

Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid

Barseltiden er en sårbar tid med omstillinger og nye erfaringer. Derfor kan tidlig hjemmebesøk av jordmor øke kvinnes følelse av mestring.

Forfattere

Tine Gammelgaard Aaserud

Jordmor og master i helse og empowerment
Institutt for helse, ernæring og ledelse, Høgskolen i Oslo og Akershus

Sidsel Tveiten

Professor
Institutt for helse ernæring og ledelse, Høgskolen i Oslo og Akershus

Anne Karine Gjerlaug

Høgskolelektor
Institutt for helse ernæring og ledelse, Høgskolen i Oslo og Akershus

Nøkkelord

Kvalitativ studie

hjemmebesøk

Jordmor

Empowerment

Helsefremmende

Sykepleien Forskning 2016 11(59215)(e-59215)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59215>

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Oppholdet på barselavdelingen er gradvis blitt redusert fra fem–seks til cirka to dager de siste årene. Helsepolitiske føringer vektlegger at kvinner og deres familier skal oppleve svangerskap, fødsel og barsel som en trygg, sammenhengende og helhetlig begivenhet.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse kvinnes opplevelser og erfaringer med hjemmebesøk av kommunalt ansatt jordmor i tidlig barseltid.

Metode: Studien er kvalitativ, og vi gjennomførte ni semistrukturerte individuelle intervjuer. Vi analyserte dataene ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse med inspirasjon fra hermeneutisk meningsfortolkning og systematisk tekstkondensering. Studien er forankret i teori om helsefremming, empowerment, mestring, autonomi og relasjonen mellom jordmor og kvinne.

Resultat: Tre hovedkategorier beskriver kvinnes opplevelser og erfaringer med hjemmebesøk av jordmor:

1. opplevelse av å ha kontrollen selv,
2. behov for kunnskap og støtte, og
3. opplevelse av kontinuitet og relasjonen med jordmor.

Konklusjon: Studien tyder på at hjemmebesøk av kommunalt ansatt jordmor kan bidra til at kvinnene opplever at de mestrer sin nye livssituasjon. Å imøtekomme kvinnes individuelle behov synes å fremme empowerment. Den ulike kompetansen jordmødre og helsesøstre har, kan brukes til å utfylle hverandre og bidra til å fremme helse i barseltiden.

Barselomsorgen er gradvis endret de siste årene. Tidligere tilbrakte kvinnen og barnet fem–seks dager på barselavdelingen etter en normal fødsel. Nå reiser de som oftest hjem etter én–to dager, avhengig av kvinnens og barnets helsetilstand (1).

Oppfølgingstilbudet i tidlig barseltid har ikke blitt organisert i takt med disse endringene. De fleste gravide følges opp av jordmor og lege i kommunen gjennom svangerskapet og føder på sykehus med assistanse av jordmor ansatt på sykehuset. Kvinnen flytter til barselhotell eller barselavdeling, der hun treffer flere jordmødre hun ikke kjenner fra tidligere.

Helsesøster er vanligvis den som har første kontakt med kvinnen etter hjemkomsten, sju til 14 dager etter fødselen. Barseltiden er en sårbar tid med omstillinger og nye erfaringer, der de fleste kvinner kan ha behov for kunnskap og støtte. Som følge av svangerskap og fødsel kan både kroppslige, mentale og sosiale endringer være utfordrende for kvinnen (2, 3).

Retningslinjer for barselomsorg

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen ble utgitt i 2014 for å bidra til en faglig forsvarlig og forutsigbar barselomsorg.

Kommunenes barseltilbud er forskjellige i omfang og innhold, og Helsetilsynet påpeker at det oppstår en kritisk periode fra kvinnene forlater sykehuset og frem til de etablerer kontakt med helsestasjonen (1). Samhandlingsreformen gir føringer for økt satsing på det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Reformen foreslår at kommunal jordmortjeneste skal ha en sentral rolle i oppfølgingen av mor og barn de første dagene etter fødsel (4).

Barselomsorgen har til hensikt å bidra til at kvinnen opplever økt mestringsevne og blir i stand til å ta mest mulig styring i sin nye livssituasjon til beste for seg og sin familie (1). Jordmor og helsesøster har forskjellig kompetanse, men deres fokus er tangerende under oppfølgingen i tidlig barseltid. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen anbefaler at begge går på hjemmebesøk (1).

Før Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen ble utgitt, fikk de færreste kvinner hjemmebesøk av jordmor rett etter hjemkomsten, da hjemmebesøk ikke var innbefattet i de kommunale jordmorstillingene. I skrivende stund er det fremdeles få kommuner som har tilrettelagt for tidlig hjemmebesøk av jordmor, og det finnes få studier av barselomsorgen i Norge (1, 5).

Betydningen av hjemmebesøk

Søk etter tidligere forskning på temaet viser at en del studier undersøker barselomsorg på sykehus, mens andre tar for seg kvinner og barseldepresjon. Flere studier konkluderer med at hjemmebesøk av jordmor er betydningsfullt. Konklusjonene bygger på undersøkelser av forskjellen mellom barselomsorg på sykehus og hjemme (6, 7), kvinners erfaring med tidlig hjemreise (8) samt foreldres opplevelse av relasjonell kontinuitet når jordmorstudenter fulgte opp i svangerskaps-, fødsels- og barseltid (9). Videre omhandler en del artikler hjemmebesøk av helsesøster (10). Denne studien utdyper kvinners opplevelser og erfaringer med hjemmebesøk av kommunalt ansatt jordmor kort tid etter hjemkomst fra barsel.

Forskningsspørsmålene våre er som følger:

1. Hvilken betydning kan tidlig hjemmebesøk av jordmor ha for kvinnens opplevelse av mestring i sin nye livssituasjon?
2. Hvordan kan jordmor bidra for å imøtekomme kvinnens behov i forbindelse med hjemmebesøk?
3. Hvilken betydning kan det ha for kvinnen at det er jordmor som kommer på hjemmebesøk?

Studien er forankret i teori om empowerment i betydningen å ha mest mulig kontroll over forhold som kan påvirke egen helse. Studien la vekt på medvirkning, maktomfordeling og anerkjennelse av kvinnens kompetanse på seg selv (11). Sammenhengen mellom relasjonsarbeid, opplevelse av mestring og autonomi kan ses som grunnleggende for helsefremmende arbeid.

Metode

Forskningsdesignet er deskriptivt med eksplorative elementer. Vi valgte kvalitativ metodologi for å belyse problemstillingen (12, 13).

Vi gjennomførte ni semistrukturerte individuelle intervjuer. Intervjuguiden fokuserer på kvinnens opplevelse av ny livssituasjon, mestringsopplevelse i tidlig barseltid, opplevelse og erfaring knyttet til hjemmebesøket av jordmor, og relasjon til jordmor.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har vurdert at studien faller utenfor deres mandat (referansenummer 2013/1140 A). Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (prosjektnummer 34872) og er gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer (14).

Deltakere

Siden førsteforfatteren hadde kjennskap til feltet, kontaktet hun leder for helsetjenesten og jordmor i de tre kommunene som hadde prosjekt med tidlig hjemmebesøk av jordmor. Samme jordmor utførte de fleste hjemmebesøkene. Kvinnene ble rekruttert ut fra tilgjengelighetsutvalg (15). Førsteforfatter anmodet jordmødrene i kommunene om å rekruttere fortløpende etter gjennomført besøk for å unngå selektiv rekruttering. Alle kvinnene som ble spurt, samtykket i å delta i studien.

Inklusjonskriteriene var følgende: friskt barn født til termin, mottatt hjemmebesøk av jordmor én til seks dager etter fødsel, norsktalende samt at deltakelse ikke var unødig belastende. Deltakerne var seks førstegangsfødende og tre flergangsfødende. Hjemmebesøkene ble utført av fire forskjellige jordmødre.

Datainnsamling

Førsteforfatteren, som ikke kjente til kvinnene fra før, foretok datainnsamlingen. Hun intervjuet kvinnene i sine hjem i perioden november 2013 til januar 2014. Kun mor og barn var til stede under intervjuene, som varte i gjennomsnitt én time. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og transkribert ordrett.

Analyse

Vi analyserte dataene med inspirasjon fra hermeneutisk meningsfortolkning og systematisk tekstkondensering (12, 16). Den systematiske fremgangsmetoden for tekstkondensering bidro til hensiktsmessig håndtering av mye tekst. Samtidig bidro prinsippene for hermeneutisk meningsfortolkning til å fremme gyldige fortolkninger ut fra et hermeneutisk perspektiv. Dette perspektivet innebærer at enhver forståelse er avhengig av hvilken forforståelse som ligger til grunn (12).

Tabell 1 viser de fire trinnene i analyseprosessen.

Tabell 1: Trinn i analysen

Trinn i analysen	Hensikt	Resultat
1. Gjennomlesninger og helhetsinntrykk	Få overblikk og danne seg inntrykk av materialet	Skriftlig helhetsinntrykk og økt innsikt i materialets innhold
2. Meningsfulle enheter	Finne alle relevante momenter/ enheter i teksten Åpen for alle inntrykk, sikre at alt relevant kommer med	42 sider med meningsfulle enheter, sortert i 17 fargekoder
3. Kondensering	Få frem mening, sortere materialet hensiktsmessig / meningsfortetning, identifisere underkategorier	12 underkategorier
4. Abstrahering	Inndeling av hovedkategorier Overordnet forståelse av materialet	3 hovedkategorier

Førsteforfatteren leste gjennom materialet gjentatte ganger. Hun noterte ned refleksjoner og tanker underveis før helhetsinntrykket ble nedskrevet. Kondenseringen foregikk i en vekslende prosess, med alle forfatterne, frem og tilbake mellom forskningsspørsmål, helhetsinntrykk og meningsfulle enheter. Abstraheringen foregikk på samme måte. Forskningsspørsmål, helhetsinntrykk og underkategorier ble vurdert i lys av hverandre frem til inndelingen ga mening ut fra funn og forskningsspørsmål. Under analyseprosessen fokuserte vi på å være bevisste på forforståelsen, ved hjelp av notater og drøftinger, for å sikre gyldige fortolkninger.

Resultater

Tabell 2 viser kategoriene som kom frem under analysearbeidet.

Tabell 2: Underkategorier og hovedkategorier

Underkategori	Hovedkategori
1. Godt å komme hjem	I
2. Være forberedt på hjemmebesøk	Opplevelse av å ha kontrollen selv
3. Trygt, nyttig og litt skummelt	
4. Mestringsopplevelser som mor	
5. Få svar på spørsmål	II
6. At partner deltar i hjemmebesøket	Behov for kunnskap og støtte
7. Råd og veiledning ut fra behov	
8. Støtte og bekreftelse er viktig	
9. Samtalen kan fortsette fra svangerskapet	III
10. Jordmor kjenner meg	Opplevelse av kontinuitet og relasjon med jordmor

Opplevelse av å ha kontrollen selv

Kvinnene opplevde at hjemmebesøket medvirket til trygghet og ro i en hektisk barseltid. Flere fortalte at de så frem til besøket av jordmor. Kvinnene var kjent med hva jordmor kunne tilby på hjemmebesøket, og hjemmebesøket var frivillig og avtalt på forhånd. Dermed følte kvinnene at de var forberedt på hjemmebesøket og hadde situasjonen under kontroll:

«Når du kommer hjem, får du en helt annen ro enn å være på sykehuset, da kan man bedre tenke over ting som man lurer på eller vil ta opp.»

«Det var veldig greit at vi var forberedt ... hele prosessen blir sånn naturlig og uformell.»



«Kvinnene følte seg tryggere når de fikk støtte og bekreftelse fra jordmoren.»

Før hjemmebesøket beskrev flere av kvinnene at de trodde besøket skulle innebære kontroll eller vurdering av hjemmet og dem som foreldre. En av mødrene beskrev det som «skummelt». Alle kvinnene beskrev tryggheten ved og nytten av å få hjelp ut fra sine egne behov som det viktigste ved hjemmebesøket:

«Det inntrykket hadde jeg fått på forhånd, det var det andre hadde gitt meg, at da skal de sjekke at det er ordentlig hos deg og alt mulig, men så sikkert også fordi det var jordmor, føltes det bare som at det var en venn som var på besøk, en venn som har kunnskapen i tillegg.»

Kvinnene beskrev forskjellige mestringsopplevelser knyttet til at ting var som forventet, og at de mestret nye roller og oppgaver. En kvinne opplevde stor mestringsfølelse i forbindelse med fødselen. Hun beskrev det som viktig å dele sin opplevelse med jordmoren på hjemmebesøket:

«Så det var jo veldig deilig, for nå har jeg endelig fått det til, fått bekreftelse på det.» (amming).

«Da gjorde vi alt sjøl ... jeg følte veldig på mestringsfølelsen.»

Behov for kunnskap og støtte

Det er viktig at kvinnene får svar på spørsmål, råd og veiledning på hjemmebesøket. Deltakerne beskrev samtalen med jordmor om svangerskapet og fødselen som viktig for forståelse og bekreftelse:

«Vi hadde forberedt oss ... skrevet ned spørsmål sånn at vi fikk spurt om det vi lurte på.»

«Så prata vi mye om fødselen ... det hadde jeg veldig behov for – nå var det jo henne jeg fortalte hva jeg følte rundt eller hadde forhåpninger om før fødselen ... så hun hadde jo vært involvert hele veien, selv om hun ikke var der på selve fødselen.»

Partnerens rolle i hjemmebesøket ble fremhevet som vesentlig fordi partneren kunne støtte kvinnen. Partnerens spørsmål og opplevelser ble ivaretatt:

«Det var bra at han også kunne være med, da får vi samme informasjon, og han hadde noen spørsmål.»

Flere beskrev at det var vanskelig å forberede seg godt nok til barseltiden, og at det kunne være vanskelig å finne frem i tilgjengelig informasjon:

«Uansett hvor godt man har forberedt seg, så kan man aldri forberede seg nok, for man vet ikke hva som kommer.»

Kvinnernes behov for råd og veiledning varierte fra enkle råd og bekreftelser på det normale til mer omfattende veiledning om blant annet amming, fødselen eller hvordan man håndterer overveldende følelser. Kvinnene beskrev at de følte seg tryggere i sin nye rolle når de fikk støtte og bekreftelse fra jordmoren:

«Jeg føler meg ganske mye tryggere på jordmor, det er fordi at jeg veit at hun er jordmor, hun kan også meg, ikke bare barnet.»

«Det er viktig å høre når man er så usikker og emosjonell og veldig redd for at man skal gjøre noe feil.» (om bekreftelse).

Opplevelse av kontinuitet og relasjon med jordmor

Hjemmebesøket ble beskrevet som meningsfylt og uformelt. Kontinuiteten i relasjonen mellom kvinnen og jordmoren kom frem da kvinnen fortalte at jordmor var kjent med hvordan hun hadde hatt det i svangerskapet, og at samtalen «fløt» med én gang. Flere beskrev at de fortsatte samtalen med jordmor under svangerskapskonsultasjonene på helsestasjonen:

«Med jordmor er det liksom ‘hei, hvordan gikk fødselen?’ ... og da flyter praten med én gang.»

«Jordmor veit jo hvordan ting har vært fra dag én, det blir en annen samtale.»

Flere av kvinnene fortalte at de følte seg trygge på å snakke om sine følelser og opplevelser. Relasjonen til jordmoren var viktig og så ut til å kunne styrke kvinnens opplevelse av mestring. En av kvinnene kjente ikke jordmoren fra før, men beskrev at hun syntes besøket var nyttig fordi hun fikk god hjelp og støtte:

«Det hadde ikke vært like lett å sitte og åpne seg om følelser og om fødselen sin med en som ikke kjenner deg litt fra før.»

«Når vi pratet sammen og jeg fortalte henne om alt, så fikk jeg puste, jeg ble lettet.»

Diskusjon

Kvinnene følte seg trygge på å reise tidlig hjem fra barsel når de visste at jordmoren skulle komme innen et par dager. Når informasjon om besøket var gitt i forkant, kunne kvinnen ta kontroll over situasjonen selv og velge om hun ville benytte seg av tilbudet. Vi tolker dette som at forutsigbarhet var viktig for kvinnene. En norsk studie bekrefter at det å kunne velge selv, gir trygghet (17). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har kvinnen rett til å velge om hun vil motta hjemmebesøk (18).

Det at kvinnene trodde at besøket innebar kontroll, kan forstås som at kvinnene var i en sårbar situasjon i sin nye rolle. Det kan også ha innvirket at relasjonen var asymmetrisk fordi kvinnen hadde behov for jordmorens hjelp. Ruyter med flere hevder at autonomi ikke er en konstant, men varierer ut fra den enkeltes tilstand og situasjon (19). Barselkvinnen er i en sårbar situasjon, og man kan derfor si at hennes autonomi kan være begrenset. Relasjonsarbeid kan bidra til å styrke og gjenvinne autonomi for den berørte i relasjonen (20, 21). I etterkant av hjemmebesøket var det ingen av kvinnene som følte at besøket var en kontroll. Det kan tenkes å henge sammen med at det var en kjent relasjon mellom kvinnen og jordmor samt at jordmor hadde kompetanse på relasjonsarbeid.



«Alle kvinnene hadde behov for å drøfte spørsmål knyttet til barnets vekt og amming.»

Annen forskning viser at kvinner som har fått hjemmebesøk, er mer fornøyde enn dem som har vært på barselavdeling. Antakelig henger dette sammen med det travle miljøet på sykehuset samt at kontinuiteten og den relasjonelle interaksjonen mellom kvinnen og jordmoren oppfattes som viktig (7, 8). Når kvinnen føler seg imøtekommet og har tillit til jordmoren og hennes kompetanse, kan hun gjennom relasjonsarbeidet øke sin egen forståelse og selvtillit. Dermed får hun bedre mulighet til å ta rette og autonome avgjørelser for seg og sitt barn. Dette er viktig for å danne et trygt grunnlag for tilknytning mellom mor og barn og for barnets helse videre i livet (20).

Behov for kunnskap og støtte

I fasen der ammingen bare så vidt var kommet i gang, var det viktig med veiledning i amming og mating. Amming er hensiktsmessig både for barnets ernæring og tilknytning. Veiledning om amming i tidlig barseltid samt hjemmebesøk kan bidra til å fremme amming over tid (22, 23). Alle kvinnene hadde behov for å drøfte spørsmål knyttet til barnets vekt og amming. Andre viktige temaer var forståelse av barnets signaler, søvnbalanse og egen helse.

Denne studien viser at det å kunne imøtekomme barnets behov, kan bidra til at kvinnene føler mestring. Andre studier bekrefter at barnets helse og velbefinnende er avgjørende for at mødrene skal kjenne seg trygge (6, 24, 25). Det så ut til at når kvinnene følte seg trygge på forhold rundt barnet, kunne de begynne å tenke på seg selv og egne behov. Samtale om fødselen var viktig for kvinnene. Vi forstår det som at drøfting av forventninger og faktiske opplevelser kunne bidra til økt forståelse for fødselsforløpet. De fleste beskrev det som hensiktsmessig og naturlig å ha samtalen med jordmoren som de kjente fra før. Imidlertid beskrev én kvinne at hun syntes det var nyttig selv om de ikke var kjente fra før.



«Kvinnene opplevde det som trygt å snakke med en jordmor de kjente fra svangerskapet.»

Aune med flere fant at oppmerksomheten under hjemmebesøk var mer rettet mot opplevelser og erfaringer fra svangerskap og fødsel enn på fremtidige momenter (9). Disse funnene kan bekrefte at opplevelsen av sammenheng og forståelse av forløpet er viktig for kvinnene. Det kan styrke holdepunktet for at jordmorfaglig kompetanse er viktig i tidlig barseltid. Kvinnene ga uttrykk for at det var vanskelig å forberede seg tilstrekkelig til barseltiden, og det føltes trygt når jordmoren kunne bidra med sin kunnskap og kompetanse. Kvinner kan ha behov for støtte til å ta vare på seg selv i den første uken av barseltiden (26, 10).

Hensikten med veiledning er å styrke kvinnen slik at hun gjennom økte kunnskaper og ferdigheter kan styrke selvtilliten og selvbildet. Dermed kan hun håndtere sin nye livssituasjon på en bedre måte og selv ha makt, styring og kontroll i situasjonen (27, 28). Studien synes å vise at oppmerksomhet på individuelle behov og mestring bidro til å fremme empowerment hos kvinnen, hvilket er sammenfallende med funn i andre studier (8, 9, 29).

Det var viktig for de fleste at partneren kunne være med på hjemmebesøket. Når begge får anledning til å drøfte sine spørsmål og tanker, kan det fremme muligheten for et positivt og likeverdig samarbeid i deres nye familiesammensetning (30, 31). Hvis kvinnen først får informasjon og senere skal dele denne informasjonen med partneren, kan det bidra til en asymmetrisk relasjon (19, 20).

Opplevelse av kontinuitet og relasjon med jordmor

Studien viser at kvinnene opplevde det som trygt å snakke med en jordmor de kjente fra svangerskapet, og som hadde kompetanse både på det nyfødte barnet og på dem som kvinner. Kontinuitet i relasjonen hevdes å kunne medvirke til at kvinnene kan ha tillit til jordmorens ekspertise, råd og veiledning, samt at jordmoren styrker deres tro på egne ressurser (9, 32).

Flere av kvinnene beskrev at den første tiden var overveldende. Barseltiden er sårbar for kvinnen fordi det skjer store endringer i kvinnens liv (20, 33, 34). Jordmorens kommunikasjons- og relasjonskompetanse synes å ha betydning for kvinnenes nytte av hjemmebesøket. Razurel med flere fremhever at emosjonell og sosial støtte er mer vesentlig enn praktisk kunnskap i tidlig barseltid (35). Hvorvidt kvinnene hadde utfordringer eller et normalt forløp, syntes å spille liten rolle for behovet for støtte og bekreftelse fra jordmor. Når jordmoren støttet og bekreftet kvinnene i deres valg eller forståelse av situasjonen, kunne det gi kvinnene trygghet, tillit til seg selv og mestring. Disse momentene er hovedpunkter i empowerment-tenkningen og kan derfor tolkes som at jordmor kan bidra til å fremme empowerment hos kvinnen (11, 28).

Jordmoren kan bruke sin kompetanse og tidligere relasjon med moren til å imøtekomme hennes individuelle behov (32, 36). Det kan være en mulighet for kontinuitet selv om kvinnen og jordmoren ikke kjenner hverandre fra svangerskapet. Jordmorens fagkompetanse kan bidra til at kvinnen kan oppleve helhet og kontinuitet i sin forståelse av forløpet. Studier viser at kvinner er meget fornøyde med jordmors informasjon og veiledning under hjemmebesøk (7, 8).

«Hvorvidt kvinnene hadde utfordringer eller et normalt forløp, syntes å spille liten rolle for behovet for støtte og bekreftelse fra jordmor.»

Jordmors og helsesøsters oppgaver under hjemmebesøket tangerer hverandre, og begge kan blant annet gi ammeveiledning. Begge fokuserer på helsefremming og inkluderer både familien, kvinnen og det nyfødte barnet, men de har ulik kompetanse. Jordmor har kompetanse på kvinnehelse, svangerskap, fødsel og barseltid (37). Hun kommer på hjemmebesøk én til seks dager etter hjemreise, der hun i hovedsak fokuserer på kvinnen og det nyfødte barnet. Jordmor kan blant annet bidra til å styrke kvinnen i sin nye livssituasjon, noe som kan medvirke til at hun utvikler sin kompetanse som mor. Helsesøster har kompetanse på barn, unge og deres familie (38). Hun kommer på hjemmebesøk seks til 14 dager etter hjemreise, med søkelyset rettet mot barnets helse og oppvekst i familien. Helsesøster kan blant annet bidra til positiv tilknytning og gode familierelasjoner.

Bedre samarbeid og forståelse mellom helsesøstre og jordmødre under hjemmebesøkene kan bidra til at oppfølgingstilbud i tidlig barseltid i høyere grad tilpasses kvinnen, barnet og familiens individuelle behov. Videre er det sannsynlig at økt tverrfaglig samarbeid og kunnskap om hverandres kompetanser kan bidra til god utnyttelse av ressurser og kompetanser.

Studiens validitet

Studien belyser kvinners opplevelser og erfaringer med hjemmebesøk av kommunalt ansatt jordmor i tidlig barseltid. Temaet er lite belyst tidligere i norske studier. Førsteforfatteren er jordmor med erfaring fra kommunal jordmortjeneste. Hun kjenner til forholdene rundt temaet studien ønsker økt kunnskap om. Denne kjennskapen kan medvirke til at spørsmålene i intervjuguiden har stor relevans, men kan også medvirke til at momenter blir oversett eller undervurdert. Vi forsøkte å redusere denne risikoen ved å klarlegge forforståelsen gjennom hele forskningsprosessen (12, 16, 39).

Det at førsteforfatteren er jordmor, kan ha påvirket kvinnene slik at negative sider ved hjemmebesøket ikke ble oppgitt av frykt for å virke uvennlige. For å redusere faren for en slik påvirkning, informerte førsteforfatteren om sin rolle som forsker før intervjuet. Det kom ikke spørsmål av jordmorfaglig karakter under eller etter intervjuet. Refleksjoner ble notert umiddelbart etter intervjuet og brukt som validering i analyseprosessen. Vi anser det som styrkende for studiens gyldighet og troverdighet at intervjuene er gjort på kvinnenes arena (40). Kvinnene ble rekruttert av lokalt ansatte jordmødre ut fra tilgjengelighet, noe som kunne ha påvirket til at kvinnene hadde en kjent holdning til hjemmebesøk av jordmor (15). Denne påvirkningen ble søkt redusert ved at kvinnene ble rekruttert fortløpende etter hjemmebesøk. Dette kan styrke studiens validitet.

Konklusjon

Studien viser at en kommunalt ansatt jordmor vil kunne bidra til en opplevelse av helhet og kontinuitet ved å ha jevnlig kontakt med kvinnen gjennom svangerskapet og frem til hjemmebesøk. Besøket kan gi anledning til å imøtekomme individuelle behov hos kvinnen på bakgrunn av den kjente relasjonen og jordmors kompetanse på kvinnehelse, svangerskap, fødsel og barseltid. Når kvinnen føler hun blir sett som «ekspert på seg selv», får medvirke i prosessen med å finne de beste løsningene og dermed ha kontrollen over sin egen livssituasjon, kan det bidra til å styrke kvinnens empowerment.

Hjemmebesøk av jordmor kan således bidra til å fremme kvinnens opplevelse av mestring og styrke kvinnens empowerment, noe som vil være helsefremmende både for kvinnen, barnet og familien. Jordmor og helsesøster har forskjellig kompetanse, og hjemmebesøk av begge kan være hensiktsmessig i et helsefremmende perspektiv. Det tverrfaglige samarbeidet er viktig, og det trengs mer forskning på god utnyttelse av ressurser og kompetanse.

Les invitert kommentar fra praksis: Jeg vil i enda større grad støtte og bekrefte kvinnene og deres partnere.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien. Oslo. 2014. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>. (Nedlastet 18.06.2015).
2. Venheim MA. Barselomsorg : Plager og komplikasjoner. I: Tegnander E, Brunstad A. (red). Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde. Oslo: Akribe; 2010.

3. Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2007;21(2):220–8.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Regjeringen. 2009.
5. Den norske jordmorforening. Høringssvar. 2015. Tilgjengelig fra: http://www.jordmorforeningen.no/Media/Filer/Hoerings svar/Dnj_hoeringsvar_prioteringer_helsetjenesten_2015. (Nedlastet 15.05.15).
6. Hildingsson IM, Sandin-Bojö A-K. «What is could indeed be better» – Swedish women’s perceptions of early postnatal care. *Midwifery*. 2011;27(5):737–44.
7. Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S, Hauck Y, Schmied V. Western Australian women’s perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and Birth*. 2010;23(1):10–21.
8. Johansson K, Aarts C, Darj E. First-time parents’ experiences of home-based postnatal care in Sweden. *Uppsala Journal of Medical Sciences*. 2010;115(2):131–7.
9. Aune I, Dahlberg MU, Ingebrigtsen O. Parents’ experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*. 2012;28(4):432–8.
10. Hjälmhult E, Lomborg K. Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers’ experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2012;26(4):654–62.
11. Tveiten S. Empowerment og veiledning : sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Gammersvik Å, Larsen T. (red). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. 2012.
12. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2009.
13. Polit DF, Beck CT. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins. 2012.
14. De nasjonale forskningsetiske komiteer. *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. 2006. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>. (Nedlastet 18.06.2015).
15. Thagaard T. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. 2013.

16. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget. 2013.
17. Henriksen L. Hva betyr helhet og kontinuitet i svangerskap, fødsel og barselomsorg for kvinner? En evaluering av Barsel hjemme, et prosjekt fra Oslo. 2010.
18. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter. 2. juli 1999; nr. 63. [Pasient- og brukerrettighetsloven].
19. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2014.
20. Schibbye A-LL. Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi. Oslo: Universitetsforlaget. 2012.
21. Goering S. Postnatal reproductive autonomy: promoting relational autonomy and self-trust in new parents. *Bioethics*. 2009;23(1):9–19.
22. Hansen MN. Barseltiden og amming. I: Tegnander E, Brunstad A. (red). *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo: Akribe. 2010.
23. Kronborg H, Vaeth M, Kristensen I. The effect of early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment. *Public health nursing (Boston, Mass)*. 2012;29(4):289–301.
24. Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2008;8:27.
25. Persson EK, Fridlund B, Kvist LJ, Dykes A-K. Mothers' sense of security in the first postnatal week: interview study. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(1):105–16.
26. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The perinatal maternal health promotion model. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2013;58(6):613–21.
27. Tveiten S. *Veiledning: mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget. 2013.
28. Askheim OP. Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi? Oslo: Gyldendal Akademisk. 2012.
29. Askelsdottir B, Lam-de Jonge W, Edman G, Wiklund I. Home care after early discharge: impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*. 2013;29(8):927–34.

30. Rudman A, Waldenstrom U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:178.
31. Ellberg L, Högberg U, Lindh V. «We feel like one, they see us as two»: new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery.* 2010;26(4):463–8.
32. Hunter B, Berg M, Lundgren I, Ólafsdóttir ÓÁ, Kirkham M. Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery.* 2008;24(2):132–7.
33. Brodén M. Graviditetens muligheder: en tid hvor relationer skabes og udvikles. København: Akademisk Forlag. 2004.
34. Reinart L, M. Barselomsorg; Plager og komplikasjoner. I: Tegnander E, Brunstad A. *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde.* Oslo: Akribe. 2010.
35. Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery.* 2011;27(2):237–42.
36. Aune I, Dahlberg U, Ingebrigtsen Or. Relational continuity as a model of care in practical midwifery studies. *British Journal of Midwifery.* 2011;19(8):515–23.
37. Rammeplan for jordmorutdanningen. Oslo: Regjeringen. 2005. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf. (Nedlastet 18.06.2015).
38. Rammeplan for helsesøsterutdanningen. Oslo: Regjeringen. 2005. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269386-rammeplan_for_helsesosterutdanning_05.pdf. (Nedlastet 18.06.2015).
39. Fog J. Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview. København: Akademisk Forlag. 2004.
40. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today.* 2004;24(2):105–12.