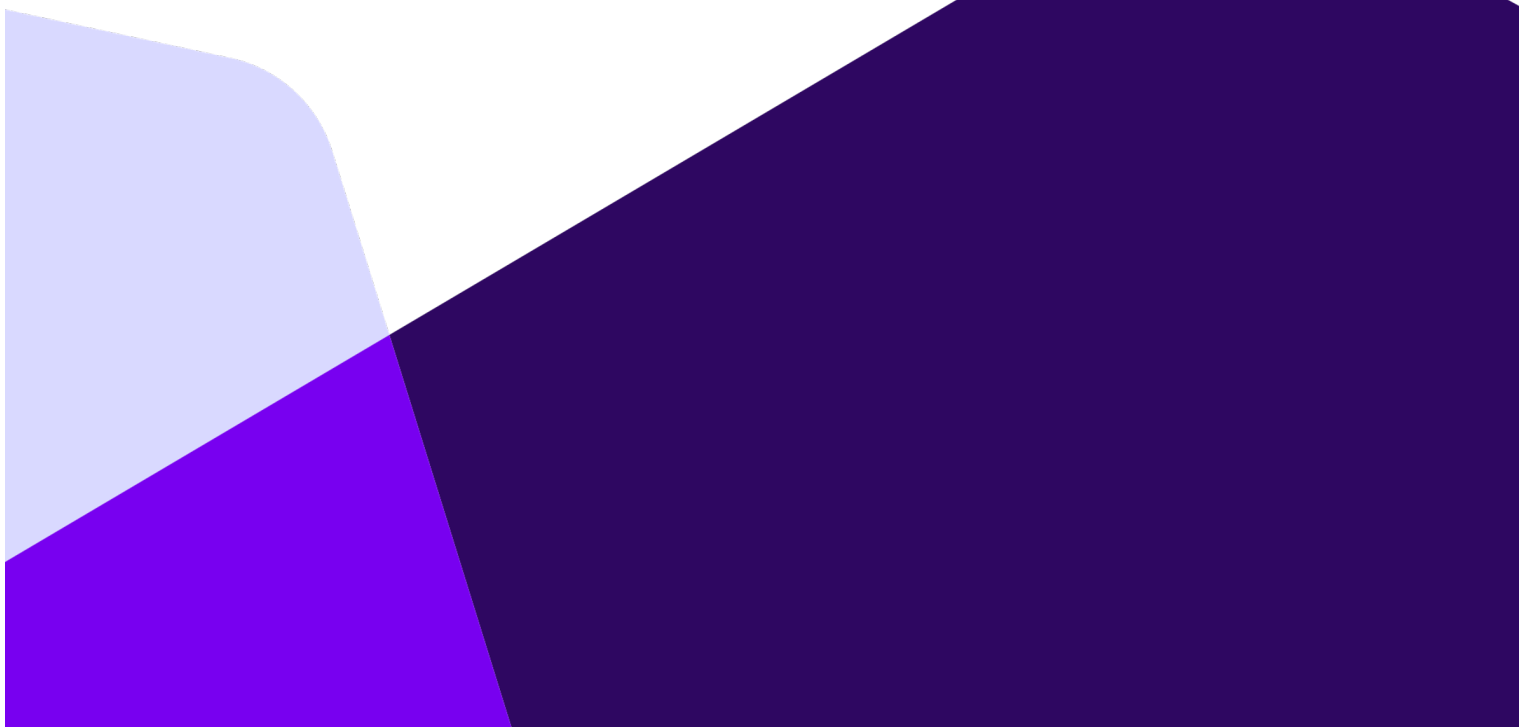


Kandidatnummer: 6833, 6842 & 6846

Antall ord: 15.934

«Hva trenger mamma?»

Barsekvinnens erfaringer med 6- ukerskontrollen – En kvalitativ studie



Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Postboks 4

3199 Borre

<http://www.usn.no>

© 2024 Kandidatnummer: 6833, 6842 & 6846

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Tittel: «Hva trenger mamma?» Barsekvinnens erfaringer med 6-ukerskontrollen – En kvalitativ studie.

Problemstilling: «Hvilke erfaringer har barsekvinner med 6-ukerskontrollen?»

Hensikt: Fremskaffe kunnskap om barsekvinnens erfaringer med 6-ukerskontrollen. Vi ønsker å være et bidrag inn for å sikre barsekvinner bedre oppfølging, og samtidig sette fokus på kvinnehelse i et lengre perspektiv.

Metode: Studien har brukt en kvalitativ metode der datamaterialet er samlet inn via 13 individuelle dybde intervjuer. Informantene ble rekruttert via sosiale medier og består av barsekvinner som har født og gjennomført en 6-ukerskontroll innenfor det siste året. Systematisk tekstkondensering er brukt for å analysere dataene.

Resultat: Funnene peker mot at 6-ukerskontrollen er styrt av tilfeldigheter. Samtidig viser funnene til betydningen av en trygg relasjon og at barsekvinner i stor grad ønsker å gå til jordmor. Betydningen av å ha et «rom» hvor barsekvinnene kan bli sett, hørt og spurt vektlegges. De erfarer et behov for å snakke om vanskelige temaer, især psykisk helse, seksualitet og samliv. Resultatene viser også til at barsekvinner ønsker gynekologisk undersøkelse ved 6-ukerskontrollen.

Konklusjon: Våre funn peker mot at det vil være hensiktsmessig og nødvendig med en mer strukturert 6-ukerskontroll, hvor barsekvinnens psykiske, fysiske og seksuelle helse settes på dagsorden. Det bør tas hensyn til relasjon og kontinuitet og søke en mer helhetlig omsorgstjeneste hvor barsekvinner kan få individuell tilpasset oppfølging.

Nøkkelord: Jordmor, barsekvinner, barseomsorg, 6-ukerskontrollen, erfaringer

Abstract

Title: «What does mom need?» Maternal women's experiences with the 6-week check-up – A qualitative study.

Issue: «What experiences do maternity women have with the 6-week check-up?»

Purpose: To obtain knowledge about maternity women's experiences with the 6-week check-up. We want to be a contribution to ensure better follow-up for maternity women, and at the same time focus on women's health in a longer perspective.

Method: The study has used a qualitative method where the data is collected through 13 individual in-depth interviews. The informants were recruited through social media and consist of maternity women who have given birth and completed a 6-week check-up within the last year. Systematic text condensation has been used to analyze the data.

Results: The findings point to the 6-week check-up being governed by chance. At the same time, the findings show the importance of a safe relationship and that maternity women largely want to go to a midwife. The importance of having a «room» where maternity women can be seen, heard and asked is emphasized. They experience a need to talk about difficult topics, especially mental health, sexuality and cohabitation. The results also show that maternity women want a gynecological examination at the 6-week check-up.

Conclusion: Our findings point to the fact that it will be appropriate and necessary to have a more structured 6-week check-up, where maternity women's mental, physical and sexual health is put on the agenda. Relationships and continuity should be taken into account and a more comprehensive care service should be sought where maternity women can receive individually adapted follow-up.

Key words: midwife, maternity women, postnatal care, 6-week check-up, experiences

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	7
1 Innledning	8
2 Hensikt og problemstilling	9
3 Bakgrunn	10
6-ukerskontrollen	10
I Norge	10
Globale anbefalinger og praksis i Sverige og Danmark	10
Barseltiden	12
Tidligere forskning	12
Støtte i overgangen til morsrollen	13
Hva som er viktig for kvinner i barseltiden	14
Helhetlige barselomsorgsmodeller	15
Organisering av barselomsorgen	16
Ulikheter i tilbudet	17
Utfordringer med tilbudet	17
Barseloprøret og kvinners stemme	18
Endringer i fødepopulasjonen	19
Fødselsskader	20
Psykisk helse og seksualitet etter fødsel	20
Teoretisk perspektiv	21
Jean Ball	21
The Deckchair Theory	22

Utvikling av et fleksibelt støttesystem	23
4 Metodebeskrivelse	24
Metodisk tilnærming	24
Forforståelse	24
Utvalg og rekruttering	25
Datainnsamling	26
Intervjuguide	27
Analyse	28
Forskningsetiske vurderinger	34
5 Resultater	37
Barselkvinner oppfølging – stykkevis og delt	37
Å oppleve støtte gjør det enklere å snakke om vanskelige temaer	40
Sjekk meg! – Viktigheten av et fungerende underliv og bekken etter fødsel	41
6 Diskusjon	43
Metodediskusjon	43
Refleksivitet	43
Validitet	45
Relevans	49
Resultatdiskusjon	50
Hovedfunn	50
Ønske om kontinuitet og automatisk innkalling til 6-ukerskontrollen	50
6-ukerskontrollen: Mors rom	52
”Psykt vanskelig å snakke om”	53
Smerter og ubehag i underlivet etter fødsel – sjekk meg!	54
Implikasjoner for praksis	55
7 Konklusjon	57
Litteraturliste	58
Vedlegg 1 – Invitasjon	63

Vedlegg 2 – Informasjonsskjema og samtykkeerklæring	64
Vedlegg 3 - Intervjuguide	68
Vedlegg 4 – SIKT godkjenning	69
Vedlegg 5 – Utklipp fra analyseprosessen	71

Forord

Proessen med å skulle skrive en masteroppgave har både vårt spennende og krevende. Læringskurven har vært bratt, vi har jobbet mye og gått frem og tilbake i prosessen som tidvis har opplevdes svært utfordrende. Samtidig har vi sammen motivert hverandre og samarbeidet godt hele veien frem mot mål, og ser oss stolte tilbake på resultatet. Arbeidet med oppgaven har ført til betydelig personlig og faglig vekst og vi håper vårt arbeid kan være et bidrag inn for å sikre barselkvinner bedre oppfølging gjennom en mer strukturert 6-ukerskontroll, samt å sette fokus på kvinnehelse i et lengre perspektiv.

Den kvalitative tilnærmingen har gitt oss muligheten til å fordype oss i fenomenet 6-ukerskontroll og vi føler oss privilegerte som har fått lov å intervju så mange flotte barselkvinner. Det å få innsikt i deres erfaringer har gitt oss nye perspektiver og beriket vår forståelse, som vi vil ta med oss videre inn i yrket som jordmor.

Vi vil takke alle deltagerne som har delt sine erfaringer med oss. Deres bidrag har vært uvurderlig for å danne grunnlaget for denne studien. Vi ønsker også å rette en stor takk til vår veileder for raske tilbakemeldinger og innspill underveis i prosessen. Takk til familie, medstudenter og venner som har heiet på oss hele veien, dere betyr mye!

Til slutt, håper vi at du som leser blir inspirert til å fortsette og jobbe for en god barselomsorg.

Tønsberg, 08.04.2024
Kandidatnummer 6833, 6842 & 6846

1 Innledning

Denne masteroppgaven har tatt sikte på å utforske erfaringer blant barselkvinner i forbindelse med 6-ukerskontrollen etter fødsel i Norge. Kontrollen omtales som ”6-ukerskontrollen”, fordi kontrollen gjennomføres 4-6 uker etter fødsel og vi bruker dette begrepet gjennomgående i oppgaven. Hovedformålet med 6-ukerskontrollen er å legge til rette for at kvinner skal få fokuset rettet mot sin mentale og fysiske helse, samtidig som kontrollen er en viktig arena for prevensjonsveiledning (Helsedirektoratet, 2014).

De senere årene har barseltilbudet til kvinner og nyfødte blitt betydelig nedprioritert, med redusert liggetid på barselavdelingene og tidligere hjemreise (NOU 2023:5). Barseltiden representerer en sårbar fase og er en av livets største overganger. Det er derfor av stor betydning å gi tilstrekkelig oppfølging for å identifisere eventuelle uheldige komplikasjoner og forebygge helseplager som kan oppstå etter fødselen (NOU 2023:5). Mange kvinner er av den oppfatningen at 6-ukerskontrollen utgjør det eneste stedet hvor kvinner får dedikert oppmerksomhet (Barseloppøret, 2021), og vi mener derfor at denne kontrollen spiller en avgjørende rolle i oppfølgingen av kvinner etter fødsel.

Denne masteroppgaven vil konsentrere seg om barselkvinnens erfaringer med 6-ukerskontrollen, og det understrekes at det ikke tidligere er gjennomført tilsvarende studie i Norge. Vi anser det som på høy tid å belyse dette temaet, da både mors psykiske -og fysiske helse er vesentlig ikke bare for henne selv, men også for barnet, familien og samfunnet som helhet.

2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å fremskaffe kunnskap om barselvinnere erfaringer med 6-ukerskontrollen. Det er lite forskning på feltet og ved å intervju kvinner om 6-ukerskontrollen ønsker vi å få økt innsikt i deres erfaringer. En innsikt som kan være med å bidra til at barselkvinner får en bedre 6-ukerskontroll.

Problemstilling: «Hvilke erfaringer har barselkvinner med 6-ukerskontrollen?»

3 Bakgrunn

Oppgaven vil først presentere relevant bakgrunnsinformasjon og tidligere forskning som danner grunnlaget for forståelsen av emnet. Videre vil oppgaven utforske Jean Balls «Deckchair Theory» som det teoretiske rammeverket. Metoden, resultater og diskusjon følger deretter, der resultatene tolkes i lys av teorien og tidligere forskning. Kvinnene i oppgaven blir omtalt som både «deltagere», «informanter», «kvinnene» og «barselkvinner».

6-ukerskontrollen

I Norge

I Norge foreslås det at kvinner får tilbud om kontroll 4-6 uker etter fødsel, men kvinnen må selv ta kontakt for å bestille timen (Helsedirektoratet, 2014, s. 69). Hensikten med kontrollen er kvinnens fysiske -og psykiske helse, samt informasjon og tilbud om prevensjon. Målet er å fange opp forhold som trenger oppfølging og gi støtte til kvinnen (Helsedirektoratet, 2014, s. 69). I retningslinjen for barselomsorgen er dette en anbefaling som har lav dokumentasjon og fremkommer derfor kun som en svak/betinget anbefaling (Helsedirektoratet, 2014, s. 69). Kontrollen er gratis, og der det har vært et normalt svangerskap og fødsel anbefales det at kontrollen gjennomføres der man har vært til svangerskapskonsultasjoner. Kontrollen gjennomføres enten hos jordmor eller fastlege avhengig av forløp og risiko (Helsedirektoratet, 2014, s. 70). Temaer som kan aktualiseres i kontrollen er søvn og hvile, mestring av morsrollen, forhold til partner, nedstemthet, bekkenrelaterte smerter, inkontinens, smerter i bekkenbunnen, kontroll av fødselsrifter og tilheling, renselse, menstruasjon, prevensjon, seksualitet, amming, morsmelkernæring eller morsmelktillegg, hemoglobin – anemi, helsestasjonen og oppfølging av barnet (Helsedirektoratet, 2014, s. 70).

Globale anbefalinger og praksis i Sverige og Danmark

I 2022 presenterte Verdens helseorganisasjon (WHO) nye og reviderte retningslinjer med tittelen *"WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal*

experience". Disse retningslinjene har som mål å definere en positiv barseltid der kvinner, nyfødte og partnere mottar informasjon, betryggelse og støtte på en konsis måte fra engasjerte helsearbeidere (WHO, 2022, s. 7). Dette forutsetter et fleksibelt og ressursrikt helsesystem som anerkjenner behovene til kvinner og nyfødte samt respekterer deres kulturelle kontekst (WHO, 2022, s. 8). WHO anbefaler minst tre oppfølginger av kvinner etter fødsel, den første mellom 48-72 timer etter fødsel, den andre mellom dag 7-14 og den tredje kontrollen seks uker etter fødsel (WHO, 2022, s. 15). Organiseringen og betydningen av en velutviklet jordmortjeneste er også belyst. WHO anbefaler at kvinner, barn og familien blir fulgt opp av et kjent team av jordmødre også kjent som "Midwife-led-continuity-of-care" (WHO, 2022, s. 16). Videre anbefaler WHO økt tverrfaglig samarbeid blant helsepersonell i oppfølgingen av kvinner etter fødsel (WHO, 2022, s. 16).

I Sverige er ansvaret for oppfølgingen av gravide og barselkvinner lagt til jordmødre og gynekologer, mens fastleger ikke er involvert i svangerskap, fødsel eller barselomsorgen med mindre kvinnen blir henvist av jordmor eller gynekolog (Socialstyrelsen, 2023). Ifølge de nasjonale retningslinjene for barselomsorgen i Sverige skal barselkvinner tilbys oppfølgingsbesøk fra jordmor 6-16 uker etter fødselen, samt ytterligere besøk ved behov (Socialstyrelsen, 2023). Disse oppfølgingsbesøkene inkluderer gjennomgang av fødselen, diskusjon om livsstil, måling av blodtrykk, hemoglobin og vekt, prevensjonsrådgivning, planlegging av reproduktivt liv, gynekologisk undersøkelse, inkludert bekkenbunns-vurdering, informasjon og instruksjon om bekkenbunnstrening, overvåkning av amming og støtte ved behov, samt oppfølging av den mentale helsen (Socialstyrelsen, 2023).

I Danmark er det allmennpraktiserende leger som har ansvaret for å utføre kontroller av mødre etter fødsel, ikke jordmødrene. Der settes kvinnene opp til kontroll 8 uker etter fødsel (Sundhedsstyrelsen, 2022). Denne kontrollen inkluderer vanligvis en gynekologisk undersøkelse og en celleprøve fra livmorhalsen (Sundhedsstyrelsen, 2022). Ellers i kontrollen er det fokus på mors tilpasning til morsrollen, den psykiske helsen, om kvinnen har gjenopptatt seksuallivet igjen og prevensjonsveiledning (Sundhedsstyrelsen, 2022).

Barseltiden

Barseltiden representerer den tiden der kvinnekroppen tilpasser seg etter svangerskap og fødsel, vanligvis definert til 40 dager eller seks uker etter fødselen i de fleste kulturer (Helsedirektoratet, 2014, s. 6). Denne fasen er preget av sårbarhet for både kvinnen, barnet og familien som helhet (Helsedirektoratet, 2014, s. 6). Barseltiden fremheves som spesielt viktig for å identifisere og adressere potensielle risikofaktorer knyttet til psykisk helse, familiære forhold, omsorgssituasjonen og andre forhold som kan påvirke utviklingen og stabiliteten (NOU 2023:5, s. 147). Noen kvinner opplever lite plager i denne perioden, mens andre står overfor en rekke helseplager, inkludert komplikasjoner som ikke var til stede før graviditet eller fødsel (NOU 2023:5, s. 147).

Tidligere forskning

Som tidligere skrevet er det minimalt med forskning på 6-ukerskontrollen. Det vi har funnet er en forskningsartikkel fra 1995, gjennomført i England av Debra E. Bick og Christine MacArthur. Studien skulle undersøke relevans, innhold og om kvinner møter opp til kontrollen. 1278 kvinner deltok i studien og konklusjonen var at kvinner ønsket kontrollen og de møtte opp. Funnene pekte på at det ble gjennomført en del undersøkelser på kontrollene som ikke var relevante for dem og uten åpenbare grunner, mens andre undersøkelser som kunne vært relevante og av betydning for kvinnene, ikke ble gjennomført (Bick & MacArthur, 1995). De konkluderte den gangen med at 6-ukerskontrollen ikke møter behovene til kvinnene etter fødsel, samt at innholdet og tidspunktet for kontrollen burde revurderes (Bick & MacArthur, 1995).

På bakgrunn av at det er mangelfull forskning på 6-ukerskontrollen har vi valgt å inkludere forskning som ser på betydning av støtte i overgangen til morsrollen, hva som er viktig for kvinner i barseltiden, samt forskning som er gjort på helhetlige barselomsorgsmodeller. De aktuelle studiene kan være med å bidra til å belyse viktigheten av 6-ukerskontrollen.

Støtte i overgangen til morsrollen

Forskningen til Kurth et al (2016), undersøkte hva nye foreldre trengte etter tidlig utskrivelse fra sykehus. Resultatene viste et betydelig behov for praktisk og medisinsk støtte. Familiene rapporterte om utfordringer knyttet til å få tilgang til barselomsorgstjenester og manglende tverrfaglig koordinering. Foreldrene visualiserte den ideelle omsorgsmodellen, bestående av en pakke med tilgang til barselomsorg som inkluderte blant annet besøk og oppfølging fra jordmor (Kurth et al, 2016). Videre viste forskningen at mange av kvinnene slet med å spørre om hjelp. Foreldrene fortalte om det store gapet mellom hva de hadde sett for seg, og realiteten som slo inn i barseltiden. De beskrev faktorer som bidro til usikkerhet og angst hjemme; amming, ivaretagelse av en nyfødt, det store ansvaret, smerter etter fødsel, søvndeprivasjon, fatigue og utslitthet som bidro til psykiske problemer (Kurth et al, 2016).

Kvinnene synes det var vanskelig og tidsoppslukende å selv skulle organisere oppfølging i barseltiden. Det var en forventning hos foreldrene at helsepersonell skulle ta ansvar og følge opp, og der det oppstod problemer var det viktig for dem at det ble lagd nye avtaler og fulgt opp over tid (Kurth et al, 2016). For de nye foreldrene var kontinuitet essensielt. Dette inkluderte det å ha helsepersonell som kjente familien og helsehistorikken, som allerede hadde etablert en relasjon med familien på forhånd (Kurth et al, 2016). Kurth et al (2016) poengterer viktigheten av at omsorgen er fleksibel, innenfor et helhetlig og strukturert tilbud. Foreldrene ønsket individuelt tilpasset omsorg, og de påpekte viktigheten av det var noen som holdt i trådene. Helst helsepersonell med inngående og bred kunnskap om barseltid, som kunne avdekke problemer og mobilisere ekstra støtte når det var behov (Kurth et al, 2016).

Negron et al (2013) så på viktigheten av sosial støtte hos kvinner etter fødsel. De fant at mangel på støtte var en stor risikofaktor for barseldepresjon. Kvinnene oppga at det var barrierer for å spørre om hjelp i denne sårbare fasen. Å spørre om hjelp ga et negativt inntrykk av deres kapasitet til å ta vare på hjemmet og familie. De oppga frykt for å bli dømt av familie og venner hvis de spurte om hjelp. Å be om hjelp ble oppfattet som kritikk av deres egen omsorgsevne. Kvinnene ville ikke være en byrde, stolthet og selvstendighet ble identifisert som to store barrierer for å mobilisere støtte rundt seg (Negron et al, 2013). Viktige funn i forskningen var blant annet hvordan kvinners forventninger knyttet til støtte, kan ha påvirkning på hvordan nettverket rundt kvinnen mobiliserer og gir støtte i barseltiden. Det er derfor viktig ifølge Negron et al (2013) at helsepersonell kan hjelpe kvinnene å

identifisere egne behov og avklare forventninger knyttet til støtte, og hjelpe kvinnene til å mobilisere sosial støtte i sitt eget nettverk (Negron et al, 2013). I forskningen til Raudasoia et al (2022) ble det gjort funn som peker på at de som har en traumatisk fødselsopplevelse får en nedgang i selvtillit etter fødsel, og at man må anerkjenne viktigheten av tilstrekkelig oppfølging til denne gruppen kvinner (Raudasoia et al, 2022).

Hva som er viktig for kvinner i barseltiden

I en metasyntese av kvalitative studier gjennomført av Finlayson et al (2020) var hensikten å finne ut hva som er viktig for kvinner i barseltiden, slik at man på en bedre måte kan møte kvinnene og deres behov. Resultatene fra forskningen beskriver at kvinner opplever en rekke motstridende følelser i barseltiden, fra intens glede og kjærlighet, til akutte følelser av ensomhet, nedstemthet og depresjon (Finlayson et al, 2020).

Kvinner kan føle skyld fordi de ikke lever opp til forhåndsdefinerte forestillinger om "den ideelle moren" og føle seg tyngt av ansvaret som følger med å ta vare på babyen. Finlayson et al (2020), kaller de ekstreme variasjonene i følelser som "å ri den emosjonelle bølgen" i barseltiden. Alle disse følelsene blir intensivert eller utløst når kvinnene møter praktiske utfordringer. Endringene i søvnmønster er også en stor bidragsyter til de sterke emosjonelle svingningene. I denne fasen kan kvinner være ute av stand til å bearbeide eller holde på informasjon. Fasen består i stor grad i å tilpasse seg den store endringen i livet (Finlayson et al, 2020).

I forskningen kommer det frem at når kvinner navigerer gjennom de ulike utfordringene i barseltiden, oppstår endringer i kvinnens identitet. Kvinnen ønsker å bli anerkjent som en "kvinne" og en "mor" (Finlayson et al, 2020). Barseltiden er en tid hvor kvinnen potensielt kan vokse og sette pris på sider ved seg selv, som tidligere har vært lite kjent. Slik som evnen til å stå på når det er tøft, å elske, å være selvopoffrende, å være medfølende. Til syvende og sist vil mange kvinner kunne føle seg mer komplett i denne perioden, når disse følelsene blir anerkjent (Finlayson et al, 2020). Kvinner verdsetter praktisk og emosjonell støtte fra partner og familie. For kvinner kan det være svært negativt når det er mangel på støtte. Helsepersonell spiller her en viktig rolle ved å tilby bekreftelse, anerkjennelse og veiledning (Finlayson et al, 2020).

Kvinnene ønsker å bli sett som egne individer, og at deres behov samt babyens behov, skal bli anerkjent og møtt. De ønsker kontinuitet i omsorgen, noe som er avgjørende for å muliggjøre et tillitsfullt forhold, konsistent informasjon, fleksibilitet og anerkjennelse av kvinnens personlige og kulturelle kontekst (Finlayson et al, 2020). Når kvinner oppnår en positiv overgang til morsrollen fører det til glede, økt selvtillit og en forbedret evne til å stå på og lykkes i den nye identiteten som "kvinne og mor" (Finlayson et al, 2020).

Helhetlige barselomsorgsmodeller

Jordmødre og kvinner har blitt intervjuet om deres opplevelse av et nytt koordinert barseltilbud ved en jordmor-klinikk i Sverige. I resultatene beskrev kvinnene omsorgen de mottok som koordinert og sammenhengende, noe som ga de bedre tilgang til jordmortjenester og gjorde dem trygge etter fødsel. De fremhevet spesielt det å vite hvordan de forventede omsorgstjenestene var lagt opp, og hvem de skulle kontakte dersom det var behov, som essensielt for dem (Eikemo et al, 2022). Kvinnene beskrev at planlegging av barseltiden sammen med jordmor mot slutten av svangerskapet, involverte kvinnene aktivt. Å få informasjon som ga dem mulighet til å planlegge sin egen barseltid gjorde at de fikk økt selvtillit. Dette var spesielt viktig for kvinner med en historie med depresjon eller annen psykisk lidelse, samt de som led av fysiske problemer (Eikemo et al, 2022).

Kvinnene beskrev at de hadde tillit til en spesifikk jordmor og tilhørighet til jordmor-klinikken. Det personlige forholdet de hadde dannet med sin jordmor ble verdsatt og beskrevet som nødvendig fra et følelsesmessig perspektiv. Å ha den samme jordmoren "hele veien" ble beskrevet som en trygghet (Eikemo et al, 2022). Jordmødrene selv ønsket å fortsette å jobbe i en lignende barselomsorgsmodell, i stedet for å avslutte kontakten ved siste svangerskapsbesøk (Eikemo et al, 2022). Forskingen konkluderer med at kontinuitet ga kvinnene trygghet, og jordmødrene evnet å tilby god og lik omsorg basert på individuelle behov. Bruk av en strukturert og koordinert omsorgsmodell, som inkluderer planlegging for barseltiden sammen med kvinnen mot slutten av svangerskapet, kan være en god og relativ enkel måte å skape kontinuitet på (Eikemo et al, 2020). Dermed kan man sikre tilfredshet og tillit hos forventningsfulle og nybakte mødre. Kvinne-jordmor forholdet påpekes i forskningen som viktig (Eikemo et al, 2020).

Johansson & Thies-Lagergren (2023) forsket på å motta barselomsorg av jordmor i hjemmet, etter fødsel og tidlig utskrivelse fra sykehus. Forskningen er gjennomført i Sverige. Resultatene tyder på at strukturert oppfølging i barseltiden er suksessfullt og bidrar til en god overgang til morsrollen (Johansson & Thies-Lagergren, 2023). Dette var noe også kvinnene rapporterte. Kvinnene pekte spesielt på jordmødrene sin tilstedeværelse, kunnskap, tid og informasjon som viktige elementer som skapte trygghet for dem. Det at jordmødrene kjente familien og kvinnen fra tidligere var positivt og viktig for at det skulle kjennes trygt å snakke om vanskelige temaer (Johansson & Thies-Lagergren, 2023). Det var viktig for kvinnene å bli behandlet individuelt basert på deres egne behov, og at de ble møtt av en rolig og vennlig jordmor som hadde tid til å samtale. For kvinnene var det viktig at jordmor var både profesjonell og personlig, men ikke privat. Jordmødre spiller en viktig rolle for kvinner i barseltiden (Johansson & Thies-Lagergren, 2023).

Organisering av barselomsorgen

I Norge er ansvaret for oppfølgingen av kvinner, barn og familien delt mellom sykehus, helsestasjoner og fastleger, regulert gjennom lokale samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Meld. st. 9, (2023-2024), s. 108). Barselomsorgen hører hovedsakelig inn under kommunens ansvarsområde og involverer tilbud om svangerskaps- og barselomsorgstjenester, der jordmødre ofte spiller en sentral rolle. Jordmødrene er oftest plassert under helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2021).

St.meld.nr. 47, (2008-2009) viser til St.meld.nr.12 (2008-2009) - En sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, hvor jordmortjenestens sentrale rolle ble fremhevet for å realisere en helhetlig omsorg. En kartlegging gjort i 2003 viste en geografisk skjevfordeling og manglende dekning av jordmødre. Utfordringene var knyttet til små stillingsbrøker og rekrutteringsutfordringer i kommunene (Meld. st. 47, (2008-2009), s. 70). Reformen oppfordret kommunene til å tilrettelegge for en sentral rolle for lokal jordmor, i samarbeid med helseforetak, helsestasjoner og fastleger. I mindre kommuner anbefalte man interkommunalt samarbeid for å sikre likeverdige tjenesten (Meld. st. 47, (2008-2009), s. 71).

I perioden 2015-2022 ble det etablert 290 nye årsverk for jordmødre i kommunehelsetjenesten som en målrettet innsats for å styrke oppfølgingen av kvinner etter fødsel (Meld. st. 9, (2023-2024), s. 109). Økt bemanning i kommunene skal bidra til tidligere intervensjoner, og øke den forebyggende innsatsen hos fødepopulasjonen (Helsedirektoratet, 2021). Til tross for disse tiltakene er tilgangen til fagfolk med relevant kompetanse innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen en utfordring, både i distriktene og i sentrale områder. Den økte satsingen på jordmor-årsverk har forbedret tilbudet, men har samtidig skapt press på jordmor-ressursene (Meld. st. 9, (2023-2024), s. 108).

Ulikheter i tilbudet

I Norge finnes det 428 kommuner med betydelige variasjoner knyttet til geografi, innbyggertall og demografi, areal og sentralitet. Dette bidrar til at det oppstår ulikheter i tilbudet i de forskjellige kommunene (Meld. st. 26, (2014-2015), s. 11). På bakgrunn av kommunenes autonomi vil de kommunale tjenestene som ytes fremstå varierende og skjeve (Meld. st. 26, (2014-2015), s. 12). Variasjonene innenfor de ulike kommunene bidrar til betydelige geografiske forskjeller i barseltilbudet (NOU 2023:5, s. 151). I Nasjonal helse og samhandlingsplan 2023-2024 understreker regjeringen målet om et trygt og helhetlig tilbud for kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid i hele Norge (Meld. st. nr. 9, (2023-2024), s. 107). Det har vært en stor økning i antall barselkvinner som har minst en kontakt med kommunal jordmortjeneste i barseltiden i perioden 2019-2021. Dette er en ønsket utvikling og resultat av oppbygging av tjenesten i kommunene. Allikevel viser resultatene at det fortsatt er store geografiske ulikheter i oppfølgingen av kvinner som har født (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, 2022, s. 11).

Utfordringer med tilbudet

Kvinnehelseutvalget påpeker betydelige mangler og utfordringer med barselomsorgen, som følge av nedprioritering over tid, og manglende anerkjennelse av denne tjenestens spesielle betydning for kvinners helse (NOU 2023:5, s. 17). Økt forekomst av uheldige hendelser og manglende oppfølging etter fødsel, hvor kvinner og familien føler de er overlatt til seg selv er bekymringsverdig (NOU 2023:5, s. 151). Utvalget understreker behovet for å styrke lavterskeltilbudet i kommunene, som kan virke forebyggende for senere helseplager (NOU

2023:5, s. 156). Utvalget peker på at det mangler gode systemer for å fange opp kvinner med fødselsskader eller funksjonelle plager i etterkant av fødsel i dagens barselomsorg. Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom viser til at det ikke er en rutine for at kvinner blir spurt om funksjon knyttet til avføring, vannlatning eller seksualitet i oppfølgingen hos fastlegen eller på helsestasjonene (NOU 2023:5, s. 156). Dette er for mange tabubelagte temaer, og mange kvier seg for å ta opp slike temaer dersom det ikke åpnes opp for dette under konsultasjonen. I tillegg er dagens praksis slik at om funksjonelle plager blir identifisert, blir kvinnene ofte bedt om å vente opp mot et år for å se om tilstanden bedrer seg, før tiltak iverksettes. Det er heller ikke rutine for at det settes opp kontroll etter at denne tiden er gått (NOU 2023:5, s. 156).

Utvalget løfter frem viktigheten av at kvinner etter fødsel får tilbud om undersøkelse hos fastlege eller jordmor 6-8 uker etter fødsel. I dag må kvinner selv oppsøke dette tilbudet. I tillegg mener de det er nødvendig at oppfølgingen av kvinner etter fødsel forlenges, og at det gis tilbud om oppfølging også 6-12 måneder etter fødsel. Dette er viktig for å kunne tilrettelegge for å oppdage blant annet bekkenbunnplager, som kan gi helsekonsekvenser senere i livet (NOU 2023:5, s. 156). Utvalget anbefaler å styrke lavterskeltilbudet for mødre helse gjennom innkalling til gratis kontroll hos jordmor eller fastlege både 6-8 uker etter fødsel og 6-12 måneder etter fødsel. Det bør også etableres mulighet for drop-in tilbud hos jordmor eller helsesykepleier (NOU 2023:5, s. 236).

Barselopprøret og kvinners stemme

Kvinnehelseutvalgets rapport tydeliggjør en betydelig utfordring innenfor helsevesenet, hvor kvinners stemmer i for liten grad blir vektlagt (NOU 2023:5, s. 13). Den manglende anerkjennelsen av kvinners stemmer og behov i møte med helsetjenesten, utgjør ikke bare en organisatorisk svikt, men innebærer en stor psykisk belastning for de kvinnene som berøres (NOU 2023:5, s. 14). Denne realiteten står i skarp kontrast til regjeringens overordnede målsetting om å prioritere kvinnehelse (NOU 2023:5, s. 14).

Brukermedvirkningen er en sentral faktor for å møte denne utfordringen, og kvinnehelseutvalget har fått flere innspill hvor kvinner opplever at deres helseplager blir bagatellisert og deres stemmer ignorert (NOU 2023:5, s. 16).

Barselopprøret, etablert i 2021 som en brukerorganisasjon, fremmer et kraftfullt krav om forbedring av barselomsorgen i Norge. De har formulert 10 konkrete krav til regjeringen for å

møte mangler innenfor barselomsorgen (Barseloppørret, 2021). Av særlig relevans er krav nr. 9, som handler om forbedring av 6-ukerskontrollen, der organisasjonen etterlyser bedre kvalitet og strukturert innhold (Barseloppørret, 2021). Dette initiativet fra Barseloppørret vitner om en økende og voksende bevissthet rundt viktigheten av kvinners stemme, for aktiv deltakelse og innflytelse i helsetjenesten som angår dem. Regjeringens mål om å styrke kvinners stemme innen helsevesenet, reflekteres i den nye Nasjonale helse- og samhandlingsplanen for 2024-2027. Den inkluderer tiltak om å gjennomføre brukerundersøkelser innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen (Meld. st. nr. 9, (2023-2024), s. 108).

Endringer i fødepopulasjonen

Dagens fødepopulasjon er mer kompleks basert på et økende antall kvinner med risikofaktorer som krever grundigere oppfølging i svangerskap, fødsel og barselperioden (Helsedirektoratet, 2020, s. 72). Fruktbarheten i Norge har vist en nedgående trend i løpet av de siste årene. I 2022 ble det registrert 51 500 fødsler, med et gjennomsnitt på 1,41 barn per kvinne, som representerer det laveste nivået som noensinne er målt (Meld. st. nr.9, (2023-2024), s. 109). Denne utviklingen viser at det er reduksjon i antall fødsler sammenlignet med tidligere, samtidig venter kvinner lengre før de får sitt første barn (NOU 2023:5, s. 143). I 2021 var gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende over 30 år (NOU 2023:5, s. 143). Risikoen for komplikasjoner øker etter fylte 30 år (Helsedirektoratet, 2020, s. 73). Hver femte kvinne er over 35 år når hun føder, samtidig ser man også en økning blant kvinner over 40 år som får barn (Helsedirektoratet, 2020, s. 73). Kvinner i dag har en gjennomsnittlig høyere kroppsmasseindeks, og om lag 13 % av dagens fødepopulasjon karakteriseres som overvektige (Helsedirektoratet, 2020, s. 73). Dette øker potensielt risikoen for negative helseutfall. Sett sammen med økende alder resulterer dette i endrede behov for helse og omsorgstjenester knyttet til denne gruppen (NOU 2023:5, s. 144).

Fødselsskader

En rekke kvinner opplever fødselsskader og plager i forbindelse med fødsel. For noen er disse plagene kortvarige og forbigående, mens andre opplever alvorlige helseutfordringer som vedvarer og gir store smerter og funksjonsnedsettelse (NOU 2023:5, s. 144).

Forskning tyder på at kvinner som er affisert av symptomer relatert til bekkenbunn etter svangerskap og fødsel, ofte opplever langvarige plager og må vente lenge før de får et tilpasset behandlingsopplegg. Disse plagene kan for mange være delvis invalidiserende og medføre redusert livskvalitet, begrense sosial deltakelse og være en ekstra psykisk belastning etter fødsel. Samtidig påvirker det overgangen tilbake til jobb for kvinnene (NOU 2023:5, s. 144). I en studie som omfattet 415 kvinner fra Nederland fant man at mer enn halvparten (57,1%) opplevde urininkontinens fra 6 uker til ett år etter fødsel. 38% opplevde det som plagsomt, og av disse var det 25% som oppsøkte profesjonell hjelp (Moosdorff-Steinhauser et al, 2020). Moosdorff-Steinhauser et al (2020) peker i studien på at kvinner i den vestlige verden ofte har en "endelig" sjekk 6-8 uker etter fødsel hos jordmor eller gynekolog, men at dette er for kort tid etter fødsel for å identifisere bekkenbunnsdysfunksjoner. De foreslår at et mer riktig tidspunkt for en realistisk sjekk av bekkenbunnens funksjon er tre til seks måneder post partum (Moosdorff-Steinhauser et al, 2020).

I den nasjonale helse og samhandlingsplanen kommer det frem at registrerte fødselsskader i Norge er redusert, og dette vitner om at det er trygt å føde (Meld. st. nr. 9, (2023- 2024), s. 108). Denne positive utviklingen skyldes i stor grad innsatsen til engasjerte og kompetente helsepersonell, det påpekes at disse resultatene må opprettholdes (Meld. st. nr. 9, (2023- 2024), s. 108).

Psykisk helse og seksualitet etter fødsel

Svangerskaps- og barseltiden representerer en risikoperiode for psykisk uhelse, hvor én av ti kvinner viser tegn på depressive symptomer (NOU 2023:5, s. 145). Omtrent 6000-12.000 kvinner opplever psykiske lidelser hvert år i forbindelse med graviditet og barseltid, og som krever spesialisert kompetanse (NOU 2023:5, s. 145). Risikoen for psykiske lidelser er spesielt økt de første månedene etter fødselen (NOU 2023:5, s. 145). Mange kvinner

opplever en høy terskel for å åpent adressere psykiske helseutfordringer i tilknytning til svangerskap og barseltid. Dette er mest sannsynlig nært knyttet til samfunnets generelle forventning om at gravide og kvinner som akkurat har fått barn skal være lykkelige (NOU 2023:5, s. 145).

Utfordringen knyttet til seksuell helse, er den manglende oppmerksomheten i behandling og oppfølging. Manglende tilgang til informasjon og veiledning om seksuelle problemer og dysfunksjoner som er forårsaket av sykdom, funksjonssvikt eller en konsekvens av medisinsk behandling sees også (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 10). Seksualitet utgjør en av de mest intime aspektene av våre liv, og når det oppstår utfordringer knyttet til seksualiteten vår er det spesielt vanskelig å ta opp temaet både privat og med helsepersonell. Dersom sex sjelden eller aldri tematiseres av helsepersonell, vil det være vanskelig for den det angår å ta opp problemstillinger knyttet til blant annet seksuell uhelse når behovet oppstår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25).

Teoretisk perspektiv

Jean Ball

Jean Ball er en britisk jordmor som har gjort omfattende forskning på kvinners emosjonelle behov i overgangen til morsrollen (Ball, 1987, s. 3). Vi mener Jean Ball sin teori representerer et perspektiv på barselomsorgen som er relevant for vår oppgave. Teorien påpeker viktigheten av å ha et fleksibelt og stødig støtteapparat, som består av kontinuitet, der jordmor er en nøkkelperson. Som jordmor opplevde Ball at hun hadde lært lite om hvordan hun kunne hjelpe kvinner til å mestre de mangfoldige kravene og forventningene som fulgte med det å bli mor. Dette bidro til hennes forskning, hvor hun undersøkte erfaringene til 279 kvinner fra svangerskapsuke 30 til seks uker etter fødsel (Ball, 1987, s. 3).

I Ball sin forskning ble det identifisert åtte faktorer som hadde mest innvirkning på kvinnenes emosjonelle utfall (se tabell 1). Disse faktorene utgjorde en symbiose hvor de påvirker hverandre. Gode skår på alle faktorene ville resultere i en høy grad av emosjonelt velvære, mens dårlige skår på alle vil resultere i en betydelig reduksjon (Ball, 1987, s. 118). Siden

disse faktorene påvirker hverandre, kan det være at selv om man skåret dårlig på noen faktorer vil man kunne skåre godt på andre og dette vil da allikevel kunne ende med et bedre utfall for kvinnen (Ball, 1987, s. 118).

De åtte faktorene var:	
1. Støtte fra familie de første seks ukene.	2. Kvinnens selvtillit når hun kom hjem
3. Kvinnens oppfatning av barnet og hvordan dette stod i forhold til hennes forventninger	4. Kvinnens selvfølelse knyttet til barnets ernæring
5. Oppfatning av støtte fra familie den først uken etter fødsel	6. Nivå av angstfølelse.
7. Kvinnens tilfredshet de første seks ukene etter fødsel	8. Kvinnens opplevelse av oppholdet på barselavdelingen.

Tabell 1 – De åtte faktorene

The Deckchair Theory

Gjennom disse åtte faktorene, skapte Ball "The deckchair theory" for å illustrere hva som er nødvendig for å støtte kvinner i barseltiden, slik at de skal oppleve mestring (Ball, 1987, s. 120). Ball hevder at hvis kvinnen skal oppnå en suksessfull overgang til morsrollen trenger hun et stødig fundament, og en solid og korrekt sammensatt fluktstol (Ball, 1987, s. 120). Ball forklarer; hvis en fluktstol ikke er korrekt satt opp, vil den kollapse av vekten til den som setter seg i den. Og hvis den ikke har en stødig ramme og underlag vil fluktstolen velte. Hvis delene ikke passer sammen vil den som sitter i stolen få noe støtte, men oppleve å sitte ukomfortabelt og anstrengt. Kvinnenes emosjonelle velvære avhenger av fluktstolens deler, fundamentet og underlaget (Ball, 1987, s. 120). En fluktstol kan stilles opp og ned og variere i gradene. Dette illustrerer, ifølge Ball, hvordan støtten må være fleksibel og tilpasningsdyktig. Fluktstolens ulike deler illustrer blant annet kvinnens personlighet, tidligere erfaringer, livskriser, støtte fra kvinnens familie og partner. Rammen på fluktstolen illustrerer helsepersonell som bistår kvinnen i barseltiden (Ball, 1987, s. 121). Fluktstolen står på et underlag som er bygd opp av samfunnets verdier, holdninger og ressurser, og som er

utformet for å møte kvinnenenes behov. Ifølge Ball er det essensielt at underlaget er godt for at fluktstolen i det hele tatt skal ha mulighet til å stå oppreist (Ball, 1987, s. 121-122).

Ball poengterer at kvinners opplevelse av fødsel og overgangen til morsrollen, har stor påvirkning på kvinners psykologiske styrker. Helsepersonell må derfor være ekstra oppmerksomme på at gode opplevelser knyttet til overgangen til morsrollen, er med på å styrke kvinners selvtillit i betydelig grad (Ball, 1987, s. 119).

Utvikling av et fleksibelt støttesystem

Å utvikle et fleksibelt støttesystem består av tre grunnleggende elementer, ifølge Ball. Ha respekt for det unike ved hver kvinne, og støtte henne i å være fri til å være seg selv i rollen som mor. Etablere et forhold basert på gjensidig tillit og respekt, og at alle typer helsepersonell som er med på å ivareta kvinner i barseltiden er koordinerte. Ifølge Ball er jordmødre essensielle nøkkelbrikker i denne situasjonen, ettersom jordmor har mest kontakt med kvinnen i løpet av svangerskapet og fødsel. Samtidig er jordmødre den eneste som er spesialisert spesifikt på svangerskap, fødsel og barseltid. Ball beskriver graviditet, fødsel og barseltiden som et kontinuum og omsorgen til kvinner i denne perioden bør bestå av kontinuitet (Ball, 1987, s. 134). Ball mener at helsepersonell som omgår kvinner i denne perioden fungerer som et team. Det er ikke én profesjon som har monopol på ivaretagelsen og omsorgen som gis til kvinner i denne perioden, og det er ikke én profesjon som har alle de nødvendige kunnskapene og evnene til å ivareta kvinner alene, og få de til å oppnå sitt fulle potensiale som mødre. Å være en del av et team, som jobber sammen til det beste for kvinnen, barnet og familien som helhet, der man setter pris på hverandres kunnskaper og ser verdien i hverandre, vil bidra til å skape en god barselomsorg. Ball mener videre at helsepersonell må være villige å lytte og lære av hverandre, og lytte til kvinnenenes stemmer (Ball, 1987, s. 150).

4 Metodebeskrivelse

I dette metodekapittelet beskrives den metodiske tilnærming, vår forforståelse, prosessen rundt utvalg og rekruttering av deltagere. Videre beskriver vi hvordan data ble samlet inn, og hvordan intervjuguiden ble utformet. Analysen og forskningsetiske vurderinger blir også nøye presentert.

Metodisk tilnærming

Forskningsmetoden er basert på studiens problemstilling hvor vi er ute etter dybdeforståelse og innsikt i barselkvinnens egne opplevelser med erfart 6-ukerskontroll. Kvalitativ forskningsmetode er ute etter å forstå meningen med og betydningen av informantenes egne erfaringer og opplevelser, og er derfor en egnet metode for vår studie (Malterud, 2017, s. 32). En av fordelene ved kvalitativ forskning er at det ofte er få deltagere, en viktig faktor som gjør det mulig å gå i dybden av det som ønskes undersøkt. Metoden egner seg også godt på områder hvor det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før, slik som for denne studien (NEM, 2009).

Forforståelse

I følge Malterud (2017) er ofte forforståelsen motivasjonen for å sette i gang forskning omkring et tema eller fenomen. Forforståelsen påvirker hvordan vi samler inn, leser og tolker data (s.44-45). Det vil derfor være helt avgjørende å klargjøre vår forforståelse for å gi muligheten for andre å forstå hvordan vi kom frem til resultatet (Malterud, 2017, s.19).

Med faglig bakgrunn som jordmor studenter med praksis fra føde -og barselavdeling og kommunehelsetjenesten, hadde vi en forforståelse om at dagens barselkvinner opplever utilstrekkelig oppfølging etter fødsel. Vi opplevde at kvinnene i barsel ga uttrykk for å være lite forberedt på barseltiden, med manglende klarhet om hva de kunne forvente ved 6-ukerskontrollen. Vi hadde også en oppfatning av at det eksisterte begrenset informasjon om 6-ukerskontrollen tilgjengelig for kvinnene. Samtidig har det gjennom media vært et stort fokus på at barselomsorgen i Norge har blitt redusert og dårligere, med store geografiske forskjeller. Vi hadde en felles mening om at jordmors rolle ved 6-ukerskontrollen burde

styrkes, ettersom dette er fagfeltet til jordmor og fordi jordmor ofte har muligheten til å bruke mer tid på individuell oppfølging enn fastlegen.

På bakgrunn av vår forforståelse og vårt teoretiske perspektiv «The Deckchair Theory» hadde vi en tanke om at oppfølgingen av barselkvinner kunne bedres gjennom en strukturert 6-ukerskontroll. Ved å ha fastsatte temaer kunne det sikre et mere likt tilbud uavhengig av hvem som gjennomførte kontrollen eller hvor kvinnene bodde. For å bedre forstå barselkvinnenes erfaringer og behov, ønsket vi derfor å innhente deres personlige perspektiver med en intensjon om å kunne være et bidrag inn i hvordan 6-ukerskontrollen kan optimaliseres og støtte kvinner i denne viktige perioden.

Utvalg og rekruttering

For å få innsikt i barselkvinnens erfaringer med 6-ukerskontrollen ble det foretatt et strategisk utvalg, hvor inklusjons- og eksklusjonskriteriene (se tabell 2) logisk fulgte problemstillingen som skulle besvares (Malterud 2017, s. 58). Vi skilte ikke mellom førstegangsfødende og flergangsfødende, da tilbudet gis uavhengig av antall barn. Kvinner som ikke snakket eller skrev norsk ble ekskludert fra studien.

Vi ønsket et utvalg med variasjonsbredde i kommunetilhørighet. I de kommunene med flere deltagere å velge mellom valgte vi den som først hadde besvart vår forespørsel om kommunetilhørighet og preferanse for intervjumåte. Før hvert lydopptak samlet vi inn informasjon om deltagerne hvor vi spurte om deres yrke og hvor mange barn de hadde. Kun 2 av 13 var helsepersonell, men alle hadde høyskoleutdanning foruten en som kun hadde videregående utdanning. Halvparten av kvinnene hadde flere barn.

Inklusjonskriterer	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Barselkvinner som har født innenfor det siste året• Barselkvinner som har gjennomført 6-ukerskontroll innenfor det siste året	<ul style="list-style-type: none">• Kvinner som ikke leser eller skriver Norsk.

Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi rekrutterte ved hjelp av sosiale medier, henholdsvis Facebook og Instagram. Det ble laget en invitasjon til frivillig deltagelse som ble publisert i facebook-gruppen «Mammaklubb for bra damer» og gjennom Instagram-kontoen og Facebook gruppen «Barseloppørret» (se vedlegg 1). Vi sendte også forespørsel til Facebook-gruppen "Ammehjelpen". Etter et og et halvt døgn hadde vi 55 kvinner som ønsket å delta i studien og valgte derfor å stenge påmeldingsskjema.

I invitasjonen var det en lenke/QR- kode til et Nettskjema som informantene kunne klikke seg inn på for å få utfyllende informasjon om forskningens hensikt, og hvor de kunne vise sin interesse for å delta. Samtykkeskjema var inkludert og måtte godtas før deltagelse. Dette sees i vedlegg 2.

Alle kvinnene som viste interesse for å delta i vår studie fikk e-post med spørsmål om hvilken kommune de tilhørte, og om de ønsket digitalt eller fysisk intervju. 39 av 55 svarte på e-posten og tid for intervjuer ble satt opp fortløpende. Utvalget ble basert på hvem som først svarte på e-posten om geografisk tilhørighet og preferanser for intervjumetode. Ved videre utvalg tok vi utgangspunkt i hvor de bodde ettersom vi ønsket spredning i kommunetilhørighet. En deltager ble ekskludert i prosessen hvor vi skulle avtale intervjutidspunkt, da det kom frem at hun ikke hadde vært på 6-ukerskontrollen. Vi endte til slutt med 13 informanter. De som ikke ble plukket ut til intervju, fikk alle en e-post med takk for respons og interesse.

Datainnsamling

For å forstå og tolke fenomener i dybden, er datainnsamling en viktig del av den kvalitative forskningsmetoden. Vi valgte å samle inn våre data ved å ta i bruk semistrukturerte individualintervjuer (Malterud, 2017, s. 69-72). De fleste informantene ønsket digitalt intervju. To ønsket fysisk intervju, hvorav vi kun fikk til ett, grunnet logistikk. Informanten ønsket allikevel å være med, og intervjuet ble utført digitalt.

Vi intervjuet en kvinne av gangen, og vi rullerte på hvem som gjennomførte intervjuene. Vi var to stykker ved hvert intervju, og byttet på hvem som var intervjuer og hvem som var observatør. Det ble skrevet notater underveis av observatøren. Intervjuene hadde et

tidsspenn på mellom 25 min til 1 time og 4 minutter. Det ble ikke tatt video-opptak under intervjuene, kun lydopptak ved hjelp av Nettskjema-diktafon.

Vi ytret ønske om at informantene skulle beskrive egne erfaringer så fritt som mulig, og informerte om at vi ville stille oppfølgingsspørsmål underveis. Om vi var usikre på om vi hadde forstått hva som ble sagt, spurte vi om vi hadde forstått svaret riktig, slik at informanten selv kunne bekrefte eller avkrefte (Polit & Beck, 2021, s. 514). I tillegg ba vi informantene om å bekrefte eller avkrefte med ord istedenfor nikk eller hoderisting, da dette ville gjøre transkriberingen enklere å gjennomføre i etterkant av intervjuet. Hvert intervju ble avsluttet med spørsmål om informantene hadde mere å tilføye, og med spørsmål om hvordan de hadde opplevd å bli intervjuet. Til slutt spurte vi om vi kunne sende en e-post med spørsmål i etterkant av transkriberingen om det var noe vi opplevde uklart, noe alle informantene godtok.

Intervjuguide

Vi laget oss en forhåndsdefinert intervjuguide med få, åpne spørsmål for å hjelpe oss å få svar på vår problemstilling (Polit & Beck, 2021, s. 514). Intervjuguiden skulle ikke være for detaljert, men ved hjelp av stikkord og spørsmål med åpen vinkling under vært hovedspørsmål, minnet vi oss selv på hvilke temaer vi ønsket data om (Malterud, 2017, s. 133). Spørsmålene ble formet med tanke på å få gode beskrivelser av kvinnes erfaringer, og samtidig forsøke å utelukke ja og nei svar.

Intervjuguiden ble først lagd i forbindelse med utarbeidelse av prosjektbeskrivelsen hvor problemstillingen dannet grunnlaget. Etter veiledning ble det gjort små redigeringer av spørsmålene, for å kunne bidra til rike beskrivelser. Intervjuguiden sees i vedlegg 3. Det ble også utført et pilotintervju i forkant for å undersøke hvordan intervjuguiden fungerte og om spørsmålene ble forstått. Intervjuguiden ble revidert underveis som vi samlet inn data for å sikre å få beskrivelser av tema informantene var opptatt av, og som ga nyanser til besvarelsen av vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 134). Det ble stilt oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene der vi ønsket mer utdypende eller rikere beskrivelser. Vi prøvde så godt vi kunne å fange opp variasjoner og ny kunnskap uten å låse oss til intervjuguiden.

Analyse

Utgangspunktet for analysen er datamaterialet vi fremskaffet gjennom intervjuene. Alle intervjuene ble fortløpende transkribert av den som holdt intervjuet.

Før vi startet transkriberingen hadde intervjuene vært gjennom en automatisk transkribering via Nettskjema. Transkriberingen var mangelfull og vi måtte gå over hvert enkelt ord og setning i den automatiske transkriberingen, lytte til lydfilene på nytt og redigere. Det systematiske analysearbeidet ble ikke påbegynt før alle intervjuene var gjennomført og transkribert. Umiddelbart etter hvert intervju stilte vi oss spørsmålene: «Hva er våre umiddelbare tanker om hovedtemaene i intervjuet?», «Hvordan synes vi intervjuet har gått?» og «Hva kan vi gjøre annerledes?». På den måten forberedte vi oss til neste intervju og tok med oss flere perspektiver inn, samtidig som intervjufokus ble endret underveis.

Med bakgrunn i vår problemstilling falt valget på systematisk tekstkondensering (STC), en tverrgående tematisk analysemetode som består av fire trinn (Malterud, 2017, s. 99-111). Trinn (1) helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer, handler om å bli kjent med materialet og få et helhetsinntrykk for å kunne vurdere foreløpige temaer som i vår oppgave ville kunne representere barselkvinnens erfaringer med 6-ukerskontrollen (Malterud, 2017, s.99). På dette trinnet arbeidet vi i et såkalt «fugleperspektiv» hvor vi alle leste gjennom intervjuene og noterte ned foreløpige temaer som intuitivt fanget vår interesse. Vi jobbet hele tiden aktivt med å sette vår forforståelse til side, mens vi hadde problemstillingen nær for å kunne stille oss åpne til hva informantene formidlet (Malterud, 2017, s. 99). Etter alle hadde lest gjennom intervjuene og tenkt overordnet gjennom hva de handlet om, møttes vi for å dele hva vi hadde kommet frem til. De foreløpige temaene ble diskutert opp mot vår problemstilling og vi ble enige om 8 foreløpige temaer (se tabell 3).

Foreløpige temaer
Relasjoner
Ønske om å gå til jordmor
Mangelfull informasjon
Mor i fokus
Tilfeldigheter
Psykisk helse/ «spør meg»
Bedre oppfølging
Prevensjon

Tabell 3 – foreløpige temaer

I trinn (2) meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering, tok vi med oss de foreløpige temaene fra foregående trinn og forsøkte å samle og revidere de for å danne grunnlag for kodegrupper. Kodegruppene skulle fungere som veivisere for å kunne identifisere meningsbærende enheter som belyste vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 101). Vi brukte god tid, og diskuterte frem og tilbake de foreløpige temaene. Vi forsøkte å se om de foreløpige temaene inneholdt flere sider av samme sak eller om de skilte seg fra hverandre. Vi satt så sammen flere foreløpige temaer som vi mente snakket om noe av det samme og endte deretter opp med 4 kodegrupper som sees i tabell 4.

Foreløpige temaer	Kodegrupper
Tilfeldigheter Bedre oppfølging	Oppfølging
Relasjoner Ønske om å gå til jordmor	Relasjoner
Mor i fokus Psykisk helse «Spør meg» Prevensjon	Mors helse
Mangelfull informasjon	Informasjon

Tabell 4 – fra foreløpige temaer til kodegrupper.

Med kodegruppene klart for oss begynte vi en ny gjennomgang av datamaterialet. Denne gangen leste vi linje for linje høyt for sammen å identifisere meningsbærende enheter. I STC anses ikke hele teksten som meningsbærende, men deler av den (Malterud, 2017, s. 101). Vi gikk systematisk gjennom hvert intervju og markerte de meningsbærende enhetene samtidig som vi begynte å systematisere og sortere de i de ulike kodegrupper. Hver kodegruppe fikk sin farge og de meningsbærende enhetene fikk farge etter hvor vi tenkte de hørte hjemme. Vi fargela både på data og på papir, og der vi var usikre på hvor de meningsbærende enhetene tilhørte, markerte vi med flere farger etter hvor vi mente de tilhørte.

Underveis i prosessen ga materialet oss nye innspill og ideer. Det fremkom tydelig at vi måtte justere kodegruppene. Vi så at kodegruppene «oppfølging» og «relasjoner» gikk veldig inn i hverandre og handlet om flere sider av samme sak. De meningsbærende enhetene fra disse kodegruppene ble ofte farget til å kunne passe i begge kodegruppene og vi klarte ikke å skille de to. Vi slo derfor disse kodegruppene sammen til en ny kodegruppe vi valgte å kalle «kontinuitet i oppfølgingen». Kodegruppen «Mors helse» så vi ble for diffus. Valget falt på «Mors rom» som var en mer dekkende kodegruppe og rommet mer av barselkvinnenes erfaringer og det de snakket om.

Kodegruppen «informasjon» var mangelfull og hadde få meningsbærende enheter i seg. Det viste seg at denne kodegruppen ikke var like tydelig som først antatt og den belyste i liten grad problemstillingen vår. Vi valgte derfor å forkaste denne kodegruppen. Samtidig ble det mer og mer tydelig at vi manglet en kodegruppe som omfavnet barselkvinnens erfaringer og forventninger rundt gynekologisk undersøkelse og deres behov for normalisering av kroppen. Den nye kodegruppen fikk derfor navnet «Å vite at alt er bra» (se tabell 5).

Etter vi fikk på plass de reviderte kodegruppene, gikk vi tilbake i alle intervjuene og begynte prosessen på nytt med farging av meningsbærende enheter og sortering i de ulike kodegruppene. Når sorteringen var ferdig, gikk vi over i trinn (3) kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold. Vi hadde da 3 kodegrupper med tilhørende meningsbærende enheter foran oss. Alle leste selvstendig gjennom de ulike kodegruppene med tilhørende meningsbærende enheter og gjorde seg opp noen tanker om hva de handlet om og hvilke ulike nyanser vi så. Etter dette møttes vi og drøftet ulike subgrupper som kunne inngå i hver av kodegruppene. Subgruppene skulle fortelle oss hvilke hovedaspekter i kodegruppene som var mest fremtredende og hadde som formål å best kunne belyse vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 106). I tabell 5 viser vi de nye kodegruppene med tilhørende subgrupper.

Kodegrupper	Subgrupper
Kontinuitet i oppfølgingen	<ul style="list-style-type: none"> • Relasjon • Automatisk innkalling • Tilfeldigheter
Mors rom	<ul style="list-style-type: none"> • Oppleve støtte • Vanskelige temaer
Å vite at alt er bra	<ul style="list-style-type: none"> • Sjekk meg • Normalisering

Tabell 5 – Nye kodegrupper med tilhørende subgrupper

Når subgruppene var bestemt sorterte vi de ulike meningsbærende enhetene sammen under hver subgruppe. Etter vi hadde sortert, så vi at vi på ny måtte gjøre noen justeringer. Kodegruppen «Kontinuitet i oppfølgingen» var for stor og vi så at materialet hadde flere nyanser enn vi først hadde vurdert. Vi ønsket også å endre kodegruppen sitt navn til kun «Kontinuitet», noe vi var enige om var mer dekkende og en felles samlebetegnelse for hva subgruppene under kodegruppen hver for seg omhandlet. Subgruppen «automatisk innkalling» ble stående, men vi endret den til «Behov for automatisk innkalling», subgruppen «tilfeldigheter» så vi var for vag og endret den til «Opplevelse av tilfeldig oppfølging». Subgruppen «relasjon» rommet svært mange meningsbærende enheter og det fremkom tydelig forskjellige nyanser vi ikke hadde fokusert på tidligere. Barselkvinnene snakket mye om betydningen av en trygg relasjon, men også at de hadde et ønske om å gå til jordmor. Subgruppen ble derfor delt i to og vi fikk dermed fire subgrupper under kodegruppen «kontinuitet».

Subgruppene under kodegruppen «Mors rom» fikk små justeringer i form av ordoppbygning. Subgruppene til kodegruppen «Å vite at alt er bra» sa oss lite om hovedaspektene i kodegruppen, det ble for uklart. Vi hadde også fått med oss flere meningsbærende enheter som ikke passet under denne kodegruppen, fordi vi hadde valgt å kalle den ene subgruppen «normalisering». Disse meningsbærende enhetene så vi hørte mye mer hjemme i kodegruppen «mors rom» da de handlet om å bli spurt, få lov og snakke, være seg selv og normalisere endringer som skjer. Vi leste igjennom på nytt og så da to klare nyanser som dannet grunnlaget for to nye subgrupper under denne kodegruppen. I tabell 6 ser man det endelige resultatet.

Kodegrupper	Subgrupper
Kontinuitet	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevelse av tilfeldig oppfølging • Behov for automatisk innkalling • Betydningen av en trygg relasjon • Ønske om å gå til jordmor
Mors rom	<ul style="list-style-type: none"> • Opplive støtte • Behov for å ta opp vanskelige temaer
Å vite at alt er bra	<ul style="list-style-type: none"> • Behov for en gynekologisk undersøkelse • Fokus på bekken og bekkenbunnstrening

Tabell 6 – Kodegrupper og subgrupper – endelig resultat.

Når vi hadde de endelige subgruppene foran oss gikk vi på nytt gjennom de ulike meningsbærende enhetene under hver kodegruppe for å sortere de på nytt under subgruppene. Dette gjorde vi sammen. Etter dette valgte vi å ta en kodegruppe med tilhørende subgrupper hver for oss, hvor vi lagde tilhørende kondensater under hver subgruppe. Et kondensat er et kunstig sitat og lages ut ifra de meningsbærende enhetene under hver subgruppe og har til hensikt å gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen (Malterud, 2017, s. 106-108). Hver enkelt av oss gjennomgikk de meningsbærende enhetene i subgruppene og vurderte om de skulle tas med eller ikke i kondensatet. Var vi usikre, diskuterte vi det med hverandre. Noen ble forkastet, mens andre ble tatt med. Noen ble også flyttet til andre subgrupper da vi så de passet bedre der. Der de meningsbærende enhetene fortalte oss omtrent det samme, valgte vi ut det som best mulig bar med seg de andre tilsvarende tekstbitene. Kondensatet ble skrevet i «jeg-form» og vi holdt oss så nært til teksten vi klarte hele veien i forsøk på å ikke tolke dem. Det var informantenes fortelling og summen av innholdet i de meningsbærende enhetene som dannet kondensatene. Analyseprosessen illustreres ved et utklipp vi har lagt til oppgaven i et vedlegg (Vedlegg 5). Vi valgte videre ut et «gullsitat» under hver subgruppe, noe informantene selv hadde sagt og som vi fant dekkene for å illustrere våre funn (Malterud, 2017, s. 106-109).

Trinn (4) syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater handler om å re kontekstualisere (Malterud, 2017, s. 108). Vi brukte kondensatene under hver subgruppe til å lage en analytisk tekst, en gjenfortelling av informantenes stemmer for å formidle ny kunnskap. De analytiske tekstene ble skrevet i tredjeperson-form med fokus på å formidle

fellestrekk med flere variasjoner og nyanser. Når teksten var etablert tok vi en vurdering på om «gullsitatet» vi hadde valgt ut fortsatt var med på å konkretisere våre hovedfunn (Malterud, 2017, s. 108-109). Når dette var gjort, leste alle de analytiske tekstene og gjorde seg opp noen tanker om en resultatkategori fra hver kodegruppe som kunne sammenfatte hva det handler om i det store og hele (Malterud, 2017, s. 110). Dette vises i tabell 7.

Kodegrupper	Subgrupper	Resultatkategori
Kontinuitet	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevelse av tilfeldig oppfølging • Behov for automatisk innkalling • Betydningen av en trygg relasjon • Ønske om å gå til jordmor 	Barselkvinnens oppfølging – Stykkevis og delt.
Mors rom	<ul style="list-style-type: none"> • Opplive støtte • Behov for å ta opp vanskelige temaer 	Å oppleve støtte gjør det enklere å snakke om vanskelige temaer
Å vite at alt er bra	<ul style="list-style-type: none"> • Behov for en gynekologisk undersøkelse • Fokus på bekken og bekkenbunnstrening 	Sjekk meg! – viktigheten av et fungerende underliv og bekken.

Tabell 7 – Kodegrupper, subgrupper & kategori

Når den analytiske teksten og kategori overskriftene var utformet, beveget vi oss mot slutten av analyseprosessen og over i det Malterud (2017) kaller å validere funnene (s.110). Vi gikk derfor helt tilbake igjen til de opprinnelige rådataene og leste gjennom på nytt. Resultatene våre ble på den måten utfordret.

Forskningsetiske vurderinger

Vi har gjennom hele forskningsprosessen gjort forskningsetiske overveielser. Det har vært viktig for oss at kvinnene har blitt møtt på en respektfull måte i alle ledd av prosessen og at deres opplysninger har blitt håndtert forsvarlig. Vi har vært opptatt av at kvinnene som har bidratt med sine erfaringer til studien skal sikres anonymitet og kjenne seg trygge på at det

ikke er en risiko for gjenkjennelse. Det er kjent at kvalitativ forskning reiser mange etiske utfordringer og det vil alltid være en risiko eller belastning som deltagerne kan utsettes for (Malterud, 2017, s. 211). Som forskere har vi hatt et ansvar å verne om deltagerne og være bevisst dette (Alver, 2015). Vi har derfor i stor grad tatt hensyn til deltagerens behov.

Kvinnene i studien fikk ved rekruttering informasjon og måtte samtykke til å delta, som vist i vedlegg 2. Dette for å sikre at de tok et informert valg før de ble med i studien.

Personopplysninger ble behandlet konfidensielt ved at de ble erstattet med et nummer som ble lagret på en egen liste, adskilt fra øvrige data. Vi valgte å bruke Nettskjema ved registrering av deltagere for å lette oversikten og for å sikre deres anonymitet. Nettskjema er et verktøy til å utføre og administrere skjemaer på nett, og er en sikker løsning for innsamling og håndtering av store mengder data (Nettskjema - Universitetet i Oslo, u.å.).

Forskningsdataene ble lagret gjennom et kvalitetssikret program ved USN for å sikre deres anonymitet.

Vi la vekt på at kvinnene selv kunne velge hvilken form intervjuet skulle foregå i, enten digitalt eller fysisk. Vi klarte å imøtekomme alle ønsker, foruten ett ønske om fysisk oppmøte grunnet logistikk. Det ble tatt lydopptak av intervjuene ved hjelp av Nettskjema-diktafon, en app som gjør at vi kan ta lydopptak på smarttelefonen og sende til Nettskjema. Opptaket ble umiddelbart kryptert, det var ikke mulighet til å høre på lydfilene via appen, kun via Nettskjema (Nettskjema-diktafon mobilapp - Universitetet i Oslo, u.å.).

Før lydopptaket startet introduserte vi oss selv, informerte om studien på nytt etter behov og ga kvinnene mulighet til å stille spørsmål om noe var uklart. Kvinnene ble samtidig informert om at studien var frivillig og at de kunne trekke seg frem til analysearbeidet ble påbegynt. Vi vektla vår taushetsplikt for å trygge kvinnene, og ga uttrykk for at det var de som ledet an i intervjuprosessen, hvor de selv valgte hva de ville dele av erfaringer med oss. For at eventuell stillhet underveis ikke skulle oppleves som trykkende, poengterte vi det naturlige med pauser og betenkningstid.

Under intervjuene var kun to av studentene til stede, da tre antageligvis ville skapt en ubalanse i møte med kvinnene. Å skape en trygg atmosfære uten at de har følt seg truet eller presset har vært et stort fokus. Vi prøvde å være sensitive for deres signaler underveis hvor vi var åpne for pauser, bytte av tema eller ønske om å avbryte. Ved at informantene delte av sine erfaringer av personlig karakter, var vi klar over at det kunne komme opp minner som

nødvendigvis ikke var gode. Vi var forberedt på reaksjoner og klar for å bruke egen sykepleiekompetanse til å støtte og ivareta kvinnene ved behov. For å vise at vi satte pris på at kvinnene hadde brukt av egen tid, var det viktig å gjengjelde ved å gjøre oss tilgjengelige for kvinnene også etter intervjuene. Vår kontaktinformasjon hadde de fått både via informasjonsskrivet i forkant av studien, men også på e-post, hvor korrespondansen foregikk før intervjuene.

Ettersom forskningsprosjektet skulle behandle personopplysninger ble det også søkt om godkjenning fra Sikt (Sikt, u.å) for å sikre at personopplysningene ble behandlet lovlig etter personopplysningsloven (Personopplysningloven, 2018). Dette ble gjort i forkant av studien og godkjent før studien ble påbegynt (Vedlegg 4. Referansenummer: 884354). Det var ikke behov for å søke REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) da studien ikke hadde som hensikt å innhente ny kunnskap om sykdom og helse (REK, u.å). De nasjonale forskningsetiske komiteene har utarbeidet retningslinjer og veiledere for blant annet medisin og helsefag som vi i stor grad har støttes oss på underveis (NEM, 2009).

5 Resultater

Analysen førte til tre resultat kategorier. I første resultat kategori «Barsekvinnens oppfølging – stykkevis og delt», peker funnene mot at 6-ukerskontrollen styres av tilfeldigheter. Samtidig viser funnene til betydningen av en trygg relasjon og at barsekvinner i stor grad ønsker å gå til jordmor. I «Å oppleve støtte gjør det enklere å snakke om vanskelige temaer» fremheves betydningen av «mors rom», hvor det å bli sett, hørt og spurt vektlegges. Barsekvinner erfarer behov for støtte for å kunne snakke om vanskelige temaer, især psykisk helse, seksualitet og samliv. I siste resultat kategori «Sjekk meg! – viktigheten av et fungerende underliv og bekken etter fødsel» viser funnene til at barsekvinner forventer en gynekologisk undersøkelse på 6-ukerskontrollen, men at praksisen er varierende. Kvinnene ønsker å vite at alt er bra, og kunne fungere i hverdagen.

Barsekvinnens oppfølging – stykkevis og delt

Kvinnene fortalte om et behov for mer informasjon om 6-ukerskontrollens funksjon og innhold i forkant, for å se nytten og betydningen for én selv. De fortalte det ville kunne bidra til at 6-ukerskontrollen ble prioritert i en hektisk barsestid. Flere hadde fått beskjed fra jordmor som hadde fulgt dem opp i svangerskapet om at de ikke utførte 6-ukerskontroll, og at de selv måtte bestille den hos egen lege. Andre hadde et tilbud hos jordmor. For noen ble oppfølgingen spredt mellom flere profesjoner da jordmor eller fastlege ikke satte inn spiral, gjennomførte gynekologisk undersøkelse, eller hadde tid til å snakke igjennom det kvinnene selv hadde behov for.

Kvinnene fortalte at oppfølgingen ved 6-ukerskontrollen opplevdes å være personavhengig. På den ene siden var den avhengig av hvem kvinnen selv var som person, og hva hun greide å formidle av behov. På den andre siden snakket kvinnene om tilfeldigheter med tanke på hvem man møtte på kontrollen, deres faginteresser, hvilke tema de mente var inkludert i 6-ukerskontrollen, og hvor lang tid det var satt av. Kvinnene uttrykte også at de opplevde oppfølgingen tilfeldig med tanke på hvordan tilbudet om 6-ukerskontroll var organisert, og som en av kvinnene så treffende sa det:

...min opplevelse av 6-ukerskontrollen er at det handler veldig om hvem du treffer og i hvilken kommune du bor i. Informant 4

Flere av kvinnene var ikke klar over at 6-ukerskontroll var noe de måtte bestille selv. De trodde det gikk automatisk ettersom deres jordmor bare hadde satt opp timen. Andre var klar over dette, men ga uttrykk for at det hadde vært ideelt med en automatisk innkalling, med mulighet til å flytte på timen etter behov. En automatisk innkalling ville kunne sees på som et signal fra systemet om at «vi trenger å se deg, vi trenger å sjekke opp at ting er bra med deg også». Barseltiden ble snakket om som en periode hvor kvinnene hadde mer enn nok med å mestre den nye hverdagen, de opplevde å være i «en boble», en slags unntakstilstand. De mente derfor det var lett at 6-ukerskontrollen ble glemt. Kvinnene mente at 6-ukerskontrollen er et viktig tilbud for å ta vare på mors helse, og som igjen har stor betydning for hvordan barnet har det. De mente at ved å innføre automatisk innkalling til 6-ukerskontrollen, ville det kunne bidra det til et mere likt tilbud, uavhengig av hvor du bor i Norge og hvordan organiseringen for 6-ukerskontrollen er lagt opp. En av kvinnene fortalte;

For det er veldig greit at mamma har en time som er sin. Og hvis man glemmer å bestille den, eller man ikke får beskjed om at man må bestille den, eller hva som helst. Så mister man det vinduet, på en måte. For hvis det plutselig har gått mange måneder, så er det kanskje litt for sent igjen, eller problem som kunne vært plukket opp på 6-ukerskontroll, har fått gått og plaget noen lenge før man får gjort noe med det. Informant 2

Kvinnene snakket om viktigheten av trygge relasjoner. For å oppleve seg trygge og ivaretatte var de i behov av en person de hadde opparbeidet en relasjon med underveis i svangerskapet. Kvinnene opplevde individuell oppfølging, hvor jordmor visste hva som burde være fokus hos den enkelte kvinne. En av kvinnene utdypet dette ved at jordmor hadde invitert til et bekjentskap som bygget seg opp igjennom svangerskapet, en slags rød tråd. Det ble en form for emosjonell relasjon hvor det var en slags oversikt, interesse og varme for kvinnen. Kvinnen gledet seg til å møte jordmor igjen for å vise frem barnet sitt som jordmor også på et vis hadde blitt kjent med i løpet av svangerskapet. Flere fortalte det var godt å slippe å fortelle alt på nytt når de kom på 6-ukerskontrollen. De ga uttrykk for at opplevelsen av en trygg relasjon gjorde det lettere å åpne seg om det som var vanskelig eller bekymringer de hadde. De opplevde at det ville være enklere å bli «fanget opp» om de var

hos noen som kjente dem eller hadde fulgt dem opp underveis, fremfor ukjente. Flere fortalte at de ikke følte seg ordentlig sett når de var på 6-ukerskontroll hos fastlegen, i mangel av relasjonsbygging underveis. En av kvinnene fortalte det slik:

...med min personlighet krever det litt å si hvordan jeg har det. Da må jeg nesten ha en relasjon til en person. Hvis man synes det er litt vanskelig å si hvordan man har det, så tror jeg det er veldig viktig. Da har jo personen, den legen eller jordmoren, møtt deg før, og det er lettere å si til den personen, og det er enklere for mottakeren å se og høre hvordan du har det. Det var mye viktigere enn jeg trodde, så det var litt uheldig for min del at det var noen ukjente både her og der. Informant 13

Kvinnene ønsket å gå til den jordmoren som hadde fulgt dem opp i svangerskapet på 6-ukerskontrollen. Det opplevdes riktig og komfortabelt å få fullført «reisen» med jordmor. Kvinnene opplevde det også lettere å få oppfølging på de temaene som opplevdes vanskelig, og jordmor ble beskrevet som en viktig tillitsperson. De erfarte at det var satt av plass og tid til å snakke om deres behov, og de følte de ble tatt på alvor og at jordmor var oppriktig interessert i det de stod i. Kvinnene snakket om viktigheten av å få komme på 6-ukerskontroll til noen som hadde spesifikk kunnskap om hele kvinnekroppen, og at jordmor var den som var ekspert på svangerskap, fødsel og barseltid. Flere opplevde det som trygt med spesialiseringer. En av kvinnene fortalte:

Jeg tenker at fastlegen kan gjøre mye, Men.. sånn som jeg nevnte før, praksiserfaringen som man har som jordmor, er noe helt annet enn teorier eller teorikunnskapen man har som fastlege. Så selv om man selvfølgelig har møtt mange fødende og ny blivende mødre, så er det ikke det som er ekspertisefeltet til fastlegen. Så det å få lov til å gå til noen som spesialiserer seg på det vi har vært gjennom, det er et veldig bevisst valg. Informant 5

Å oppleve støtte gjør det enklere å snakke om vanskelige temaer

Kvinnene snakket om viktigheten av å ha fokus på mor, at mor hadde sitt 'eget rom', hvor hun kunne bli sett og hørt. Hvor hun ble stilt spørsmålet; «hvordan går det med deg?». Kvinnene som hadde en god opplevelse hadde opplevd å få være i sentrum, og beskrev det som godt og betryggende. De ytret ett ønske om å bli sett og anerkjent for den jobben de gjorde, et bidrag til økt selvtillit i rollen som mor. Kvinnene beskrev denne "overgangen" fra å bare være seg selv til å bli mor, som vanskelig og mer krevende enn forventet. Mange beskrev mangel på nettverk, følelse av å være alene, psykisk strev på grunn av søvnmangel, følelse av usikkerhet og forvirring og det å være ny i rollen som utfordrende. Det var en prosess hvor de ikke visste hvem de skulle henvende seg til eller hvem de kunne snakke med. For noen var 6-ukerskontrollen et naturlig siste sjekkpunkt, på at alt var bra. Var det ikke bra, var det et sted hvor man kunne bli tatt vare på videre. En kvinne oppsummerer det fint når hun sier:

Når man får skryt for den man er og det man gjør, så føler man at man er på rett vei. Så da følte jeg at, det her skal vi klare. Dette skal vi få til. Det var veldig godt. Du føler at noen passer på deg, at du ikke er alene, du har noen du kan kontakte igjen, som kan bygge deg litt opp. Og, ja, hjelpe deg rett og slett, om det er et problem man har. Det var det jeg opplevde. Informant 11

Kvinnene beskrev et behov for å snakke om temaer som de selv anså som vanskelige eller tabubelagt. De fortalte at vonde følelser knyttet til barnet, partner og seksualitet var spesielt vanskelig å tematisere, fordi de ofte satt med dårlig samvittighet. Mange hadde behov for å snakke om spesielt psykisk - og seksuell helse etter fødsel. Kvinnene fortalte at det som ofte ble tematisert var valget av prevensjon heller enn fokus på samlivet. Kvinnene fortalte at de ikke var klare for samleie seks uker etter fødsel, og at de heller skulle ønske at fokuset var på hvordan ting tok tid. Det var vanskelig å være den som skulle ta opp dette selv, og de var tydelige på viktigheten av å bli spurt uansett hvor privat det kunne virke. De beskrev det som et behov for å få uttrykke følelsene man hadde, eller få en pekepinn på hva som er normalt

eller ikke. Flere fortalte at når de fikk spørsmål presentert som « dette spør vi alle om» fra en fagperson, så var det med på å ufarliggjøre det. De fleste nevnte at dersom de ble spurt, ville dette være med å avdekke vansker som de kunne ha fått hjelp for. En kvinne beskrev det på denne måten;

Jeg tror det øker sannsynligheten for at man får avdekt eventuelle vansker som man kan være til hjelp for, hvis man spør heller enn å vente på at det blir tatt opp. Og det er jo en maktforskjell der, jeg er på mitt mest sårbare. Kanskje er det ting som er vanskelig å ta opp, men man orker ikke helt. Jeg tror at den som har hodet mest på plass er jordmor i denne situasjonen, og derfor ville det vært fint om vedkommende spurte. Vold i nære relasjoner, eller påbegynnende fødselsdepresjon, eller hva det nå er man kan stå i, så har man i hvert fall økt sannsynligheten for å bli fanget opp.

Informant 12

Sjekk meg! – Viktigheten av et fungerende underliv og bekken etter fødsel

Kvinnene hadde en forventning om en gynekologisk undersøkelse når de kom til 6-ukerskontrollen. Denne forventningen lå sterkere hos kvinnene som hadde opplevd ulike intervensjoner under fødsel som blant annet episiotomi eller vakuumbforløsning. Den gynekologiske undersøkelsen inngikk ikke alltid som en del av 6-ukerskontrollen, og det opplevdes vanskelig å be om hvis de ikke ble spurt. Noen var så bekymret at de oppsøkte private aktører for å få en gynekologisk undersøkelse. Enkelte steder var det helsepersonell som vurderte om det var et behov eller ikke. Dette opplevde kvinnene som provoserende, de ønsket selv å ta denne beslutningen. Flere av kvinnene oppga at de hadde plager etter fødsel, og de ga uttrykk for at de ikke visste hva som er normalt eller ikke. Mange fortalte at de gikk rundt med smerter og følelsen av fremfall. En kvinne fortalte at hun hadde fått en skade etter fødsel som aldri ble sjekket, og at dette den dag i dag plaget henne. Kvinnene uttrykte et ønske om at den gynekologiske undersøkelsen burde være en del av 6-ukerskontrollen, og at den ikke bør styres av tilfeldigheter. En kvinne fortalte det slik:

For min del var det egentlig den sjekken av underlivet. Det høres veldig, sånn jeg holder på å si selvopptatt ut, forfengelig. Jeg kan jo se utsiden, men jeg kan ikke se innsiden. Når det i tillegg er vondt, så var det greit å få en sjekk i forhold til infeksjoner og sånne ting. Informant 4.

Kvinnene hadde erfart at det var lite fokus på bekkenet og bekkenbunnstrening under 6-ukerskontrollen, og at dette var noe de savnet. Det var varierende opplevelser av om de ble spurt om egen bekkenfunksjon, eller om det ble snakket om et fungerende bekken. Selv om de ikke hadde problemer, ønsket de allikevel fokus på det for å vite hva som var normalt. Kvinnene ønsket å vite hva de skulle forholde seg til, da det oppleves trygt. Kvinnene poengterte viktigheten av et fungerende bekken for å kunne fungere i hverdagen, men også hvis man ønsket å bli gravid flere ganger og føde flere barn. Noen fortalte om hvor tøft det var når man følte man ikke fikk tatt seg av barnet sitt på grunn av smerter eller plager med bekkenet. Flere erfarte at de fikk beskjed om å gjøre knipeøvelser, men et fåtall hadde fått forklart hvordan man gjorde det og visste ikke om de gjorde det rett. En av kvinnene forteller:

Veldig mange jeg snakker med, de sier at jeg skal knipe. Men hvordan vet du at du kniper rett? Man har jo ikke lyst til å... Jeg tenker, underlivet, hvis du får problemer, så blir du for det første bare en større utgift i samfunnet, med at du kan få urinplager og fremfall og alt mulig, i stedet for at det er veldig fokus på at man skal jobbe med det. Det synes jeg jo skulle vært en større del inn i samtalen, at man ikke bare husker å knipe, men hvordan man faktisk skal gjøre det, og hvor ofte... Informant 9

6 Diskusjon

I dette kapitlet vil oppgaven drøftes videre i en metodediskusjon og en resultatdiskusjon.

Metodediskusjon

Vi har i vår studie fortløpende argumentert for de valg som er gjort. Valgene er grundig diskutert i gruppen vår, men også med veileder.

Grunnlagsbetingelsene for vitenskapelig kunnskap handler ifølge Malterud (2017) om refleksivitet, validitet og relevans, og vil bli anvendt videre i vår metodediskusjon (s.18).

Refleksivitet

Refleksivitet er en aktiv holdning som under hele prosessen har vært viktig og handler om våre forutsetninger og tolkningsramme. Ved å vedkjenne egne spor og overveielser underveis, viser vi hvordan det har hatt betydning for kunnskapen som er skapt (Malterud, 2017, s. 19-20). Selv om vi har forsøkt vårt ytterste å legge vår forforståelse til side, vet vi at vår forforståelse ubevisst kan ha påvirket vår studie både i planleggingen og utførelsen av intervjuene, men også i analyseprosessen. Det gjelder måten vi har møtt kvinnene på, stilt oppfølgingsspørsmål eller når vi har valgt ut de meningsbærende enhetene som har vært grunnlaget for vår analyse. Thagaard (2018) sier vi skal forsøke å bestrebe en systematisk tilnærming, men også en spontanitet som gjør at vi oppnår et reflektert forhold til prosessen i datainnsamlingen og intervjuene (s.14).

Intervjuguiden ble kontinuerlig justert under datainnsamlingen etterhvert som vi tilegnet oss mer innsikt i hvor fokuset burde ligge. Samtidig prøvde vi å tilpasse møtet med den enkelte informant (Malterud, 2017, s. 134). Vi ønsket mer rom til den åpne samtalen i intervjuet, hvor vi prøvde å følge opp temaene de selv var opptatte av fremfor å låse oss fast i intervjuguiden. Vi opplevde at intervjusettingen var av betydning for flere av informantene. Ved at de ble møtt med interesse og forståelse brukte de oss til å fortelle inngående om deres erfaringer som kan ha gitt dem økt innsikt i egen situasjon og opplevelse av mening. Vi ble også mer bevisst vår rolle og påvirkningskraft i form av spørsmålsformulering og tilstedeværelse i intervjusettingen. Dette ga oss muligheten til å oppnå ny kunnskap uten å

bli styrt av vår forforståelse. Denne balansegangen mellom struktur og fleksibilitet i intervjusettingen opplevdes som et kunststykke og vi har lært mye i prosessen.

At informantene var klar over at vi var jordmor studenter kan ha påvirket dem i måten de svarte på under intervjuene. Flere fortalte uoppfordret at de ønsket å gå til jordmor og fremhevet viktigheten av jordmors kompetanse. Om dette var fordi vi var jordmor studenter er usikkert. Samtidig kan våre tanker om hvordan 6-ukerskontrollen kan styrkes ha bidratt til å gjøre spørsmålene i intervjuguiden mer ledene enn ønsket. På den andre siden kan vår erfaring ha vært med på å bidra til relevante spørsmål for vår problemstilling.

Malterud (2017) vektlegger at det er helt naturlig at man som forsker og menneske er styrt av egne motiver, indre visjoner og oppfatninger. I prosessen har det derfor vært viktig at vi ikke har låst oss fast i et mønster, men stilt oss åpne og gitt plass til tvil og uventede resultater (s.19). At vi har vært flere forfattere mener vi har styrket studien, da det har gitt studien flere perspektiver enn om vi hadde skrevet alene. Vi har alle tre hatt forskjellige tanker og tolkninger rundt datamaterialet. Vi har stilt oss åpne for de andres innspill, hvor vi sammen har reflektert og overveid konkurrerende versjoner av tolkninger (Malterud, 2017, s. 20).

Det at vi har vært to stykker under intervjusettingen anser vi som en styrke. Den som ikke har ført intervjuet har vært fokusert og lyttet etter variasjoner i kvinnenens beskrevne erfaringer, og om nødvendig kommet med oppfølgingsspørsmål mot slutten av intervjuet. Alle tre har rullert på intervjurollen. Det kan ha hatt betydning for datainnsamlingen på den måten at vi ikke fikk nyttiggjort erfaringen med å være den som intervjuet, men på den andre siden har vi unngått å låse oss i en måte å gjennomføre intervjuet på. Hver av oss har ulike personlige egenskaper som kan være med å fremme tillit, oppnå kontakt og være trygghetsskapende, og vi opplever at det har vært en positiv utvikling i måten intervjuene har blitt gjennomført. En god kontakt etableres ved oppmerksom lytting, hvor intervjueren viser interesse, forståelse og respekt for det informanten sier (Kvale, 1996, s. 128).

Intervjuene foregikk for det meste over Teams. Det skaper en mindre personlig forbindelse og den naturlige atmosfæren uteblir. Det er vanskeligere å «småprate» og skape en trygg og god stemning. Polit & Beck (2021) snakker om «Gaining trust» hvor det poengteres viktigheten av å oppnå og opprettholde et høyt nivå av tillit hos deltagerne, samtidig som man bør ha som mål å oppnå empatisk nøytralitet (Polit & Beck, 2021, s. 511). Dette kan være vanskelig å balansere i et møte gjennom skjermen, spesielt når man som forsker er

uerfaren med intervjusettingen. Varierende grad av tillit og relasjon kan påvirke kvinnenes svar eller grad av åpenhet. I denne forskningen fikk kvinnene selv velge hvordan de ønsket å bli intervjuet før vi gjorde avtaler. De fikk på den måten være i et miljø de opplevde som trygt, man unngikk reisekostnader og de styrte selv når det passet dem å gjøre intervjuet. Teams-møter og dialog gjennom skjerm har i dagens samfunn blitt en naturlig del av hverdagen, noe som vår forskning har dratt nytte av med tanke på oppnåelse av variasjon.

Validitet

Validitet er et kriterium for kvalitet, og sier noe om i hvilken grad resultatene i en studie er gyldige og velbegrunnet. Det ønsker å svare på om valgene som ble tatt har ført til forskning på det studien hadde til hensikt å undersøke (Polit & Beck, 2021, s. 806). Det handler med andre ord om hva metoden og materialet har mulighet til å si noe om, og hvilken betydning og overførbarhet resultatene har (Malterud, 2017, s. 23). Malterud (2017) deler validitet inn i intern validitet og ekstern validitet (s.23-24).

Intern validitet

Kvalitativ metode er en av flere veier til vitenskapelig kunnskap, og metoden ble valgt på bakgrunn av studiens problemstilling, hvor vi ønsket å få kunnskap om kvinners erfaringer med 6- ukerskontrollen. Vi erkjenner at vi i stor grad har fått svar på vår problemstilling, og vi anser den metodiske tilnærmingen som god. Metoden ga oss en unik mulighet til å kunne forstå og fordype oss i fenomenet 6-ukerskontroll.

Grunnet kort tid på studien og svært god respons fra informanter, var vi ivrig etter å komme i gang med intervjuene. Det førte til at vi avtalte flere intervjuer av gangen, og i løpet av 3 uker var alle intervjuene gjennomført. Før vi startet datainnsamlingen, utførte vi et pilotintervju for å teste hvordan intervjuguiden fungerte og om spørsmålene ble forstått. Kvinnen som var en del av pilotintervjuet, var ikke selv klar over dette. Dette var et bevisst valg av oss, da vi antok at det ville kunne påvirke hvordan hun svarte. Kvinnen ga ingen uttrykk for negative reaksjoner eller ubehag under intervjuet (Malterud, 2017, s. 55) og hun ga rike beskrivelser, noe som førte til at vi valgte å inkludere intervjuet i studien. Etter det tiende intervjuet

reflekterte vi over at vi så et mønster og lite nye variasjoner (Malterud, 2027, s. 65). Vi ble allikevel enige om å gjennomføre de siste intervjuene som allerede var avtalt av respekt for informantene.

Av den grunn fikk vi mer data å håndtere, og sett i sammenheng med tidspresset, kan det ha vært med på å påvirke vår analyseprosess og økt risikoen for dårligere vitenskapelig kvalitet (NEM, 2009). Samtidig kan vi ikke utelukke at det var intervjueteknikken vår som førte til at vi ikke fanget opp nye variasjoner og ny kunnskap.

Intervjuguiden var egenprodusert, og inneholdt tre hovedspørsmål med flere hjelpespørsmål. Denne forhåndsdefinerte intervjuguiden omfattet sentrale tema og spørsmål som til sammen skulle dekke de områdene studien skulle belyse, og bidro til struktur for oss som skulle intervjuer. Tross at intervjuguiden er laget og styrt av problemstillingen vår, har også forforståelsen påvirket utarbeidelsen. Hjelpespørsmålene under hvert hovedspørsmål erkjenner vi er spesielt styrt av den, og har naturlig nok påvirket datainnsamlingen. I tillegg hadde kvinnene svært ulik formidlingsevne. Selv om ønsket vårt har vært å føre de minst mulig, kan vi ikke utelukke dette helt, spesielt der kvinnene svarte kort. Dette er en tydelig svakhet i vår studie, og viser vår manglende erfaring med å gjennomføre intervjuer.

Ved at vi har vært 3 stykker som har gjennomgått materialet systematisk, har det bidratt til å se ulike nyanser og ikke bli fastlåst i egne tankemønstre. Vi har transkribert etter beste evne, prøvd å få med oss meningsinnholdet og ivaretatt det opprinnelige materialet slik informantene selv formidlet under intervjuene, og forsøkt å forhindre fortolkning der vi i teksten har vært usikre på hva informantene har ment. Dette for å få en mest mulig gyldig gjengivelse (Malterud, 2017, s. 78). Ved transkriberingen har vi også forsøkt å ivareta den nonverbale kommunikasjonen som oppstod under intervjuet. I noen tilfeller rommet nikk, hoderisting og «tegnspråk i lufta» mye mening uten at det var å finne på lydopptaket, noe som vi tok hensyn til da vi gjorde små redigeringer av den muntlige samtalen for å styrke analysematerialet (Malterud 2017, s. 80). Informantene har ikke fått muligheten til å lese eller korrigere de transkriberte intervjuene i etterkant. Vi ønsket deres umiddelbare beskrivelse av sin erfaring med 6-ukerskontrollen, og ifølge Malterud blir ikke teksten nødvendigvis «sannere» om en slik deltagersjekk blir gjennomført (Malterud, 2017, s. 193). Ved at vi var nøye med å spørre om vi hadde forstått deres uttalelser rett, ga vi mulighet til korrigerende og presisering underveis i intervjuet.

Malterud (2017) mener at ved å gjennomføre en trinnvis analyse vil det gi oss viktige muligheter for kursendring både i spørremåter og tematikk (s.136). Det at vi ikke begynte med den trinnvise analysen før vi var ferdig med alle intervjuene kan ha påvirket utfallet av resultatene. Vi kan ha gått glipp av viktige momenter som kunne vært tatt med videre under datainnsamlingen. Vi spurte oss imidlertid etter hvert intervju hva vi oppfattet som hovedtemaene i intervjuene og reflekterte over hvordan det hadde gått, vi startet en tankeprosess. Dette bidro til korrigerende av intervjuguiden og skapte en bevisstgjøring hos oss over hva kvinnene snakket om.

Ekstern validitet

Vi valgte å gjøre et strategisk utvalg med mål om å belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017, s. 58), og seleksjonskriteriene la føringene for vårt utvalg. Vi valgte barselkvinner som hadde gjennomført 6-ukerskontroll innenfor det siste året for å sikre oss at de hadde erfaringen friskt i minnet. Det viktigste kriteriet for utvelgelse, er om personen har opplevd fenomenet som studeres. Informanten må også være villig til å la seg intervju, og ha evnen til å kommunisere sine følelser og tanker, hvor refleksjon er et nøkkelord (Polit & Beck, 2021, s. 497).

Til vår fordel hadde kvinner fra mange ulike deler av landet vist sin interesse for å delta i studien, noe som forenklet ytterligere utvelgelse. Utvalget ble dermed spredt utover Norges langstrakte land, hvor det ville gi oss beskrivelser med flere nyanser av et og samme fenomen. Vi antok det ville gjøre datamaterialet mindre homogent og samtidig styrke variasjonsbredden (Malterud 2017, s. 59).

Informasjon om deltagerne ble samlet inn ved start eller slutten av hvert intervju, utenfor lydopptaket. Vi spurte hvilket yrke de hadde utdannet seg til og hvor mange barn de hadde. Høyt utdanningsnivå kan si noe om deres ressurser til å innhente informasjon om 6-ukerskontrollen og dens nytte og funksjon, men ikke nødvendigvis, da vi underveis erfarte at flere deltagere i vår studie ga uttrykk for å være i «barsel-bobla» hvor de opplevde å ikke tenke klart eller å ha kontroll. Vi la ikke vekt på alder, noe som kan ha påvirket resultatene fordi opplevelser og behov kan variere blant yngre og eldre mødre. Ved å inkludere både første -og flergangsfødende kan det på samme måte som alder vise til et mer nyansert bilde i

opplevelsen av 6-ukerskontrollen. I og med at vi ønsket å intervju de som hadde født innenfor det siste året, kan vi ikke utelukke at noen av de flergangsfødende har bidratt med erfaringer som vitnet om en bevissthet og kunnskap basert på tidligere erfaringer med 6-ukerskontrollen. Ulik erfaring og utdanning kan bidra til et mer representativt utvalg når det reflekterer et mangfold, som igjen vil styrke gyldigheten og øke studiens relevans utover sin kontekst.

Kvinner som ikke snakket eller skrev norsk ble ekskludert fra studien. Dette var et valg vi tok for å lette intervjusituasjonen og unngå språklige misforståelser som vanskeliggjorde datainnsamlingen og dens gyldighet. Å begrense utvalget til kun norsktalende barselkvinner utfordrer mangfoldet, og avgrenser overførbarheten til blant annet minoritetskvinner.

Som beskrevet i metoddelen ble kvinnene rekruttert via sosiale medier. Vi hadde til hensikt å publisere invitasjonen for rekruttering på tre ulike fora. Vi sendte forespørsel til "Ammehjelpen" også, men grunnet lang responstid rakk vi ikke å publisere invitasjonen her grunnet overveldende respons fra de to førstnevnte gruppene, «Mammaklubb for bra damer» og «Barseloppøret». Sett i etterkant antar vi at det førte til begrensninger i utvalget, hvor det å publisere i flere fora sannsynligvis ville gitt oss en større variasjon i hvem som viste interesse for studien. Vi publiserte også på sider vi selv tenkte var hensiktsmessige og erkjenner at valg av publiseringskanaler kan ha hatt betydning for utvalget. Ved å velge spesifikke sosiale medie-plattformer vil det begrense overførbarheten til andre populasjoner som ikke er til stede i disse gruppene. Vi kan heller ikke utelukke at det var flest medlemmer av «Barseloppøret» som meldte seg da vi ikke har spurt kvinnene om hvor de fikk informasjonen om vår studie fra.

Vi antar at medlemmene i de sosiale mediegruppene hvor informasjonsskrivet ble lagt ut var spesielt interessert i feltet, og ønsket å bidra med sine erfaringer og meninger rundt tema. Enkelte av deltagerne ga spesielt rike bidrag. Deres sterke engasjement for barselkvinner generelt kan ha påvirket resultatene og dermed også kvaliteten og overførbarheten på studien.

Relevans

Relevans sier noe om hva kunnskapen kan brukes til, hvor målet er å se noe nytt og ikke gjenta andres funn. Overveielser om relevans forutsetter at man er godt orientert om hva litteraturen på feltet sier og hvordan resultatene sammenfaller eller avviker fra det vi allerede vet (Malterud, 2017, s. 22).

Oss bekjent har det aldri tidligere vært gjort studier på barselkvinnens erfaringer ved 6-ukerskontrollen i Norge. Ved tidligere studier som vi har oversikt over, har tema enten vært generell barselomsorg og oppfølging etter fødsel, eller studier hvor fokus har vært erfaringer hos helsepersonell. På den måten har vår problemstilling gitt opphav til ny kunnskapsutvikling.

Vi har ingen oversikt over hvor mange av landets barselkvinner som benytter seg av 6-ukerskontrollen, ei heller hvilke demografiske komponenter eller sosiokulturell bakgrunn de som benytter seg av 6-ukerskontrollen innehar. Begrepet mangfold i studien er delvis dekt i form av beskrivelser fra et utvalg med ulik erfaring basert på første- og flergangsfødende, samt ulike yrker og interesser. Begrepet variasjon kan sies å omfatte hvor i landet erfaringen fra 6-ukerskontrollen er beskrevet fra. Funnene våre viser at barselkvinnene innenfor det mangfoldet og den variasjon de representerer, har flere fellestrekk rundt sine erfaringer og hva de ønsker for 6-ukerskontrollen.

Vårt mål har aldri vært å sammenligne eller generalisere funnene, men at resultatene skulle gi oss en økt forståelse av fenomenet 6-ukerskontroll. Hensikten med studien har helt fra starten av vært at våre funn og eventuelt nyoppdagede kunnskap skal kunne overføres og deles med andre (Malterud, 2017, s. 66-67).

Studiens relevans for videre arbeid og tilrettelegging av en god og samfunnsnyttig barselomsorg er for oss tydelig, hvor våre funn og resultater viser at tilfeldigheter og ulik organisering påvirker dagens praksis og oppfølging. Vi mener at vår studie kan være et bidrag i å bedre dagens barselomsorg, og samtidig poengtere viktigheten av videre forskning på kvinnehelse og dens betydning for samfunnet som helhet.

Resultatdiskusjon

Hovedfunn

Tilbudet og innholdet i forbindelse med 6-ukerskontrollen oppleves tilfeldig av kvinnene i studien. 6-ukerskontrollen avhenger i mange tilfeller av hvilken kommune du bor i, kvinnens iboende ressurser, hvem du gjennomfører kontrollen hos, og tidsrammen som er satt opp for konsultasjonen. Kvinnene mener at 6-ukerskontrollen automatisk bør bli tildelt, slik at den blir tilgjengelig for alle samt at kvinnen selv ikke må huske på å bestille timen. De fleste kvinnene som gikk til fastlegen, erfarte ofte at konsultasjonen var preget av tidspress og derfor manglende mulighet for en grundig kontroll.

En god relasjon til helsepersonellet som utfører 6-ukerskontrollen hadde stor betydning for kvinnenes samlede opplevelse. Følelsen av kontinuitet fremheves som spesielt viktig i denne sammenhengen. Kvinnene så på 6-ukerskontrollen som et rom for mor, der fokuset var på henne og ikke barnet. Kvinnene ga uttrykk for at de ønsket mer støtte, annerkjennelse og mulighet til å snakke om vanskelige temaer. Kvinnene ønsket at gynekologisk undersøkelse ble en naturlig del av 6-ukerskontrollen, da kvinnene opplevde varierende praksis rundt dette. Kvinnene etterlyste mer fokus på bekken og bekkenbunnstrening.

Ønske om kontinuitet og automatisk innkalling til 6-ukerskontrollen

Kvinnene i studien uttrykte at de opplevde 6-ukerskontrollen tilfeldig. Ofte basert på hvor du bor, hvem du møtte, hvor du gjennomførte kontrollen og hva man selv klarte å formidle av behov. Dette korrelerer med det som tidligere er kjent fra kvinnehelserapporten, hvor de bemerker at barseltiden som helhet er preget av store geografiske variasjoner (NOU 2023:5, s. 151). I Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027) er målet at kvinner skal oppleve et helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Et bedre tilbud skal på plass, spesielt for de som trenger ekstra støtte og oppfølging. De påpeker viktigheten av god bruk av personell og kompetanse (Meld. st. 9, (2023-2024), s. 107). I vår studie påpekte kvinnene på tidsfaktoren som en trussel mot en god 6-ukerskontroll. Kvinnene bemerket at fastlegene hadde dårlig tid og at innholdet i kontrollen bar preg av det.

Vi mener at et bedre tverrfaglig samarbeid og en bedre dokumentasjonsflyt mellom jordmor og fastlege er nødvendig for å møte kvinnenes behov. Ved at kvinnene må forholde seg til ulike faggrupper underveis i svangerskap og barseltid kan mye informasjon gå tapt. Det samsvarer også med det Jean Ball poengterer, viktigheten av å jobbe i team for å gi kvinner den aller beste barselomsorgen slik at kvinnen skal lykkes i overgangen til morsrollen (Ball, 1987, s. 150). Dette poengteres også i studien til Kurth et al (2016), hvor det vises til at dagens system oppleves som fragmentert for nybakte foreldre (Kurth et al, 2016). Kvinnene i vår studie beskrev et ønske om å gå til jordmor på 6-ukerskontrollen. De som ikke fikk tilbud om oppfølging hos jordmor, oppga grunner som at jordmor ikke hadde kapasitet til å gjennomføre 6-ukerskontroll, at jordmor ikke satt inn spiral, kvinnen selv ikke visste at man kunne gå til jordmor eller at kvinnen hadde fått beskjed om å bestille time hos fastlegen.

Kontinuitet i omsorgen, relasjonen til jordmor, jordmors spesialiserte kunnskap om svangerskap, fødsel og barseltid var noe kvinnene verdsatte høyt ved gjennomføring av 6-ukerskontrollen. Studier som er gjennomført på strukturerte barselomsorgsmodeller viser at det er suksessfullt og bidrar til en god overgang til morsrollen (Eikemo et al, 2022; Johansson & Thies-Lagergren, 2023). I studien til Johansson & Thies-Lagergren kom det frem at kvinnene ikke følte seg "overlatt til seg selv" når de mottok strukturert oppfølging i barseltiden. Kvinnene trakk spesielt frem jordmødrenes tilstedeværelse, kunnskap, tid og informasjon som viktige faktorer som skapte trygghet for kvinnene (Johansson et al, 2023). Det at jordmødrene kjente kvinnene og familien fra tidligere var positivt. Det samsvarer med våre funn hvor kvinnene fortalte om hvor viktig det var med en etablert relasjon for å føle seg trygge og ivaretatt. En relasjon som gradvis hadde bygd seg opp ved svangerskapskonsultasjonene, en opplevelse av en "rød tråd" var viktig for kvinnene. Flere fortalte at det var godt å slippe og fortelle alt på nytt når de kom på 6-ukerskontroll. Kvinnene ønsket strukturert oppfølging, men ikke nødvendigvis et standardisert opplegg som kunne virke fremmedgjørende. Det at kontrollen ble individuelt tilpasset, basert på tidligere kunnskap om kvinnene, bidro til en bedre kontroll.

Finlayson et al (2020) understreker også viktigheten av kontinuitet og relasjon for å muliggjøre et tillitsfullt forhold, god informasjonsflyt, fleksibilitet og anerkjennelse av kvinnens personlige og kulturelle kontekst (Finlayson et al, 2020). Kvinnene i studien til Eikemo et al (2022) trakk frem det personlige forholdet de hadde dannet med sin jordmor som nødvendig

for å skape trygghet. De omtalte jordmor som snill, god, omsorgsfull, vennlig og empatisk (Eikemo et al, 2022). Dette samsvarer med våre funn hvor kvinnene ofte refererte til jordmor som en de hadde bygd opp en emosjonell relasjon til, som viste interesse og varme for dem. I motsetning beskrev de kvinnene som hadde gått til fastlegen på 6-ukerskontroll en manglende opparbeidelse av relasjon, på bakgrunn av at de hadde vært hos jordmor i svangerskapet. Jean Ball omtaler jordmødre som essensielle nøkkelbrikker i ivaretagelsen av barselkvinner. Hun trekker spesielt frem jordmors spesialiserte kunnskap og det faktum at det er jordmor som kjenner kvinnen best gjennom svangerskapet (Ball, 1987, s. 134). Ball påpeker viktigheten av kontinuitet som avgjørende for en god barselomsorg (Ball, 1987, s. 150). Vi mener jordmor bidrar til en helhetlig og kontinuerlig oppfølging av barselkvinner ved å ha ansvaret for 6-ukerskontrollen.

Kvinnehelserapporten anbefaler at alle kvinner skal innkalles til en automatisk 6-ukerskontroll hos jordmor eller fastlege (NOU 2023:5, s. 156). Dette samsvarer med funnene i vår studie. Kvinnene ønsker automatisk innkalling til 6-ukerskontroll. Kvinnene omtalte barseltiden som en periode hvor de var ”i bobla”, en unntakstilstand, de mente derfor det var lett å glemme 6-ukerskontrollen. Vi mener at automatisk innkalling vil bidra til et mer likt tilbud for kvinner i hele Norge, spesielt basert på de geografiske variasjonene som finnes. En fastsatt 6-ukerskontroll kan også være med å skape en reell mulighet for å avdekke problemer etter svangerskap og fødsel. Flere av kvinnene poengterte at 6-ukerskontrollen ga mer enn de trodde og at det var en viktig kontroll for mor sin helse.

6-ukerskontrollen: Mors rom

Kvinnene omtalte 6-ukerskontrollen som mors rom, og de poengterte viktigheten av at mor hadde sitt eget sted hvor hun kunne bli sett og hørt. Flere manglet nettverk og hadde en følelse av å være alene. Når kvinnene opplevde å få støtte, erfarte de at de fikk mot til å stå i det som var utfordrende. Kvinnene beskrev overgangen fra å bare være seg selv til å bli mor, som vanskelig og mer krevende enn forventet. Disse funnene kan man gjenfinne i annen forskning som peker på at kvinner i barseltiden kan føle på en rekke motstridende følelser (Finlayson et al, 2020). Alt fra intens glede og kjærlighet for den nye babyen til akutte følelser av ensomhet, nedstemthet og depresjon. Disse følelsene intensiveres av søvnmangel og et ytre press om å leve opp til forhåndsdefinerte forestillinger om ”den ideelle moren” (Finlayson

et al, 2020). Kvinner i denne fasen av livet er ofte ute av stand til å bearbeide eller holde på informasjon, fasen består i stor grad å tilpasse seg det nye livet (Finlayson et al, 2020).

Flere av kvinnene i vår studie oppga at de ikke visste hvem de skulle henvende seg til, eller hvem de kunne snakke med når de hadde behov for mer støtte. I studien til Negron et al (2013) kommer det frem at mangel på støtte er en stor risikofaktor for barseldepresjon (Negron et al, 2013). Funnene i vår studie viser at de kvinnene som hadde mottatt god omsorg og støtte ved 6-ukerskontrollen, beskrev det som godt og betryggende. De fikk økt selvtillit i rollen som mor og opplevde at de fikk mot til å stå i det som var utfordrende. Dette samsvarer med funn i studien til Finlayson et al (2020) hvor man fant at kvinner ønsker å føle seg ivaretatt i barseltiden, mens de navigerer seg gjennom overgangen til morsrollen og restituerer etter fødsel. De ønsket å bli sett som egne individer, og at deres behov skulle bli anerkjent og møtt (Finlayson et al, 2020). Jean Balls teori om fluktstolen, beskriver hvordan en korrekt satt sammen fluktstol, på et stødig fundament, gjør at kvinnene får støtte og sitter trygt. De tjenestene som ytes til kvinner i barselomsorgen er selve underlaget som stolen står på, og der disse tjenestene ikke er prioritert, koordinerte eller planlagte vil heller ikke kvinnene oppnå tilstrekkelig støtte (Ball, 1987, s. 120). Dette utpeker seg også i studien til Eikemo et al hvor kvinnene satt spesielt pris på å vite hvordan de forventende omsorgstjenestene var lagt opp i barseltiden og hvem de skulle kontakte dersom det var behov (Eikemo et al, 2022).

”Psykt vanskelig å snakke om”

Kvinnene i vår studie beskrev behov for å snakke om temaer som de selv anså som vanskelige eller tabubelagt. Disse temaene handlet i stor grad om psykisk og seksuell helse. De poengterte spesielt at det var vanskelig å skulle være den som tok initiativ til å ta det opp selv, de ønsket å bli spurt. Det kommer frem i rapporten fra kvinnehelseutvalget at kvinner fremdeles må kjempe for å få den helsehjelpen de har behov for. Kvinner rapporterte at deres helseplager ble bagatellisert og at deres stemmer ikke ble lyttet til (NOU 2023:5, s. 16). Rapporten påpeker også at det for mange kvinner er en ekstra høy terskel å snakke åpent om psykiske helseutfordringer i forbindelse med svangerskap og barsel. De mener det er rimelig å anta at det har en sammenheng med en generell forventning i samfunnet om at gravide eller kvinner i barsel skal være lykkelige (NOU 2023:5, s. 145). Med tanke på den

store økningen ”sårbare gravide”, mener vi det er ekstra viktig at helsepersonell spør og kartlegger psykisk helse etter fødsel.

Seksualitet og seksuell helse tematiseres i liten grad av helsepersonell med mindre det knyttes direkte eller indirekte til reproduksjon – som prevensjon (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26-27). Dette gjenkjennes i våre resultater der kvinnene påpekte kommunikasjonen rundt seksuell helse, hvor det var valget av prevensjon som ble tematisert og ikke samlivet med partner. Kvinnene ønsket at seksuell helse og seksualitet etter fødsel skulle være et større tema under 6-ukerskontrollen. Mange av kvinnene var ikke klare for samleie etter 6 uker og skulle gjerne snakket mer rundt dette. Flere studier som har sett på kvinners seksualitet etter fødsel sammenfaller med våre funn. I studien til Martínez-Martínez et al (2016). kommer det frem at informasjon som formidles om seksualitet under barseltiden ofte er upresis, noe som bidrar til å skape myter, blandende følelser og emosjonelt stress hos kvinnene. Dette kan igjen potensielt kan skape langvarige konflikter i parforholdet (Martínez-Martínez et al, 2016). I studiene til Finlayson et al (2020) og Eikemo et al (2022) vises det til en bekymring rundt seksuell aktivitet samt at endring av lyst skaper angst hos mange kvinner (Finlayson et al, 2020; Eikemo et al, 2022). I en annen studie viste det seg også at mange kvinner ikke føler seg klare etter seks uker, og at det er flere psykiske og fysiske faktorer som er medvirkende på når man velger å gjenoppta seksuallivet (DeMaria et al, 2019). Dette samsvarer også med våre funn.

Smerter og ubehag i underlivet etter fødsel – sjekk meg!

Kvinnene i studien ønsket tilbud om gynekologisk undersøkelse ved 6-ukerskontrollen, et tilbud som man kan takke ja eller nei til etter behov. Ønsket om en gynekologisk undersøkelse var ofte basert på smerter og ubehag i underlivet, enten knyttet til smerter i rifter/episiotomi, hemoroider, bekkenplager, urininkontinens eller redsel for fremfall. Flere av kvinnene oppsøkte privat gynekolog for å få dette gjennomført. Slik retningslinjen for 6-ukerskontrollen er i dag, er gynekologisk undersøkelse kun noe man kan gjennomføre, men ikke noe man må gi tilbud om. I tillegg er innholdet i 6-ukerskontrollen kun svake anbefalinger i retningslinjen. Det er derfor opptil den enkelte helsepersonell om de skal utføre en gynekologisk undersøkelse (Helsedirektoratet, 2014). Våre funn viser at ønsket om en gynekologisk undersøkelse i stor grad handler om behovet kvinnene har for normalisering av

endringer etter fødsel. De ønsker at helsepersonell skal ta kvinnene på alvor, hvor de unngår å sitte igjen med en følelse av å bli avfeid. Kvinnene vil ikke høre at "det går seg til" hvis det er noe de oppriktig bekymrer seg for.

Dette samsvarer med funn i andre studier. I studien til Finlayson et al (2020) fant man at kvinner føler seg uforberedt på de store fysiske endringene etter fødsel. Kvinner føler angst for fødselsskader slik som inkontinens. Kvinnene ønsker mer informasjon fra helsepersonell om hva man kan gjøre og hvilke ulike behandlingsmetoder som kan brukes for å få det bedre (Finlayson et al, 2020). I studien gjort av Kurth et al (2016) viser de til at kvinnene har en forventning om at helsepersonell skal ta ansvar og følge opp, og der det er problemer er det viktig å lage nye avtaler og følge opp over tid (Kurth et al, 2016).

Implikasjoner for praksis

6-ukerskontrollen er en del av dagens barselomsorg i Norge som er lite forsket på. Kontrollen er frivillig, og barselkvinner må selv ta ansvar for at den blir gjennomført. Til tross for at vår studie er liten, er den av betydning siden det ikke er gjort lignende studier i Norge tidligere, oss bekjent. Vi mener vår studie har resultert i verdifull innsikt i kvinners erfaringer med 6-ukerskontrollen som kan ha betydning for videre implikasjoner for praksis. Studien har identifisert aspekter rundt 6-ukerskontrollen som kan forbedres for å imøtekomme kvinnenes behov. Dette kan bidra til økt tilfredshet og forebygge komplikasjoner i et lengre perspektiv.

Våre funn viser at det er behov for en bedre organisering og tilrettelegging av 6-ukerskontrollen. Automatisk innkalling ønskes, og vil være et tiltak som er med på å sikre at alle barselkvinner får tilbudet og muligheten til å gjennomføre 6-ukerskontroll. Det vil være et viktig forebyggende og helsefremmende tiltak for å fremme kvinnehelse, hvor 6-ukerskontrollen kan gi kvinner den støtten de fortjener i en sårbar fase av livet. Automatisk innkalling til 6-ukerskontrollen vil også være i tråd med målene i den nye Nasjonale helse- og samhandlingsplanen om et helhetlig tilbud om svangerskap, fødsels og barselomsorg, og er et av tiltakene som Kvinnehelseutvalget anbefaler i sin rapport (NOU 2023:5).

Funnene våre tilsier at det er grunnleggende at helsepersonell som møter kvinner ved 6-ukerskontroll forstår betydningen av støtte og hvor sårbare kvinner er i denne store overgangen til morsrollen. Helsepersonelllets rolle i å anerkjenne, støtte og veilede ved 6-ukerskontrollen har betydning for kvinnenens selvtillit og deres evne til å mestre utfordringer knyttet til overgangen til morsrollen.

Mer forskning på helhetlige barselomsorgsmodeller i Norge og hvordan jordmødre og kvinner erfarer et slikt tilbud vil kunne gi verdifull kunnskap. Kontinuitet og planlagt oppfølging etter fødsel, inkludert 6-ukerskontroll bør være en naturlig integrert del av jordmørtjenesten, og er et viktig bidrag for en bedre mødre- og kvinnehelse i et livsløp. Vi håper denne oppgaven vil inspirere til videre forskning på barselomsorgen.

7 Konklusjon

Barselkvinnene erfarer 6-ukerskontrollen som stykkevis og delt, og basert på tilfeldigheter. Funnene viser til at automatisk innkalling til 6-ukerskontroll kan være første steg på veien til et mer helhetlig og inkluderende barseltilbud. Våre funn peker på at det vil være hensiktsmessig og nødvendig at 6-ukerskontrollen fungerer som en naturlig integrert del av barselomsorgen, hvor barselkvinnens psykiske, fysiske og seksuelle helse settes på dagsordenen. Vi mener, basert på funn i vår studie, samt tidligere forskning at kommunehelsetjenesten bør tilby helhetlige jordmørtjenester i barseltiden, hvor det tas hensyn til betydningen av relasjon og kontinuitet. Videre forskning bør sette søkelyset mot bedre organisering av 6-ukerskontrollen hvor barselkvinnene kan få individuell tilpasset oppfølging.

Litteraturliste

- Alver, B.G. (2016, 16. juni). *Ansvar for den enkelte*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/ansvar-for-den-enkelte/>
- Ball, J. (1987). *Reactions to motherhood*. Cambridge University Press.
- Barseloppørret. (2021). *Våre krav*. Barseloppørret. Hentet 20. Mars 2024, fra <https://barselopporet.no/krav>
- Bick, D. E. & MacArthur, C. (1995). Attendance, content and relevance of the six week postnatal examination. *Midwifery* 11(2), 69-73. [https://doi.org/10.1016/0266-6138\(95\)90069-1](https://doi.org/10.1016/0266-6138(95)90069-1)
- DeMaria, A. L., Delay, C., Sundstrom, B., Wakefield, A. L., Avina, A. & Meier, S. (2019). Understanding women's postpartum sexual experiences. *Culture, health & sexuality*, 21(10), 1–15. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1543802>.
- Eikemo, R., Vikström, A., Nyman, V., Jonas, W. & Barimani, M. (2022) Support during the postnatal period: Evaluating new mothers' and midwives' experiences of a new, coordinated postnatal care model in a midwifery clinic in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 37(1), 260-270. <https://doi.org/10.1111/scs.13103>
- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M. & Downe, S. (2020) What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLOS ONE*. 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/svangerskap-fodsel-og-barsel>

Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport.pdf>

Helsedirektoratet. (2021). *Tilgang på og behov for jordmødre*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

Johansson, M. & Thies-Lagergren, L. (2023). Home-based postnatal midwifery care facilitated a smooth succession into motherhood: A Swedish interview study. *European Journal Of Midwifery*, 7(8). <https://doi.org/10.18332/ejm/161784>

Kurth, E., Krahenbuhl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Folmli, L. & Conzelmann, C. (2016). Safe start at home: What parents of new borns need after early discharge from hospital - A focus group study. *BMC health services research*. 16(82). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1300-2>

Kvale, S. (1996). *InterViews – An introduction to Qualitative Research interviewing*. SAGE Publications, Inc.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4utg.). Universitetsforlaget.

Martínez-Martínez, A., Arnau-Sánchez, J., Salmerón, J. A. & Velandrino, A. (2016). The sexual function of women during puerperium: A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*, 32(2), 181–94. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1263389>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-id567201/>

Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 – Vår felles helsetjeneste.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

Moosdorff-Steinhauser, H. F. A., Berghmans, B. C. M., Spaanderman, M. E. A. & Bols, E. M. J. (2020). Urinary incontinence 6 weeks to 1 year post-partum: prevalence, experience of bother, beliefs, and help-seeking behavior. *International Urogynecology Journal*, 32, 1817-1824. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04644-3>

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A. & Howell E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal Child Health Journal*, 17(4), 616–623. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>

NEM (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag) (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag.* <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

Nettskjema-diktafon mobilapp – Universitetet i Oslo. (u.å). Hentet 3. januar 2024, fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>

Nettskjema – Universitetet i Oslo. (u.å). Hentet 5. mars 2024, fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/index.html>

NOU 2023:5. (2023). *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>

Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition, international edition). Wolters kluwer.

Raudasoja, M., Vehviläinen-Julkunen, K., & Tolvanen, A. (2022). Passing the test of motherhood? Self-esteem development and birth experience in the transition to motherhood: A longitudinal mixed methods study in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 78, 4246-4260. <https://doi.org/10.1111/jan.15468>

REK, (u.å). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Hentet 5.mars 2024, fra <https://rekportalen.no/#hjem/home>

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2022). *Analyser til kvinnehelseutvalget: Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester på utvalgte områder*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/sved/vedlegg-5.pdf>

Sikt, (u.å). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*. Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Hentet 5.mars 2024, fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>

Socialstyrelsen (2023). *Nasjonale retningslinjer: Graviditet, fødsel og perioden etter*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-graviditet-forlossning-och-tiden-etter/>

Sundhedsstyrelsen. (2022). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Anbefalinger-for-svangreomsorgen>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitative metoder* (5.utg). Fagbokforlaget.

WHO. (2022, 30. mars). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Vedlegg 1 – Invitasjon



Hei alle flotte barselkvinner – vi vil gjerne snakke med dere!

Vi er 3 jordmorstudenter fra Universitetet i Sørøst-Norge (USN) som holder på med masteroppgaven vår: «Hva trenger mamma?» - Barselkvinnens erfaringer med 6-ukers kontrollen.

Vi ønsker å undersøke hvilke erfaringer barselkvinner har med 6-ukerskontrollen og ønsker deltagere til individuelle intervju, digitalt eller fysisk oppmøte med varighet opp til 1 time.



Hvem kan delta?

Barselkvinner som har født innenfor det siste året og snakker godt norsk.

Hvordan delta?

Klikk på lenken, eller QR-koden under for mer informasjon & påmelding:



<https://nettskjema.no/a/389771>

Vi håper å høre fra deg!

Mvh



Ta gjerne kontakt med en av oss om du har spørsmål!

████████████████████@student.usn.no
████████████████████@student.usn.no
████████████████████@student.usn.no

Vedlegg 2 – Informasjonsskjema og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hva trenger mamma?» Barselevinnens erfaringer med 6 ukers kontrollen – en kvalitativ studie.

Formålet med prosjektet

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i vårt forskningsprosjekt i forbindelse med vår masteroppgave i jordmorfag. Formålet er å fremskaffe kunnskap om barselevinnens erfaringer med 6 ukers kontrollen etter fødsel.

Videre følger informasjon om prosjektet og hva deltagelse vil innebære for deg.

Vi ønsker å svare på problemstillingen:

«Hvilke erfaringer har barselevinnen med 6 ukers kontrollen?»

Med dette ønsker vi å få en økt forståelse av kvinners erfaringer med hva de ønsker at skal bli tatt opp og undersøkt på 6 ukers kontrollen. Dette vil kunne være et viktig bidrag inn i utarbeidelse av en strukturert 6 ukers kontroll, som igjen vil kunne sikre at barselevinner får en bedre oppfølging.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi du er barselevinne og kan ha viktig erfaringer om «hva mamma trenger» på 6 ukers kontrollen.

Deltagere som blir med i studien har blitt rekruttert via Facebook og informasjonsskriv utdelt på deres tilhørende helsestasjoner. Vi ønsker mellom 10-15 deltagere.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du helt frem til vi begynner å analysere dataene trekke deg. Dataene vil bli analysert fra og med uke 4, 2024.

Alle opplysningene om deg vil bli anonymisert og det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi skal utføre en kvalitativ studie og for deg som deltager innebærer det at vi vil samle inn data ved å

intervjue deg. Vi er 3 stykker som skriver denne masteroppgaven sammen, men det vil kun være 2 til stede under intervjuet.

- Intervjuene vil foregå på et utvalgt sted vi sammen blir enige om, eller via zoom om du bor med en kjørevei over 2 timer fra Tønsberg.
- Intervjuet vil ha åpne spørsmål om erfaringer med 6 ukers kontrollen etter fødsel.
- Intervjuet vil ta ca. 1 time og det vil bli tatt lydopptak og notater underveis.

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 personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun oss 3 studenter, samt veileder fra USN som vil ha tilgang til opplysningene.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med et nummer som lagres på en egen navneliste adskilt fra de øvrige dataene.
- Forskningsdataene blir lagret gjennom et kvalitetssikret program ved Universitetet i Sørøst Norge for å sikre god beskyttelse av dataene.
- Deltagerne vil ikke kunne bli direkte gjenkjent i publikasjonen, men det vil kunne bli brukt «sitater» som deltagerne selv kan gjenkjenne.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst Norge har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- å be om innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende,

- å få slettet personopplysninger om deg,
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Vi vil gi deg en begrunnelse hvis vi mener at du ikke kan identifiseres, eller at rettighetene ikke kan utøves.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 12.04.24, datamateriale vil oppbevares ut året 2026 i påvente av eventuell publikasjon.

Spørsmål

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

- *Universitetet i Sørøst Norge ved [redacted] (Prosjektveileder), [redacted]
mobil: [redacted]*
- [redacted] (student), epost: [redacted], mobil: [redacted]
- [redacted] (student), epost: [redacted] mobil: [redacted]
- [redacted] (student), epost: [redacted] mobil: [redacted]
- *Vårt personvernombud ved USN: Paal Are Solberg, epost:
personvernombud@usn.no*

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på e-post: personverntjenester@sikt.no, eller på telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

[redacted]
(Prosjektveileder)

[redacted]
[redacted]
[redacted]

Studenter i Master i

Jordmorfag ved Universitetet i
Sørøst-Norge

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hva trenger mamma?» Barselkvinnens erfaringer med 6 ukers kontrollen – en kvalitativ studie, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

Signatur, prosjektdeltager, dato

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Forskningsspørsmål	Tema	Spørsmål
Hvilke erfaringer har barselkvinner med 6-ukers kontrollen	Den konkrete erfaring	<p>Kan du fortelle om din erfaring med 6-ukers kontrollen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Din opplevelse av 6 ukers kontrollen • Hvor ble 6-ukers kontrollen gjennomført? • Hva ble gjort, hva ble det fokusert på? • Hva var positivt, hva fungerte bra? • Var det noe som opplevdes negativt?
	Forventninger	<p>Hvilke forventninger hadde du til 6-ukers kontrollen ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • På hvilken måte opplevde du 6-ukers kontrollen som nyttig for deg? • Hva kunne vært gjort annerledes? Noe du savnet fokus på?
	Strukturert 6-ukers kontroll	<p>Hva er viktig for deg på 6- ukers kontrollen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automatisk oppsatt time til 6 ukers kontroll etter fødsel, eller som nå hvor du bestiller time selv ? • Informasjonsbrev i forkant ? • Strukturert innhold/ eller individuell tilnærming psykisk/fysisk ? • Tid nok? • Lik kontroll uavhengig av ktr hos lege/ jordmor?
	Avrunding av intervjuet	<p>Er det noe du vil tilføye som er viktig for jordmor å vite, eller noe du tenker på som er viktig at vi tar med oss videre i prosjektet? Hvordan har det vært å bli intervjuet?</p>

Vedlegg 4 – SIKT godkjenning

Referansenummer

884354

Vurderingstype

Standard

Dato

24.10.2023

Tittel

"Hva trenger mamma?" Barselkvinnens erfaringer med 6-ukerskontrollen. - En kvalitativ studie

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig

Gente Dani

Student

Kristine Hamer

Prosjektperiode

12.10.2023 - 31.12.2024

Kategorier personopplysninger

- Almennelige
- Særlige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
- Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.07.2026.

Meldeskjema

Kommentar

OM VURDERINGEN Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.). Personverntjenester 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).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5 – Utklipp fra analyseprosessen

Kodegruppe	Subgrupper	Meningsbærende enheter	Kondensat	Kategori
Kontinuitet	<ul style="list-style-type: none"> Betydningen av en trygg relasjon 	<p>Jeg gledet meg til å møte henne, altså den hyggelige personen, og snakke om hvordan denne barseltiden var for meg. Mitt rom på et vis. Og forventningen om å få lov til å vise frem barnet mitt, som hun jo på et vis hadde kjent litt sammen med meg gjennom svangerskapet. (Inf.12)</p> <p>...med min personlighet krever det litt å si hvordan jeg har det. Da må jeg nesten ha en relasjon til en person. Hvis man synes det er litt vanskelig å si hvordan man har det, så tror jeg det er veldig viktig. Da har jo personen, den legen eller jordmoren, møtt deg før, og det er lettere å si til den personen, og det er enklere for mottakeren å se og høre hvordan du har det. Det var mye viktigere enn jeg trodde, så det var litt uheldig for min del at det var noen ukjente både her og der.(Inf.13)</p> <p>Hvis det var noen der du kjente og var litt trygg på, så hadde du kanskje fått fanget opp det litt tidligere. Det ble for min del en veldig hard tid. Jeg strevte veldig første halvåret. (Inf.13)</p> <p>...det er jo på en måte det at jeg tror kanskje det hadde vært litt enklere å snakke med jordmor eller fastlege som hadde kjent og fulgt meg i svangerskapet. Jeg tror kanskje det hadde vært litt enklere å fanga opp, eller få litt mer støtte og hjelp enn jeg klarte å uttrykke det til noen jeg ikke kjente. (Inf.13)</p> <p>...det handler mye om at hun også inviterer til et bekjentskap. At hun gir litt ut over det profesjonelle. Så knyttes vi på en måte sammen litt gjennom at hun deler noe fra sitt liv. Det at man tørr å gjøre det, gjør jo at det blir veldig trygt. Hun har åpenbart lest journal, eventuelt husker veldig godt. Fordi hun kan referere til ting vi har snakket om tidligere. Så jeg har opplevd å ha en rød tråd der. Hun bare møter meg med den samme gode informasjonen, selv om jeg fikk den sist. Og så tror jeg også det var noe med at hun husker å spørre om storesøster. Det er meg som mor til dette barnet, men jeg har også et annet barn. Så det å ha en slags oversikt og interesse for, og varme for, den man møter da. (Inf.12)</p> <p>Men det med relasjonen ... det er jo. Det er bare.. Ja. Jeg har virkelig satt sånn enorm pris på når alle jordmødrene jeg har møtt og som har vist omsorg også for meg. Også, man blir jo mye bedre i stand til, man får mye mer lyst til å gi omsorg når folk gir omsorg til deg. Det er veldig... Det bare ekspanderer liksom... så det er kjempeviktig det. Med en god relasjon og en god tone. (Inf.11)</p> <p>Så jeg synes det burde være naturlig at, en jordmor kunne ha</p>	<p>Jeg strevde veldig det første året, jeg opplevde å ikke bli «fanget opp» tidsnok. Det var litt naivt av meg å tro at det skulle bli like bra å møte noen helt nye som jeg ikke kjente. Jeg trenger å ha en trygg person som jeg har en relasjon med for at jeg skal kunne åpne meg og si hvordan jeg har det. Når jeg har det tungt, så er det jo enda tyngre å måtte brette ut alt på nytt igjen. Jeg tror kanskje det hadde vært litt enklere og blitt «fanget opp» ved å snakke med jordmor som hadde kjent meg og fulgt meg i svangerskapet, hvor jeg kunne fått litt mer støtte og hjelp, enn hva jeg klarte å uttrykke behov for til noen jeg ikke kjente. Jeg hadde på forhånd gledet meg til å møte jordmor, og snakke om hvordan denne barseltiden var for meg. Og jeg hadde forventninger om å få lov til å vise frem barnet mitt, som hun jo på et vis hadde blitt litt kjent med sammen med meg gjennom svangerskapet. Jeg opplevde at hun inviterte til et bekjentskap, som bygget seg opp i gjennom svangerskapet. Jeg opplevde en rød tråd der, en sånn emosjonell relasjon hvor det var en slags oversikt, interesse og varme for meg. Hos legen fikk jeg en følelse av at det ikke var tid eller rom for å åpne seg, og tenkte at jordmor visste mye mer om meg enn hva legen visste. Jeg tror ikke at de temaene man bekymrer seg for tidlig i svangerskapet, nødvendigvis blir så veldig mye annerledes rett før og etter fødsel. Jeg tror jo at de tingene man er opptatt av, kanskje følger en litt i gjennom, og kanskje egentlig også er litt de tingene man er opptatt av når man kommer til 6-ukerskontroll. Og på bakgrunn av det tror jeg</p>	<p>Forslag: Barselkvinnens oppfølging – stykkevis og delt. Tilbudet er etablert, men faller på organisering</p>