



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Kommunejordmødres erfaringer fra barselomsorg til kvinner som har gjennomgått keisersnitt– En kvalitativ studie

Elisi Beathe Klingan

Veileder: Solrunn Hansen

JMO-3008 Masteroppgave i jordmorfag, Mars, 2023

Antall ord: 15190

Forord

Da nærmer det seg slutten på en lang, men spennende reise. Masteroppgaven markerer at slutten på to lærerrike og utfordrende år som student snart er over. Arbeidet med masteroppgaven har vært en svært lærerik prosess, som til tider har virket uoverkommelig å gjennomføre alene. Det har vært som en emosjonell karusell, med mange opp- og nedturer. Jeg har valgt et tema som jeg finner svært interessant og brenner for, som vil ha direkte relevans for det jeg ønsker å jobbe med. Gjennom arbeidet har jeg fått en dypere innsikt og forståelse for barselkvinnens særegne behov og hva min kommende rolle som jordmor innebærer.

Jeg ønsker først og fremst å si tusen takk til samboeren min og vår lille datter, for tålmodighet og støtte som har holdt meg oppe når det har blåst som hardest. Takk til venner og familie som har tatt seg tid til å stille opp med gode råd og språkvask. Takk til medstudent Elle som vært en god samtalepartner og som har bidratt med sine kunnskaper.

Tusen takk til alle jordmødrene som stilt opp til intervju! Takk for at dere ønsket å bidra med deres innsikt, kunnskaper og erfaringer. Det har virkelig vært inspirerende å få innblikk i deres engasjement innenfor barselomsorg og kvinnehelse.

Takk til læreropponent Ingvild Aune for gode og konstruktive tilbakemeldinger. Takk til medstudenter Sigrid og Sigrun for godt opponentskap og tilbakemeldinger.

Sist, men ikke minst! Tusen takk til min veileder førsteamanuensis Solrunn Hansen for god veiledning, tålmodighet og støtte. Du har villig delt av dine kunnskaper og kompetanse, noe jeg setter umåtelig stor pris på.

Elisi Beathe Klingan

Hamarøy, mars 2023

Sammendrag

Tittel: Kommunejordmødres erfaringer fra barselomsorg til kvinner som har gjennomgått keisersnitt– En kvalitativ studie

Hensikt: Få frem et nyansert perspektiv av den særegne omsorgen i barseltiden til kvinner som har gjennomgått keisersnitt, samt utfordringene.

Problemstilling: Hva er kommunejordmødres erfaringer fra barselomsorg til kvinner som har gjennomgått keisersnitt?

Metode: Kvalitativt design. Semistrukturerte individuelle intervju av åtte jordmødre. Materialet ble analysert med systematisk tekstkondensering (STC) inspirert av Malterud.

Resultater: Tre kategorier identifiserte; relasjonell kontinuitet har betydning for tidlig hjemmebesøk, jordmor istandsetter og myndiggjør kvinnen gjennom informativ kontinuitet og tidlig hjemmebesøk og tidlig hjemmebesøk er prisgitt ytre rammefaktorer og samarbeid. Disse tre kategoriene understreker betydningen av den kontinuerlige kvaliteten i jordmor-barselkvinne relasjonen.

Konklusjon: Den relasjonelle kontinuiteten var grunnleggende for alt, bærebjelken i oppfølgingen, den styrket jordmors omsorg til kvinnene med keisersnitt. Informativ kontinuitet forberedte kvinnene på det som kom i barseltiden og for veien videre etter tidlig hjemmebesøk. Tidlig hjemmebesøk var en unik mulighet til å gi informasjon og veilede den nye familien, samt avslutte relasjonen på en profesjonell og respektfull måte. Tjenesten fungerte for de fleste jordmødrene, men de kunne møte utfordringer i forhold til organisatorisk kontinuitet, samhandling og rammebetingelser. Jordmødrene strakk seg langt for å yte et så godt og helhetlig tilbud som mulig.

Nøkkelord: Barselomsorg, keisersnitt, tidlig hjemmebesøk av jordmor, relasjonell kontinuitet, informativ kontinuitet, organisatorisk kontinuitet.

Abstract:

Topic: Primary-care-midwives' experiences of postnatal care for women who undergone caesarean section – A qualitative study

Aim: Bring forward a nuanced perspective of the distinctive postnatal care of women who have undergone caesarean section, as well as the challenges midwife's encounter.

Research thesis: Experiences of midwives in the primary healthcare service with postnatal care for women who have undergone a caesarean section.

Method: Qualitative methodology. Individual semi-structured interviews with eight midwives. The material was analyzed with systematic text condensation (STC) inspired by Malterud.

Results: Three categories identified; relational continuity have importance for early home visits, the midwife prepare and empowers the woman through informative continuity and early home visits and early home visits are at the mercy of external framework factors and collaboration. These three categories underline the importance of continuous quality in the midwife-woman relationship.

Conclusion: Relational continuity was fundamental to everything, the foundation, it strengthened the midwives' care for the women with caesarean section. Informative continuity prepared the women for what to expect during the postnatal period and for the road ahead. Early home visits were a unique opportunity to provide information and guidance to the new family, as well as ending the relationship between midwife- women. The service worked for most of the midwives, they could face challenges in relation to management continuity and framework conditions. The midwives went to great lengths to provide as holistic care as possible.

Key words: *Postnatal care, caesarean section, home visit by midwives, relational continuity, informative continuity, management continuity.*

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.1.1	Kvinner utfordringer i barseltiden etter gjennomgått keisersnitt.....	2
1.1.2	Barseltiden.....	2
1.1.3	Kvinner og jordmødres erfaring med barseltiden.....	3
1.2	Hensikt og problemstilling	4
1.3	Avklaring og presisering	4
1.4	Masteroppgavens oppbygning.....	5
2	Teoretisk rammeverk.....	6
2.1	Jordmorfaglig modell	6
2.2	Kontinuitet i omsorg.....	7
2.3	Empowerment i jordmorfaglig kontekst.....	8
3	Metode.....	9
3.1	Forskningsmetode, design og vitenskapelig perspektiv	9
3.1.1	Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	9
3.2	Forforståelse	10
3.3	Utvalg, inklusjonskriterier og rekruttering	10
3.3.1	Strategisk utvalg og inklusjonskriterier.....	10
3.3.2	Rekruttering.....	11
3.3.3	Presentasjon av utvalget	11
3.4	Semistrukturerte individualintervju	11
3.5	Praktisk gjennomføring av intervju	12
3.6	Klargjøring av datamaterialet	13
3.7	Analysemetode	13
3.8	Fremgangsmåte for analyse	13
3.9	Forskningsetikk	15

4	Resultat.....	18
4.1	Relasjonell kontinuitet har betydning for tidlig hjemmebesøk	18
4.2	Jordmor istandsetter og myndiggjør kvinnen gjennom informativ kontinuitet og tidlig hjemmebesøk	21
4.3	Tidlig hjemmebesøk er prisgitt ytre rammefaktorer og samarbeid	24
5	Diskusjon.....	27
5.1	Resultatdiskusjon.....	27
5.1.1	Relasjonell kontinuitet har betydning for tidlig hjemmebesøk	27
5.1.2	Jordmor istandsetter og myndiggjør kvinnen gjennom informativ kontinuitet og tidlig hjemmebesøk	31
5.1.3	Tidlig hjemmebesøk er prisgitt ytre rammefaktorer og samarbeid	35
5.2	Metodediskusjon.....	39
5.3	Implikasjon for praksis	43
6	Konklusjon og avslutning.....	44
	Referanseliste	45
	Vedlegg	49
	Vedlegg 1. Informasjonsskriv	49
	Vedlegg 2 Intervjuguide.....	51
	Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD - Norsk senter for forskningsdata	52
	Vedlegg 4 Muntlig samtykkeerklæring.....	54
	Vedlegg 5 Datahåndteringsplan	55
	Vedlegg 6 ROS- analyse	57
	Tabell T1 Prosessen fra meningsbærende enheter til resultatkategori- et eksempel.....	60

1 Innledning

Jeg ønsker å belyse hvilke erfaringer kommunejordmødre i Norge har med barselomsorg til keisersnittforløste kvinner, gjennom en kvalitativ tilnærming og med motivasjonsgrunnlag i egne praksiserfaringer.

Tidlig hjemmebesøk av jordmor er fremhevet i Nasjonale faglige retningslinjer som en viktig arena for å jobbe helsefremmende og sykdomsforebyggende. Barselomsorgen i sin helhet er et tjenestetilbud som er av helsefremmende karakter, og setter fokus på å iverksette aktuelle individuelle tiltak i forkant av sykdom eller uhelse. Jordmor spiller en sentral rolle i barseloppfølgingen (Helsedirektoratet, 2014), hun er i en særstilling fordi det ofte er utviklet en relasjonell tilknytning til kvinnene i svangerskapet (Aune et al., 2021). Jordmor er den som er kvalifisert til å vurdere kvinnens og familiens velbefinnende den første tiden etter fødsel og hjemkomst (Forskrift til rammeplan for jordmorutdanning, 2005). Kvinnene og familie står i barseltiden i en sårbar situasjon som kan by på mange utfordringer og store endring (Helsedirektoratet, 2014). Kvinner med keisersnitt er en gruppe som i tillegg til de normale fysiologiske og emosjonelle utfordringene etter fødsel, er i sær sårbar situasjon med andre tilleggs utfordringer både fysiske og psykiske (Puia, 2013). Studien er samtidsaktuell i en tid der fødsels- og barselomsorgen har vært utsatt for mye debatt og det har vært kritikk av tjenestetilbudet til kvinner i barselomsorgen.

1.1 Bakgrunn

Det å bli foreldre er et av livets store begivenheter, foreldrene skal tilpasse seg nye roller og bli kjent med den nyfødte. Det er viktig at barseltiden er preget av hvile og ro, og at den nye familien får omsorgsfull støtte og veiledning fra jordmor (Helsedirektoratet, 2014). I denne tiden er det en rekke fysiologiske, anatomiske og psykologiske prosesser som foregår i kvinnekroppen. Fødselsopplevelsen og følelser rundt svangerskap og fødsel skal bearbeides og tilknytningsprosessen til det nyfødte barnet skal videreutvikles (Binnie et al., 2017).

Kvinner som har gjennomgått keisersnitt kan ha særskilte utfordringer i barseltid.

Utfordringer for kvinnene kan være knyttet til smerter, infeksjonsfare, mobilisering, amming, psykiske problemstillinger og mor- barn tilknytning (Basset, 2017) som kan fordre økt behov for støtte, oppfølging og veiledning. Etter hjemreise fra spesialisthelsetjenesten, overtar kommunehelsetjenesten den videre barselomsorg som ledd i en samhandlingskjede, som skal

sikre kontinuitet og individuell oppfølging. Nasjonal faglig retningslinjer i barselomsorg (2014) beskriver ikke noe spesifikk oppfølging av kvinner med keisersnitt, utover mulighet for ekstra hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2014).

1.1.1 Kvinners utfordringer i barseltiden etter gjennomgått keisersnitt

Kvinner som har gjennomgått keisersnitt kan ha fysiske og emosjonelle utfordringer uavhengig av elektive eller akutte keisersnitt (Puia, 2013). De kan oppleve høyere smerteintensitet ved bevegelse og kan ha flere funksjonelle begrensninger enn kvinner som har gjennomgått en vaginal forløsning (Pereira et al., 2017). Smertelindring kan være avgjørende for kvinnens mobilitet og kapasitet. En norsk studie viste at praktisk hjelp, hvile, avlastning, tilstrekkelig smertelindring og støtte fra jordmor etter akutt keisersnitt var viktig for kvinnene under barseloppholdet i spesialisthelsetjenesten (Mørch et al., 2019). Keisersnittforløste kvinner kan vær hyppigere utsatte for å måtte søke akutt helsehjelp etter hjemreise fra barselavdelingen, enn de som har en normal fødsel (Barimani et al., 2013).

1.1.2 Barseltiden

Nasjonal faglige retningslinjer i barselomsorgen (2014) gir en sterk anbefaling om at jordmor foretar hjemmebesøk innen et til to døgn etter hjemreise fra barselavdeling. Kvinner som tidligere har god erfaring med amming, fødsel og barselid kan få besøket lagt til dag tre. Kvinner med ammeutfordringer, hjemmefødsler, kompliserte fødselsforløp- herunder keisersnitt og annen risiko, bør tilbys ytterligere hjemmebesøk første uken. Jordmors oppfølging av kvinnene og den nyfødte avsluttes vanligvis etter første uke etter hjemkomst og overtas av helsesykepleier (Helsedirektoratet, 2014).

Jordmor i kommunehelsetjenesten er en viktig støttespiller for familien og skal bidra med veiledning og rådgivning slik at de selv klarer å mestre den nye livssituasjonen. Gjennom god støtte kan foreldrene oppleve trygghet og styrket mestringsevne (Helsedirektoratet, 2014). NICE guideline anbefaler helsepersonell å være lydhør for barselkvinnens behov og preferanser, det skal være rom for informerte valg og brukermedvirkning når det omhandler egen og barnets helse og omsorg (NICE, 2021).

1.1.3 Kvinners og jordmødres erfaring med barseltiden

Det finnes mangelfull forskning på oppfølging av barselkvinner med keisersnitt, både ut fra kvinne- og jordmor perspektivet. Studier som tar sikte på å belyse tema på generell basis har gjerne overførbarhet.

Etter implementeringen av tidlig hjemmebesøk av jordmor i 2018, ble det publisert en norsk studie med jordmødre. Studien belyste jordmors erfaringer med den organisatoriske endringen i tidlig barseloppfølging. Tidlig hjemmebesøket ga jordmødrene kontinuitet i omsorgen, en opplevelse av profesjonell vekst der de fikk brukt mer av sin jordmor kompetanse, de skapte trygghet for seg selv og for de nye foreldrene. De erfarte en avslutning av oppfølgingen. Tidsbegrensning under hjemmebesøket var utfordrende for jordmødrene. De måtte dra fra sårbare kvinner som trengte ekstra omsorg. Jordmødrene strakk seg langt for å gi den nye familien et barseltilbud av høy kvalitet. Jordmødrene erfarte at de løste problemer ettersom de oppstod, de var fleksible og løsningsorienterte (Levorstad et al., 2022).

En norsk studie som intervjuet førstegangsfødende, fremhever betydningen av å knytte relasjoner til jordmor og helsesykepleier allerede i svangerskapet. Kontinuitet og trygghet var med på å øke mestringsfølelsen hos de førstegangsfødende. Det kunne være positivt for disse kvinnene å bli introdusert for helsesykepleier i svangerskapsomsorgen for å bygge tillitt, lette overgangen fra jordmor til helsesykepleier og avklare roller og forventninger (Tveit & Söderhamn, 2015).

Som jordmor er det viktig å lytte til brukerperspektivet. En norsk studie intervjuet kvinner om erfaringer med tidlig hjemmebesøk av jordmor. Studien viste at jordmor kan bidra til økt mestring i den nye livssituasjonen som nybakt mor. Kvinnene erfarte at jordmor kan bidra med støtte og kunnskap tilpasset kvinnens behov. Spesielt verdsatte de opplevelsen av kontinuitet og helhetlig omsorg når jordmor fulgte de gjennom både svangerskapet og barseltilbud. Relasjonen med jordmor opplevdes som trygg og bidro til tillitt til jordmors veiledning og råd (Aaserud et al., 2016).

Brukererfaringer med den norske fødsel- og barselomsorgen gjennomført i 2016 viser stort sett gode erfaringer, men med variasjoner blant institusjoner. Særlig påpektes overgangen fra

spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten til å være svake punkter i forløpet. (Folkehelseinstituttet, 2017).

En studie fra Sverige undersøkte hvor fornøyde kvinner var med støtten og kontinuitet i oppfølgingen i svangerskaps-, barselomsorgen og helsestasjonstjenesten, studien belyste de to første ukene etter fødsel. Kvinnene var fornøyde med oppfølgingen fra helsestasjonstjenesten, men savnet oppfølging av jordmødre. Kvinnene poengterte manglende kontinuitet i omsorgskjeden og utilstrekkelig støtte til fysiske- og emosjonell helse. Studien konkluderte at for å sikre relasjonell kontinuitet og øke mestring, måtte de tre instansene ha et profesjonelt samarbeid for å garantere kvaliteten på omsorgen til de nybakte mødrene (Barimani et al., 2015).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få økt innsikt i jordmødres erfaringer og opplevelser med barselomsorgens tjenestetilbud til kvinner med keisersnitt i kommunehelsetjenesten. Studien skal kunne fremskaffe ny kunnskap, ha nytteverdi og forbedre tjenestetilbudet for en allerede sårbar gruppe. Problemstilling som belyses er:

«Kommunejordmødres erfaringer fra barselomsorg til kvinner som har gjennomgått keisersnitt».

Jeg ønsker særskilt å få frem jordmors erfaringer med hva som bidrar til ivaretagelse av kvinner etter keisersnitt, gjennom tidlig barseltid, etter hjemkomst fra barselavdelingen og til tidlig hjemmebesøk. Hvilke utfordringer møter jordmor i oppfølgingen av disse kvinnene?

1.3 Avklaring og presisering

-Tidlig barseltid defineres i studien som de to første ukene etter postpartum. Barseltiden regnes som de første seks ukene etter fødselen

-Den engelske benevnelsen *empowerment* vil bli benyttet i studien, det er et nyansert og veletablert begrep som vanskelig lar seg oversette til norsk., men et forsøk på dette er “myndiggjøring”.

1.4 Masteroppgavens oppbygning

Denne masteroppgaven er oppbygd etter IMRaD-modellen og utgjør seks kapitler, som er følgende: 1. Innledning som inkludere bakgrunn, hensikt og problemstilling samt avklaring og presisering. Kapittel 2. Presentasjon av oppgavens teoretiske rammeverk. Kapittel 3. Metode, design, fremgangsmåte for studien, redegjørelse av analyseprosess og forskningsetikk. Kapittel 4. Resultater, presentasjon av studiens funn. Kapittel 5. Diskusjon av studiens funn, metodediskusjon og implikasjon for praksis. Kapittel 6. Konklusjon. Det benyttes referansestil APA 7th i studien, i henhold til UiTs retningslinjer.

2 Teoretisk rammeverk

2.1 Jordmorfaglig modell

Denne studien tar utgangspunkt i en jordmorfaglig modell av Karlsdóttir & Halldórsdóttir, A Theory of Professionalism in Midwifery for the Empowerment of Childbearing Woman (2022), teorien belyser hvordan jordmor istandsetter og myndiggjør kvinnen -*empowerment*- i svangerskap og fødsel. Teorien består av fem hovedaspekter og illustrerer hvilken essens, karakteristika og kompetanse en god profesjonell jordmor bør inneha for å bli sett på av kvinnen som en profesjonell jordmor som imøtekommer den gravides og partnerens individuelle behov (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

1. Profesjonell kompetanse: Grunnleggende kompetanse for jordmorfaget, jordmor er kompetent innenfor sitt fagfelt og gjør korrekte kliniske vurderinger, som alltid setter kvinnen og barnets sikkerhet først. Hun arbeider evidensbasert og yter tilpasset omsorg, samt dokumenterer hvilken omsorg og behandling hun har gitt. Jordmor tilstreber å vedlikeholde kontinuitet i omsorgen.
2. Profesjonell omsorg: Jordmor bryr seg genuint om kvinnen og partneren, er åpen og sensitiv for deres behov og viser omsorg gjennom sin fulle og hele oppmerksomhet. Jordmor virker som parets advokat og taler deres sak når det er nødvendig. Jordmor er respektfull for deres menneskeverd, opptrer støttende, respekterende og tar hensyn til kvinnens rett til autonomi og selvbestemmelse.
3. Mellommenneskelig kompetanse: Jordmor utvikler et relasjonelt partnerskap med kvinnen bygget på gjensidig tillit. Hun har evnen til å styrke og myndiggjøre kvinnen og jobber sammen med paret i et team. Hun vet hvordan hun skaper profesjonell intimitet og gir rom for at kvinnen kan uttrykke seg fritt og være seg selv.
4. Profesjonell visdom: Jordmor er vis og dedikert til jordmorkunst og vitenskap. Hun øker sin kompetanse gjennom erfaring og kunnskap, og vet hvordan hun innlemmer dette i praksis. Jordmor skaper en trygg og komfortabel setting, og hun er tro mot konfidensialiteten mellom henne og paret. Hun kjenner sine egne begrensninger og søker hjelp og assistanse når det er nødvendig.

5. Personlige og faglige utvikling: Jordmor tilstreber personlig og faglig utvikling, og kjenner til verdien av livslang læring, hun er reflektert over eget arbeid og bruker dette aktivt for å evaluere og forbedre eget tilbud (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

Ved at den profesjonelle jordmor innehar kompetanse innenfor alle de fem hovedaspektene, vil hun bli sett på og oppfattet som en profesjonell jordmor av kvinnene. Hun blir som en uunnværlig ressurs som følger paret gjennom svangerskap og fødsel. Kvinnen erfarer at den profesjonelle jordmor viser dem genuin omtanke, er respektfull, profesjonell, innehar positiv adferd og er mellommenneskelig sensitivitet. Kvinnen opplever en relasjon mellom henne og den profesjonelle jordmor, preget av trygghet, velvære, tillit og aksept. Det gir igjen kvinnen økt selvtillit, slik at hun stoler på sin egen kropp i forbindelse med graviditet og fødsel og dermed kan føler seg vellykket som fødekvinne (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

Teorien benytter benevnelsen *childbearing woman* som gir assosiasjoner til svangerskapet og fødesituasjonen. Det er i denne studien valgt å la begrepet favne også barseltiden som en naturlig del av forløpet av det å få barn.

2.2 Kontinuitet i omsorg

Kontinuitetsbegrepet presenteres ved modellen fra Haggerty et al. (2003), som definerer kontinuitet som «*Kontinuitet er i hvilken grad en rekke diskrete helsehendelser oppleves som sammenhengende og forbundet og konsistent med pasientens medisinske behov og personlige kontekst*». Begrepet kontinuitet i omsorg skiller seg fra andre omsorgsbegrep gjennom to kjerneelementer som begge må være til stede før det kan defineres som kontinuitet i omsorgen. Disse er at omsorgen er fokusert på enkeltindividet og at omsorgen ytes over tid. Den ene ikke kan virke uten den andre. Kontinuitetsbegrepet viser ikke til hvordan en arbeider som helsepersonell, men hvordan pasienten opplever sammenhengende integrerte omsorgstjenester som mottas og ytes over tid (Haggerty et al., 2003).

Ifølge Haggerty et al. (2003) er det tre ulike dimensjoner innenfor kontinuitet som kan være integrert i hverandre, nærmere bestemt relasjonell, informativ og organisatorisk kontinuitet. Relasjonelle kontinuitet viser til det terapeutiske forholdet mellom helsepersonell og brukeren av en tjeneste, der de forholder seg til en eller flere faste omsorgsgivere, og den etablerte

relasjonen gir brukeren en opplevelse av sammenheng og forutsigbarhet. Informativ kontinuitet handler om overføring av relevant pasientinformasjon fra en fagperson til en annen. Ofte i dokumentasjonsform, men det kan også være personfokuset kunnskap som pasientens preferanser, verdier og kontekst fra helsearbeiderens eget minne. Organisatorisk kontinuitet viser til fleksibilitet og tilpasset omsorg til pasientens omstendigheter og behov som ytes på en utfyllende og tidsriktig måte i det sammenhengende behandlingsforløpet. (Haggerty et al., 2003).

2.3 Empowerment i jordmorfaglig kontekst

Begrepet *empowerment* kan defineres som en sosial prosess som har til hensikt « ...å identifisere, styrke og fremme folks muligheter til å møte egne behov, løse egne problemer og mobilisere nødvendige ressurser slik at man kan oppleve kontroll i eget liv» (Gibson, 1991 sitert i Tveiten, 2020, p. 75).

I en jordmorfaglig kontekst viser Hermansson og Mårtensson (2011) til at *empowerment* kan forstås som en pågående sosial- og dynamisk prosess mellom jordmor og paret, hvor det utvikles en tillitsfull relasjon preget av gjensidig respekt og integritet, basert på blant annet bekreftelse, forberedelse, styrke, lydhørhet, handlekraft og tilrettelegging. En prosess med samtale og interaksjon mellom jordmor og paret gjør det mulig å mobilisere nødvendige ressurser og styrke parets egne evner. Paret er deltagende i en prosess som omhandler dem selv, og de blir myndiggjort til å ta egne informerte valg. Det er viktig at jordmor bidrar med faglig kunnskap, opptrer støttende og viser omsorg i denne prosessen (Hermansson & Mårtensson, 2011).

3 Metode

3.1 Forskningsmetode, design og vitenskapelig perspektiv

For å besvare problemstillingen ble det i studien valgt kvalitativ metode med semistrukturerte intervju. Den kvalitative metoden er egnet for å få en dypere innsikt i jordmødrenes egne erfaring, tanker, holdninger og opplevelser i oppfølgingen av barselkvinner med keisersnitt (Malterud, 2017). Gjennom intervju av jordmødre ble det samlet systematisk empiriske data, som igjen ble satt i system og tolket ved å benytte systemisk tekstkondensering (STC) som ble sett opp mot den teoretiske omrammingen til prosjektet (Malterud, 2017).

3.1.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Det ble hentet inspirasjon fra en fenomenologisk tilnærming for å undersøke fenomenet kommunejordmødres erfaringer og utfordringer i møte med keisersnittforløste kvinner. Fenomenologien er ofte beskrevet som læren om det som viser seg og kommer til syne, og er rettet mot hvordan subjektet erfarer verden (Thornquist, 2018). Målet var å forstå jordmors subjektive erfaringer, holdninger og opplevelser i arbeidet med barseloppfølging av kvinner med keisersnitt. For å muliggjøre en forståelse hos forskeren, må egne kunnskaper og erfaringer settes i parentes eller såkalt bracketing, for deretter å rette blikket mot jordmors subjektive erfaringer og livsverden for å kunne beskrive essensen i fenomenet så nøyaktig og redelig som mulig (Malterud, 2017). I følge Malterud (2017) setter systemisk tekstkondensering (STC), som ble benyttet i analysen, ingen krav eller begrensninger til forskerens kvalifikasjoner innenfor filosofisk kompetanse utover en grunnleggende forståelse. Nye perspektiver og informantenes empiri skal få tre frem. På tross av dette, erkjennes det at forskerens posisjon som fortolker vil ha innflytelse og betydning for den kunnskapen som trer frem i materialet når man benytter seg av STC som analysemetode. Det er perspektivet som legger føringer for hvilket fenomen som trer frem, ergo samme fenomen kan bli fortolket ulikt, sett ut fra den enkeltes virkelighetsforståelse til perspektivet, dette er trekk som stammer fra sosialkonstruktivisme. STC har inspirasjon fra Giorgis fenomenologiske analysemetode, men er ikke en fenomenologisk metode. Fellestrekk med fenomenologi kan ses som at de subjektive erfaringene fra menneskets livsverden er gyldig kunnskap. I STC fremheves en gjengivelse av de mest aktuelle sider ved et fenomen vi belyser skal fremstilles så presist og redelig som mulig i analysen (Malterud, 2017).

3.2 Forforståelse

Forforståelsen er det individuelle utgangspunktet som forskeren bringer med seg inn i prosjektet, som vil påvirke alle deler av forskningsprosessen, alt fra hvordan man samler, leser og tolker data (Malterud, 2017). Erfaringer, observasjoner og opplevelser fra praksisfeltet som jordmorstudent var bakgrunnen for at jeg ønsket å belyse barselomsorgen til keisersnittforløste kvinner. Jeg hadde en oppfatning om at det var variasjoner i oppfølgingstilbudet til kvinnene, samt keisersnittets særegenhet sett i lys av de var postoperative kvinner, syntes å vektlegges ulikt blant jordmødre. Gjennom ulike møter med keisersnittforløste kvinner hadde jeg reflektert over at noen kvinner kunne hatt nytte av tettere oppfølging i den første tiden etter hjemkomst. Forforståelsen kan være en motivator for forskningen, men kan også være en begrensende faktor som overdøyer ny kunnskap fra å tre frem (Malterud, 2017).

3.3 Utvalg, inklusjonskriterier og rekruttering

3.3.1 Strategisk utvalg og inklusjonskriterier

Målet var å finne informanter som hadde erfaringer som ville gi relevant og nyttig informasjon til prosjektet. Et strategisk utvalg ble vurdert som egnet på grunn av en strategi tuftet på nøye utvalgte deltagere håndplukket for å kunne belyse problemstilling best mulig ut fra særskilt interesse (Malterud, 2017). Et strategisk utvalg er avgjørende for å få problemstillingen belyst og få god informasjonsstyrke. Det var ønskelig med et utvalg som kunne gi variasjonsbredde og dybde i datasamlingen. I følge Malterud (2017) bestemmes utvalgets størrelse ut fra informasjonsstyrken. Kvalitative studier har sjelden et stort utvalg av empiriske data fra mange deltagere og intervjuer. Masteroppgavens omfang og tidsbegrensinger gav imidlertid rammer for datamengden som kunne prosesseres.

Inklusjonskriterier for studien var jordmødre med stilling i kommunehelsetjenesten, ansiennitet minst et år som jordmor i norsk kommunehelsetjeneste, etter innføring av tidlig hjemmebesøk i 2018. Jordmødre skulle ha erfaring fra kommunehelsetjenesten med oppfølging av barselkvinner som hadde gjennomgått keisersnitt. Et krav var å beherske norsk skriftlig og muntlig for å unngå misforståelser og språkbarrierer.

3.3.2 Rekruttering

For å få et variert utvalg var det hensiktsmessig å rekruttere med geografisk spredning. Nettsiden på Facebook «Jordmødre i Norge» med om lag 3000 medlemmer ble benyttet for å komme i kontakt med jordmødre som ønsket å delta. Innlegget ble postet i flere omganger på gruppens side med kort informasjon om studien samt kontaktinformasjon til forskerens e-post ved UiT for ytterligere informasjon og tilsending av informasjonsskriv (Vedlegg 1). Ved første posting rekruttertes totalt 5 jordmødre fra ulike deler av landet der to av jordmødrene fastsatte avtale umiddelbar. De resterende jordmødrene som hadde meldt interesse, var det utfordrende å få direkte kontakt med. Etter nye innlegg ble det til slutt 6 jordmødre som stilte opp til intervju. For å rekruttere flere, tok jeg direkte kontakt med jordmødre som jeg ble tipset om av andre jordmødre - et såkalt tilgjengelighetsutvalg med snøballteknikk, der jeg fikk andre til å rekruttere for meg og som jeg ikke kjente fra tidligere (Malterud, 2017). Ytterligere to jordmødre ble rekruttert. Rekrutteringsperioden var fra starten av november 2022 til medio desember 2022.

3.3.3 Presentasjon av utvalget

Det endelig utvalg var åtte jordmødre som oppfylte inklusjonskriteriene og stilte til intervju. Informantene representerte alle landets regioner med fordeling mellom land- og bykommuner, og ingen med stilling i samme kommune. Ansiennitet var i gjennomsnitt 19 år (fra 4,5 år til 30 år), med snitt på 9 år (fra 3 år til 20 år) i kommunehelsetjenesten.

3.4 Semistrukturerte individualintervju

Materialet i datasamlingen ble fremskaffet gjennom semistrukturerte intervjuer. Intervjuformen baseres delvis på fastlagte spørsmål, men gir også jordmødrene tid og rom for å reflektere rundt egne erfaringer (Malterud, 2017). Under intervjuet bruktes en forhåndsdefinert intervjuguide (vedlegg 2) som huskeliste med hovedspørsmål og hjelpespørsmål for å holde struktur. Jordmødrene fikk snakke fritt rundt tema og styrte samtalen, dermed var det noe variasjon i intervjuene og noen spørsmål i guiden ble besvart i ulik grad (Malterud, 2017). Hovedspørsmålene var sentrert rundt problemstillingen i prosjektet - se intervjuguiden. Etter tre gjennomførte intervju, ble spørsmålene justert for å sikre data som var relevant for å besvare problemstilling. Ifølge Malterud (2017) er det ikke nødvendig å gjennomføre pilotintervjuer som ekskluderes i fra analysen. Forskerens

entusiasme i oppstarten av datasamlingen gir ofte fruktbar dialog som gir oss god innsikt i empirisk data. Grunnet lite erfaring med intervju gjennomførtes et pilotintervju av en jordmor kollega, uten lydopptak og transkribering.

3.5 Praktisk gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført fra medio november til slutten av desember 2022. Under intervjuene var kun informanten og forskeren til stede. Intervjuene varierte mellom 39-60 minutter, med gjennomsnitt 46 minutter. Fysisk oppmøte var å foretrekke av hensyn til non-verbale kommunikasjoner og en fortrolig atmosfære (Malterud, 2017). Informanten bestemte møtested og tidspunkt. Kun et intervju var med fysisk oppmøte og de resterende ble på grunn av lang reisevei gjennomført digitalt på Microsoft Teams med lyd-bilde. Lydopptak av intervjuet ble gjort ved å bruke Diktafon app fra Nettskjema.no på to enheter i tilfelle den ene enheten sviktet (UiO, 2016).

Under intervjuet var det overordnet å få tilgang til ekte og relevant empirisk data fra jordmor. Ved å vektlegge en fri og fortrolig samtale gjennom å formidle ro og at informanten skulle føler seg ivaretatt og trygg, la jeg til rette for at informanten kunne dele av sine erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017). Jeg vektla å lytte med et åpent sinn og forsøkte å ikke la meg farge av egne forutinntatte antagelser, motivasjoner og forforståelse. Relasjonen mellom informantene og meg var medvirkende til hvor dypt samtalen ble. Prosjektets problemstilling var også bidragsytende for å få dybde i samtalen.

Før oppstart av intervjuet samtalte vi uformelt for å bli kjent. Intervjuene starter med en kort presentasjon av masterprosjektet etterfulgt av muntlig samtykke og en forsikring om at informanten hadde fått informasjonen belyst nærmere i kap. 4. Ved avsluttet intervju hadde vi en kort gjennomgang av hovedinntrykk som jeg satte igjen med som forsker, og informanten kunne kommentere uklarheter eller presisering (Malterud, 2017). Under intervjuene noterte jeg stikkord som senere ble sammenfattet i feltnotatene. For å ikke miste viktig informasjon, noterte jeg rett i etterkant av intervjuene utfyllende refleksjoner, kommentarer og beskrivelser. Kortfattetheten av notatene under selve intervjuet var en bevisst handling for å ikke ta bort fokuset fra selve samtalen der informanten var i sentrum. Feltnotatene er en viktig del av prosjektloggen og kunne være en viktig del av analysen (Malterud, 2017)

3.6 Klargjøring av datamaterialet

Intervjuene ble ordrett og eksakt transkribert fra lydopptak til tekst. Transkriberingen måtte være så autentisk som mulig, slik at informantens meninger og erfaringer ble formidlet på en riktig og lojal måte (Malterud, 2017). Transkriberingen ble av meg, gjort fortløpende mens samtalen enda var friskt i minne. Etter de første transkriberinger ble det vurdert om intervjuguiden måtte justeres. Transkriberte datamaterialet på 97 sider og i underkant av to sider feltnotater ble brukt i analyseprosessen.

3.7 Analysemetode

Systemisk tekstkondensering (STC) ble benyttet i analyseprosessen av materialet. I følge Malterud (2017) er metoden velegnet for både typen empiri og for nybegynnere. STC har en detaljert fremgangsmåte for hvordan analyseprosessen skal foregå på en systematisk og overkommelig måte. Systemisk tekstkondensering består av fire trinn:

- 1). Danne seg et helhetsinntrykk og identifisere foreløpige tema.
- 2). Identifisere meningsbærende enheter og danne kodegrupper.
- 3). Kondensering – fra koder til abstrahert meningsinnhold.
- 4). Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater (Malterud, 2017).

3.8 Fremgangsmåte for analyse

Første analysetrinnet besto av en gjentatt gjennomgang av det transkriberte materiale for å danne seg et helhetsinntrykk og gjøre seg kjent med materialet. Jeg forsøkte å sette teoretisk referanseramme og forforståelsen midlertidig til side for å stille meg åpent til hva materialet hadde å formidle (Malterud, 2017). Det oppsto 12 foreløpige tema: «helhetlig omsorg og kontinuitet», «tilgjengelighet», «praktisk bistand», «keisersnittet-kvinnens særskilte situasjon», «relasjon», «Overføring imellom tjenestenivå og samarbeid», «informasjon», «rammer», «ansvarsområde», «tjenestetilbudet», «Individuell oppfølging» og «Annet».

I analysetrinn to samlet jeg meg om tre-fem reviderte foreløpige tema, som etter hvert skulle utgjøre kodegruppene (Malterud, 2017). Jeg gjennomgikk intervjuene flere ganger, linje for linje, for å utelukke at jeg ikke hadde gått glipp av relevant tekst. Jeg endte på fire reviderte foreløpige tema, som var *Jordmor har kunnskaper og erfaringer, tjenestetilbudet, kvinner med keisersnitt og deres særskilte situasjon og annet som dannet grunnlaget for*

kodegruppene. All tekst som bar med seg relevant kunnskap for kodegruppene og problemstillingen, systematiserte jeg med fargekoder. Denne prosessen kalles for koding av meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene ble så tatt ut av sin sammenheng og flyttet i oversiktlige tabeller under hver sin kodegruppe. Resterende tekst ble foreløpig lagt til side (Malterud, 2017). Alle veivalg ble dokumentert i prosjektloggen. Noen meningsbærende enheter krysset flere kodegrupper. En gruppe som het *annet* rommet meningsbærende enheter som var relevant for problemstillingen, men som ikke passet i andre kodegrupper. På dette tidspunktet innså jeg at jeg måtte ta noen skritt tilbake, fordi alt ble uklart for meg. Jeg gjentok analysetrinn to på nytt, de meningsbærende enhetene ble fordelt og jeg endte opp med tre reviderte foreløpige tema, som la grunnlag for kodegruppene *mellommenneskelig*, *jordmor oppgavene* og *rammer* (Tabell 1). Gjennom systematiseringen av de meningsbærende enheten, begynte jeg om mulig å danne meg et bilde over mulige subgrupper.

Tabell 1. Oversikt over de tre kodegruppene med tilhørende subgrupper fra trinn 2

Kodegrupper og subgrupper fra analyseprosessen		
Kodegrupper		
Mellommenneskelig	Jordmor oppgavene	Rammer
Subgrupper		
Det relasjonelle forholdet mellom jordmor og kvinne	Forberede til fødsel og barseltid etter keisersnitt	Rammebetingelser for tjenestetilbudet
Tid og tilgjengelighet	Observasjon og tiltak av jordmor	Overføring mellom tjenestenivå
Rom for å bearbeide fødselsopplevelsen	Jordmor informerer og gir veiledning	Samarbeid med helsesykepleier og alternative bidragsytere i barselomsorgen
Avslutte på en langvarig oppfølging	Kontinuitet i oppfølgingen	

I analysetrinn 3 abstraherte jeg den sorterte informasjonen og hentet ut mening ved å kondensere innholdet fra alle de meningsbærende enhetene som var fargekodet sammen i tabellen (Malterud, 2017). Ved å gjennomgå hver kodegruppe og se etter nyanser og meningsaspekter, sorterte jeg materialet i subgrupper. Malterud (2017) anbefaler at materialet bør sorteres i to-tre subgrupper pr. kodegruppe. Jeg endte med henholdsvis fire, fire og tre subgrupper. Hver subgruppe utgjorde en analyseenhet og utfra hver enkelt analyseenhet skulle det dannes et kondensat. Kondensatet var en samlende tekst av deltagerens stemmer, som skulle bære med seg det konkrete innholdet fra hver enkelt meningsbærende enhet.

Kondensatet sammenfattet det aktuelle i subgruppen og deltagerens egne ord og begreper ble benyttet i kondensatet (Malterud, 2017). Et gullsitat fra transkripsjonen for hver subgruppe ble valgt ut. Sitatet representerte og bar med seg innhold fra alle de meningsbærende enhetene i den aktuelle subgruppen (Malterud, 2017).

I analysetrinn 4 ble delene satt sammen igjen- rekontekstualisere. De fortolkede syntesene ble sammenfattet for å gi nye beskrivelser. Kondensatene ble brukt til å skape en sammenfattet analytisk tekst for hver sub- og kodegruppe som var lojal mot det opprinnelige innholdet og deltagerens stemme. Hvert kondensat fikk sitt tilhørende gullsitat som understreket og konkretiserte hvert hovedfunn. Den analytiske teksten ble skrevet i tredjepersonform for å skape en analytisk distanse. Resultatkategoriene har fått nye navn flere ganger i prosessen, som kan ses på som en validering av funnen, der jeg ser de opp mot de funnen de var hentet fra. Jeg har gått tilbake i de opprinnelige intervjuene ved flere anledninger for å validere og underbygge at det jeg har skrevet i kondensatet, er i tråd med det opprinnelige materialet (Malterud, 2017). Et eksempel av prosessen fra meningsbærende enheter til resultatkategori ligger som vedlegg til studien (Vedlegg 7, Tabell T1).

3.9 Forskningsetikk

Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal bidra til ivaretagelse og beskyttelse av helse og rettigheter, samt stimulere til respekt for alle mennesker (Malterud, 2017). Helsinkideklarasjonen, etiske retningslinjer som er sentral for all medisinsk forskning på mennesker har vært grunnleggende i arbeidet med denne studien (Malterud, 2017; World Medical Association, 2013). All norsk forskning er regulert av lover og forskrifter, jeg har påsett at forskning i studien er i tråd med gjeldene lovverk (Forskingsetikkloven, 2017; Helseforskningsloven, 2008; Personopplysningsloven, 2018)

Personidentifiserbare opplysninger i prosjektet krevde meldeskjema til NSD Norsk senter for forskningsdata for vurdering om prosjektet er i tråd med personvernlovgivning og herunder krav til personvern, datasamling, lagring og sletting av datamateriale samt en lovlig rett for å behandle personopplysninger (NSD, u.å.). Personidentifiserbare data i prosjektet er navn fra muntlig samtykke og stemme i lydfiler samt indirekte personopplysninger som ansiennitet og by- eller landkommune for sitt virke. Bakgrunnsopplysninger som kunne identifisere informanten ble holdt på et minimumsnivå og rapportert på gruppenivå, og risiko for identifisering vurderes som liten. Vurdering fra NSD for gjennomføring av prosjektet med innsamling av personopplysninger på et lovlig grunnlag forelå i oktober 2022 (Vedlegg 3).

Informert samtykke var grunnleggende for deltagelse i studien (Malterud, 2017).

Informasjonsskrivet (Vedlegg 1) informerte om tema og formål, kriterier for å delta, frivillig deltagelse med samtykke, rettigheter i forhold til tilbaketrekking av samtykker, rett til innsyn, endring og sletting av opplysninger, samt en forsikring om ivaretagelse av personvern.

Deltageren skal være trygg på at vi ivaretar deres anonymitet og personvern på en tilfredsstillende måte i prosjektet (Malterud, 2017). Det ble også presisert at informant er bundet av helsepersonelloven jf. Taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999, § 5), og kan ikke utlevere pasientopplysninger/-beskrivelser. Informanten ble oppfordret til å ikke dele med andre om sin deltagelse i studien, da det kunne føre til gjenkjenning. Deltageren måtte muntlig samtykke til å delta i prosjektet (Vedlegg 4) i egen lydfil i Nettskjema som slettes etter 6 måneder.

I forbindelse med intervjuene kunne det komme opp følelsesmessige reaksjoner og refleksjoner som krenker jordmødrenes egen integritet og utfordrer deres holdninger og verdier. I det informanten deler av sine empiriske data utsetter hun seg for en viss risiko for misbruk og fordreining av det hun har fortalt, samt en viss fare for å bli gjenkjent i materialet på grunn av studiens størrelse. Disse momentene kan gi informanten indre psykisk uro/ubehag og kan være hemmende for at jordmor er tilbakeholdene i sine fortellinger. Det er derfor viktig at jeg som forsker hedrer min integritet og konfidensialitet i forholdet til min informant. Forholdet mellom meg som forsker og jordmødrene som deltar bør bygge på trygghet, lojalitet, respekt og tillit (Malterud, 2017). Deltageren kan ha nytteverdi av å delta i studien da det kan gi rom for refleksjon over egen arbeidspraksis. Ved refleksjon og samtale rundt de ulike spørsmålene i intervjuguiden kan både positive og negative aspekter bli belyst

og som igjen setter i gang noen prosesser for forbedring eller videreutvikling. Hvis studien kan vise til ulike positive eller negative funn ved tjenestetilbudet til kvinner med keisersnitt, kan det være grunnlag for større studier som kan endre praksis i fagfeltet på lengere sikt. Helsemessig og samfunnsmessig vil alle kvinner kunne dra nytte av forbedringer og videreutvikling av barselomsorgen.

All datahåndtering, lagring og sletting av data i masterprosjektet er i henhold til UiTs retningslinjer for behandling av personopplysninger i forskings- og studentprosjekt. Intervju ble gjennomført digitalt med Microsoft Teams med lyd-bilde, i tråd med retningslinjer fra UiT (UiT, 2022). Lydopptak av intervju og muntlige samtykker ble lagret i Nettskjema.no via nettskjema-diktafon app. Lydfilene vil bli automatisk slettet i etter seks måneder etter siste opptak. Tilgang til lydfilene er det kun jeg som har. Skriftlig materiale i prosjektet er lagret inne på mitt område på UiT server OneDrive og krever to-trinns autentisering for pålogging. Prosjektansvarlig har tilgang til skriftlig materiale og transkripsjon av intervjuene igjennom SharePoint ved UiT servere. Data ble aldri behandlet på privat områder. Transkriberte intervjudata slettes ved bestått sensur for prosjektet og senest innen 30. november 2023 (UiT, 2022). En egne datahåndteringsplan er utformet etter mal fra NSD i tråd med UiTs retningslinjer (Vedlegg 5).

Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT stiller krav til en risiko- og sårbarhetsanalyse, ROS-analyse. Prosjektet ble vurdere opp mot informasjonssikkerhet med analyse av risikonivå på tre punkter, konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Analysen ble gjennomført før oppstart av prosjektet og vurdert til lav risiko. (Vedlegg 6). Analysen ble godkjent av veileder og studieleder ved master i jordmorfag.

4 Resultat

I det følgende kapittel presenteres de tre resultatkategoriene fra analysen: *Relasjonell kontinuitet har betydning for tidlig hjemmebesøk, jordmor istandsetter og myndiggjør kvinnen gjennom informativ kontinuitet og tidlig hjemmebesøk og tidlig hjemmebesøk er prisgitt ytre rammefaktorer og samarbeid*. I den kommende teksten vil jeg gjøre rede for mine funn.

4.1 Relasjonell kontinuitet har betydning for tidlig hjemmebesøk

Under tidlig hjemmebesøk til kvinner med keisersnitt, fremhevet jordmødrene viktigheten av en allerede etablert relasjonell tilknytning gjennom svangerskapet mellom jordmor og kvinnen. De fortalte at mange gravide gikk eksklusivt til «*sin faste jordmor*», og jordmødrene kunne omtale kvinnene som «*sine*». Tilknytningen, basert på tillit, trygghet og åpenheten, var en annen når de kjente hverandre fra svangerskapsoppfølgingen. En jordmor fortalte at hun brukte mye av sine ressurser for å imøtekomme «*sine*» kvinners behov for samtale og trygging rundt bekymringer i forkant av elektive keisersnittet og barseltiden. Gjennom svangerskapet ble de kjent med kvinnens individuelle behov og utfordringer, men også kvinnens psykiske og fysiske robusthet. Jordmødrene kunne lettere gjøre seg vurderinger av kvinnenes forutsetninger forut for keisersnittet og barseltid. Ved ervervelse av denne kunnskapen var jordmor mer lydhør og sensitiv for endringer og små nyanser under tidlig hjemmebesøk. Ved å utvise genuin interesse, omsorg, varme og nærhet for kvinnen, med en profesjonell avstand, var jordmødrene i stand til å se og lytte til kvinnens behov. På samme tid kunne jordmødrene være en trygg samtalepartner som kvinnene var komfortable å dele de vanskelige følelsene og tankene med som noen ganger var knyttet til keisersnittet.

Utfordrende samtaletema for kvinnene kunne være uteblivelse av morsfølelsen, manglende tilknytning til barnet, og bebreidelse for å selv ha vært en medvirkende årsak til keisersnittet. Jordmødrene erfarte at den trygge relasjonen gjorde både jordmor og kvinnen avslappet under hjemmebesøkene, og det lå ingen forventninger til oppvartning når jordmor var hjemme hos den nye familien. En jordmor sa:

De har veldig lave skuldre når vi kommer på hjemmebesøk, det er ikke noen forventning om oppdekning og ryddige hjem, nydusjet mor og disse tingene, fordi de har fått en trygg relasjon til oss. De er avslappet til å si de tingene som er utfordrende for dem (Informant # 6).

For jordmødrene var det viktig for både egen og kvinnen med keisersnitt sin trygghet å være tilgjengelig de første dagene etter hjemkomst fra barselavdelingen, og inntil tidlig hjemmebesøk. De fleste betrygget «sine» kvinner allerede i svangerskapet om å kunne ta direkte kontakt på telefon eller melding i mellomværet mellom hjemkomst etter fødsel og tidlig hjemmebesøk. Henvendelser ble besvart i ordinær arbeidstid mens noen, på eget initiativ, også var også tilgjengelig etter arbeidstid via tjeneste- eller privat telefon. Henvendelsene kunne resultere i hasteoppdrag og dermed omorganisering av arbeidsdagen. En jordmor fortalte at kommunen hadde innført døgkontinuerlig vakttelefon med vakthavende jordmor for å etterkomme de gravide og barselkvinnenes behov for hjelp. De fleste jordmødrene organiserte selv tidlig hjemmebesøk, og gjorde individuelle vurderinger for når og hvor mye tid som skulle settes av. Rammen for besøket var på om lag en time, men jordmødrene var enige om at dette var for liten tid for å kunne formidle ro og tilstedeværelse, samt ivaretagelse av de nyopererte keisersnittforløste kvinnene. For å avbøte, la de inn ekstra tid der de forventet at det kunne være behov for det. Noen av jordmødrene påpekte at de ikke forlot hjemmebesøket så lenge det var behov for dem, og dro ikke før de vurderte at alt var under kontroll. Flere la besøkene til slutten av arbeidsdagen slik at de ikke var bundet av andre avtaler og med mulighet til å strekke besøket utover ordinær arbeidstid. For kvinner med behov for ekstra oppfølging, var jordmødrene tilgjengelige for henvendelser utover ordinær oppfølgingstid.

Det veldig viktig at vi som jordmødre er rolig når vi går inn i hjemmet (...) vi må utstråle at det er ikke noe stress, vi må bare vise at: ja, dette har vi sett før og dette skal vi hjelpe dere med. Du sitter og gir de tid og lar de få komme ut med sin frustrasjon (...) ja, at du forklarer dem alt rolig og du prøver å være der til du ser at dem liksom daler, da kan du se at du kan gjøre en kjempeendring og bygge opp (Informant # 8).

Under tidlig hjemmebesøk var det sentralt for jordmødrene å anerkjenne kvinnenes opplevelse i forbindelse med keisersnittet. Kvinnenes behov for å kunne dele sine opplevelser med jordmor ble fremhevet av jordmødrene. Den allerede etablerte relasjonen mellom dem hadde positiv innvirkning på åpenheten i samtalen. De beskrev ulike emosjonelle reaksjoner som kvinnene etter keisersnitt kunne oppleve. Spesielt kunne reaksjoner være sterke for de med akutt keisersnitt. Noen kvinner hadde traumatiske erfaringer med frykt for sitt eget og barnets liv, vanskelige følelser knyttet til skuffelse over egen kropp og fødeevne, og kanskje

samtidig sorg og tap over en mistet fødselsopplevelse. Jordmødrene på sin side ga kvinnene tid og rom til å fortelles sin historie, de lyttet og møtte kvinnene med anerkjennelse og respekt. Flere så på det som sin oppgave å sette opplevelsen i perspektiv for kvinnene, ved å forklare hvorfor det ble keisersnitt, og at slike avgjørelser ble tatt av noen som satte hennes og barnets liv og helse først. At jordmødrene åpnet opp for deling og refleksjon, ble fremhevet som viktig for å ivareta kvinnens bearbeidelse av fødselsopplevelsen. Noen av jordmødrene var tydelig på at negative opplevelser forbundet med keisersnittet kunne ha implikasjoner på kvinnens liv, barseltiden og ved senere svangerskap. En fortalte at hun hadde erfaringer med at kvinnene kunne utvikle depresjon som et resultat av negative opplevelser som hadde oppstått i forbindelse med at de ikke fikk føde og det ble keisersnitt. Jordmødrene understreket også betydningen av å ikke undervurdere partnerens behov for bearbeidelse av fødselsopplevelsen. En jordmor var tydelig på sitt ansvar i forhold til bearbeidelse av fødselsopplevelsen, og hevdet at hvis jordmødre åpnet opp for å snakke om det som var følelsesmessig utfordrende, var man også moralsk forpliktet til å følge det opp videre. En jordmor uttrykket:

Akkurat denne delingen og refleksjon og anerkjennelse av hvordan hun opplevde det, er alfa og omega for at hun skal komme seg videre og ikke bli stående fast i dette her (Informant # 3).

Etter gjennomført tidlig hjemmebesøk, beskrev noen jordmødre at det kunne være utfordrende både for jordmor og kvinnen å skulle avslutte en langvarig relasjon. For å lette overgangen, forberedte de kvinnene allerede i svangerskapet på bytte av ansvarlig helsepersonell. Jordmødrene opplevde imidlertid at for noen kvinner ble overgangen utfordrende, og begrunnet det med en overgang fra jordmors fulle oppmerksomhet til kvinnen og et skifte til helsesykepleiers fokus på barnet. Spesielt utfordrende var det for jordmor å gi slipp på «*sine kvinner*» og den særskilte sårbare situasjonen til noen kvinner med keisersnitt. For jordmor ble det viktig at kvinnen ikke følte seg avvist. Der hvor jordmor selv ikke kunne dra på tidlig hjemmebesøk, var det viktig å kunne avslutte relasjonen på en respektfull og profesjonell måte. En jordmor fortalte at dersom hun selv ikke fikk anledning til å dra på tidlig hjemmebesøk, avtalte hun å komme innom kvinnen ved første anledning for å snakke og avslutte oppfølgingen. Mange jordmødre påpekte at de tilbød etterkontroll til kvinnene, noe mange av kvinnene benyttet seg av. De beskrev at relasjonen ikke var helt avsluttet før

etter denne etterkontrollen, og mange åpnet opp for at kvinnene kunne ta kontakt med jordmor i mellomtiden.

Da har du fått avsluttet det på en verdig og fin måte, og avsluttet journalen, ja det var noe som manglet før vi fikk gjort det, du har ikke fullkommenhet, før du fikk sett hvordan det gikk og fikk tatt den praten med henne (Informant # 3).

4.2 Jordmor istandsetter og myndiggjør kvinnen gjennom informativ kontinuitet og tidlig hjemmebesøk

Ved å forberede kvinnene i svangerskapet på et keisersnitt forsøkte jordmødrene å gjøre fødselsopplevelsen og barseltiden etter keisersnittet så god og trygg som mulig. De erfarte at forberedelser kunne virke positivt inn på kvinnens følelse av kontroll, trygghet og mestringsfølelse. Ved elektive keisersnitt forberedte de kvinnene som regel både til den forestående fødselen og barseltiden. Basert på interessefelt og tidligere erfaringer som jordmor og sykepleiere var det noe ulikt hva jordmødrene vektla i informasjonen. De forberedte kvinnene på elektive keisersnitt og de vanligste komplikasjonene forbundet med inngrepet. Implikasjoner for barseltiden ble formidlet i ulik grad, men med gjennomgående tema som fysiske begrensninger, ammeutfordringer og smerter. En jordmor fortalte imidlertid at hun satte sin lit til at kvinnene fikk god informasjon på sykehuset i forkant av inngrepet, men hun supplerte ved ytterligere spørsmål. Jordmødrene bevisstgjorde også kvinnene og deres partnere på nettverkets betydning i den første barseltiden etter keisersnittet. Noen hjalp kvinnene å planlegge en sykemelding og hvor lenge partneren kunne være hjemme etter inngrepet for å avlaste mor. Ved elektive keisersnitt planla jordmødrene, allerede før fødselen, tidspunkt for tidlig hjemmebesøk. Dersom kvinnene forberedte en vaginal forløsning, snakket de i ulik grad om keisersnittet – noen ikke og andre som en eventualitet. Gjennomgående ønsket de ikke å skape unødvendig redsel og utrygghet hos kvinnene. De forsøkte å formidle at keisersnitt var et alternativ til fødsel i situasjoner der det var nødvendig, og et inngrep forbundet med trygghet for mor og barn. En jordmor fortalte at hun forsøkte å forberede kvinnene på at fødselen aldri ble slik de hadde sett for seg, og på den måten forsøkte hun å modne tankene hos kvinnene til å være åpen for at ting kunne oppstå. En annen presiserte at hun ikke kunne forberede kvinnene for alt som kunne skje under en fødsel, men henviste til fødeenhetens nettside.

Man kan ha tanker om hvordan man ønsker å føde et barn, noen har spesifikke tanker og har brukt mye tid på å tenke på det, skuffelsen kan fort bli stor. Så jeg prøver jo i alle settinger om det blir slik eller slik, så prøver jeg jo å realitetsorientere de litt med at man vet aldri hvordan en fødsel blir (...)
(Informant # 6).

Jordmødrene formidlet en særskilt rolle og mulighet til å observere utfordringer og sette inn tiltak der det var nødvendig hos den nye familien. De reiste ut på tidlig hjemmebesøk med ulikt fokus og tanker rundt hva som ventet dem. Noen hadde stort fokus på keisersnittets særegne barselforløp, mens andre prøvde å ha en lik innstilling til alle tidlige hjemmebesøk. Flere jordmødre fremhevet at tidlig hjemmebesøk kunne fange opp forhold ved mors helse, barnet og familien tidligere, og dermed muliggjøre rask igangsetting av tiltak om nødvendig. Noen påpekte nytte av å kunne observere kvinnene i deres vanlige hverdagsomgivelser. De observerte, gjorde individuelle tilpassede vurderinger og initierte tiltak på mange områder, og de ivaretok ikke bare kvinnen og barnet, men familien som helhet. Under besøket observerte og vurderte jordmødrene kvinnenes allmenntilstand og fysisk og psykisk helse etter keisersnittet. Noen tok vitalia og inspiserte operasjonssåret samt spurte kvinnen om blødningsmengde, magesmerter og tok uteruskontroll. Ved unormale observasjoner og funn, konfererte de med spesialisthelsetjenesten og henviste ved behov. Jordmødrene fremhevet et ekstra fokus på ammeutfordringer hos keisersnittforløste kvinner spesielt knyttet til smerter, forsinket melkeproduksjon og ammerstillinger. Tiltak kunne være anbefaling om regelmessig smertestillende og demonstrere ulike ammestillinger som kunne være mindre smertefulle. De observerte også barnets velbefinnende og mor-barn samspillet. Jordmødrene tok ulike observasjoner av barnet som vekt og vurderte vekt nedgang, sjekket fontaneller, tonus, slapphet og vitalitet, observerte tegn på ikterus, avføring- og urinproduksjon, infeksjonstegn, respirasjon og tegn på våte lunger.

(...) I fra mitt perspektiv er de barselkvinner, de har sine behov, de har smerter, de har begrensinger, de har opplevelser med seg alle sammen (...) Så det er ikke spesielt fokus på keisersnittet, men heller på individet! (Informant # 7).

Jordmødrene formidlet at informasjon og veiledning var en sentral oppgave under tidlig hjemmebesøk. Målet var å gi familien og kvinnene tiltro til egne evner og istandsettelse til å klare seg selv. Forutsetningen for at jordmødrene kunne være en god informasjonskilde var å fremstå som en rolig, tilgjengelig, åpen, støttende og deltagende samtalepartner. Ved hjemmebesøket informerte og veiledet de kvinnene og partner på bakgrunn av observasjoner,

spørsmål, kartlegging av individuelle behov og ulike problemstillinger som hadde oppstått. Gjentakende hos de keisersnittforløste kvinnene var ofte et behov for informasjon og veiledning vedrørende ammeutfordringer og forsinket melkeproduksjon. Ofte hadde kvinnene spørsmål knyttet til smertestillende, operasjonssåret og de fysiske begrensningene som fulgte med keisersnittet. Jordmødrene så på det som en viktig oppgave og normalisere det som var innenfor normalen. De veiledet kvinnene i hvordan og hva de skulle reagere på hvis noe var utenfor det normale, for eksempel slik som lukt fra såret, renselsen, infeksjonstegn, brystspreng og nedstemthet. Slik satte de kvinnene og deres partnere i stand til selv å reagere på det som var avvikende i fra det normale. Noen jordmødre bemerket at de måtte gjenta informasjon på hjemmebesøket som de antok at kvinnene hadde fått ved barselavdelingen. De hadde formeningene om at kvinnene ikke hadde vært mottakelige for all informasjonen de fikk før hjemreise. Flere erfarte at det var hensiktsmessig med tidlig informasjon allerede gitt i svangerskapet. Slik kunne jordmødrene være i forkant, og de nybakte foreldrene forsto lettere hvorfor de ulike tingene skjedde og ble dermed spart for unødvendige bekymringer og engstelse. En jordmor formidlet at hun ikke var i tvil om at informasjonen jordmor ervervet seg gjennom svangerskapet kunne videreføres ved tidlig hjemmebesøk. Hun påpekte at hvis ikke den samme jordmoren dro på hjemmebesøket, var det hensiktsmessig å benytte seg av sjekkrutiner for å kompensere for manglende kontinuitet.

Tidlig på med nok informasjon sånn at de ikke holder tilbake pga. redsel eller forstår hvorfor ting skjer (...) så det er informasjon, informasjon, det er jo egentlig det svangerskaps- og barselomsorgen handler om i stor grad, ja og normalisering (Informant # 6).

En kontinuerlig oppfølging igjennom svangerskapet frem til tidlig hjemmebesøk var noe jordmødrene påpekte som viktig til kvinnene med keisersnitt. Oppfatningen blant jordmødrene var at det hadde stor verdi for dem som medmennesker og som profesjonelle yrkesutøvere når de fulgte kvinnene hele veien. De fikk brukt «*hele yrket*» sitt og arbeidet mer helhetlig og kontinuerlig. De fleste tilstrebet kontinuitet der de fulgte «*sine kvinner*» frem til og med tidlig hjemmebesøk med en glidende overgang til helsestasjonene. En jordmor fortalte at hun ikke alltid hadde kapasitet eller tid til å gjennomføre tidlig hjemmebesøk hos “sine” kvinner. I slike situasjoner var det vanskelig å overlate hjemmebesøket til andre da hun ville det «*beste for sine kvinner*» og ønsket å følge kvinnene hele veien, fra svangerskapet over i barseltid. Hun strakk seg langt for å få det til. Jordmødrenes vurderingsgrunnlag av kvinnens helse og familiens velbefinnende var bredere ved hjemmebesøket hos de som fulgte kvinnene

over lengere tid. En jordmor fremhevet at kvinnene ofte ga uttrykk for ønske om kontinuitet i oppfølgingen. Jordmødrene satte selv pris på å få det lange perspektivet og følte at det var her de virkelig kunne gjøre en forskjell for kvinnene.

(...) vurdere en jeg har kjent på forhånd om endringer, hvordan har hun det nå? Jeg synes jo det er det som er litt av gullet i å følge dem hele veien. Man har fulgt med et stemningsleie, en bekymring, man har kanskje vist hva hun har vært redd for eller gruet seg til, eller om det er noe sårbarhet som hun har i bagasjen, sånn at man får vurdert det i sammenheng etter at hun har født, født som mor også. Hvordan ble det da? (Informant # 1).

4.3 Tidlig hjemmebesøk er prisgitt ytre rammefaktorer og samarbeid

Jordmødrene fortalte at de i tråd med retningslinjene tilbød de fleste kvinner med keisersnitt tidlig hjemmebesøk en til tre dager etter hjemkomsten fra barselavdelingen. De kvalitetssikret at kvinnene fikk tilbudet om tidlig hjemmebesøk innenfor fristen ved å oppfordre kvinnene de fulgte i svangerskapet, om å kontakte jordmor, enten via SMS eller ved å ringe så snart hun hadde født. En fleksibel jordmor og en fleksibel ledelse ble påpekt å styrke rammene for en romslig tjeneste med hensyn til å planlegge egen arbeidsdag og tidsforbruk hos hver enkelt kvinne. Flere jordmødre påpekte at mangel på stillingshjempler og lav dekning av jordmødre var en viktig årsak for å ikke kunne tilby tidlig hjemmebesøk fra jordmor til alle kvinner. Tjenesten ble da gjerne behovsprøvd med prioritering av førstegangsfødende og de med særskilte behov. En jordmor fortalte at de ringte alle som hadde født for å vurdere hvem som skulle prioriteres. Noen jordmødre rapporterte også om tidvis eller ikke-eksisterende tilbud om tidlig hjemmebesøk av jordmor, og med en tjeneste overlatt til helsesykepleiere. For å sikre kvinnene en så god og trygg oppfølging som mulig, til tross for at jordmor ikke hadde muligheter til å dra hjem til kvinnene, samarbeidet jordmor tett med både helsesykepleier og fødeinstitusjonen. Jordmødrene fremhevet betydningen av tidlig hjemmebesøk til barselkvinner som er en sterk anbefaling i Nasjonal faglig retningslinje i barselomsorg (2014). I tilfeller der det var brudd på retningslinjene om tidlig hjemmebesøk av jordmor, sendte jordmor avviksmeldinger. En annen jordmor påpekte viktigheten av å komme tidlig inn ved hjemmebesøket og hvilke alvorlige konsekvenser det i verste fall kunne ha både for barnet og mors helse, hvis jordmor ikke innfridde fristen innen dag en til tre. En jordmor sa:

Jeg gjør det innenfor de rammer vi har fått tildelt (...) Hvis rammene ikke er store nok så må du gjøre det fordi du er en helgen, og slik skal vi ikke operere (Informant # 3).

Flere av jordmødrene påpekte at de mottok epikrisene i fra barselavdelingen for sent, og det de mottok var ofte mangelfullt og av varierende kvalitet. En jordmor fortalte at epikrisene til de keisersnittforløste kvinnene kunne være ytterligere forsinket siden det var en operatør som måtte godkjenne disse dokumentene. En forsinkelse av epikrisene kunne i verste fall føre til at kvinnene ikke mottok tilbudet om tidlig hjemmebesøk i henhold til retningslinjenes anbefalinger innen en til tre dager. Å ikke ha et helhetlig bilde av fødselsforløpet og kvinnenes opphold ved barselavdelingen vekket bekymringer hos jordmødrene. Fordi manglende epikrise ble erfart som et dårlig utgangspunkt for hjemmebesøk. En jordmor påpekte også at epikrisene hun mottok ikke alltid gjenspeilet virkeligheten av hva som møtte henne på tidlig hjemmebesøk hos kvinnene med keisersnitt. Hvis det var uklarheter vedrørende kvinnenes opphold hadde jordmødrene muligheter til å kontakte barselavdelingen. Denne muligheten benyttet de seg sjelden av fordi det kunne være utfordrende å komme i kontakt med jordmor som hadde oppklarende informasjon. Noen av jordmødrene påpekte også at det var urovekkende for kvinnenes oppfølging i barselomsorgen at helsesykepleier ikke mottok epikriser på disse kvinnene. Epikrisen kunne inneholde relevant informasjon som også var viktig for helsesykepleiers oppfølging av den nye familien. De skulle gjerne bistå kvinnene ved blant annet ammeutfordringer og i noen tilfeller var det de som foretok tidlig hjemmebesøk der jordmor ikke var tilgjengelig.

Så der må jeg ta et slag for å komme tidlig inn! Fordi noen ganger samsvarer ikke det som står i epikrisen og virkeligheten med hverandre, dessverre! (Informant # 3).

Jordmødrene beskrev et godt og tett samarbeid mellom jordmor og helsesykepleier for å yte et trygt og helhetlig tilbud til kvinnene, barnet og den nye familien i barseltiden. De fleste opplevde overgangene mellom profesjonene og ansvarsområdene som smidige og velfungerende. Skillet mellom jordmødrenes og helsesykepleiernes ansvarsoppgaver i barseloppfølgingen kunne noen ganger krysse hverandre, og det hendte at begge profesjonene arbeidet parallelt sammen. En jordmor påpekte imidlertid at dokumentasjonssystemet ikke tok høyde for samarbeidet på grunn av helsesykepleiers manglende muligheter for å dokumentere på kvinnene. Jordmor tok på alvor tillitsforholdet som var mellom jordmor og kvinnene, og var derfor nøye med å innhente samtykke før informasjonsdeling helsesykepleierne eller andre involverte i oppfølgingen. Hvis jordmødrene vurderte det hensiktsmessig, involverte de helsesykepleier allerede i svangerskapet. Jordmor la dermed til rette for den langvarige

relasjonen og oppfølgingen helsesykepleieren skulle ha av familien. Etter individuelle vurderinger henviste jordmødrene også kvinnene videre til eventuelle andre instanser. Men faktorer som kommunens økonomi, geografiske avstander, stillinger, kapasitet og tilbud var gjerne utfordringer for å kunne henviste videre og spesielt krevende ved psykiske problemstillinger. Ved svakheter i ulike behandlingstilbud, forsøkte jordmor å være et bindeledd og bidra med sin kompetanse og tilstedeværelse så langt det var hensiktsmessig. Jordmor kjente på et stort personlig ansvar for kvinnene, og hun følte at mye sto og falt på henne og opplevde avmakt når tilbudet ikke dekket kvinnens behov. Flere av jordmødrene ytret at det også var et behov for praktisk bistand hos kvinnene med keisersnitt. Kvinner som hadde lite nettverk og fysiske utfordringer etter keisersnittet ble mye overlatt til seg selv. Flere jordmødre påpekte at det sjeldent var noen å henvise til for å fylle behovet der praktisk bistand i hjemmet var et sårt tiltrengt tiltak.

Jeg synes samarbeidet med helsesykepleier (...) fungerer veldig godt for vi er liksom så samlokaliserte (...) kvinnene er glade for det, de slipper å fortelle hele historien en gang til, også vet kvinnene at vi bryr oss om henne fra flere kanter (...) (Informant # 1).

5 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

I den følgende diskusjonen vil resultatkategoriene diskuteres kronologisk, men ved sammenfallende funn er momentene diskutert samlet.

5.1.1 Relasjonell kontinuitet har betydning for tidlig hjemmebesøk

Et sentralt funn i studien var relasjonen mellom jordmor og kvinner med keisersnitt og dets betydning for jordmors tilnærming til tidlig hjemmebesøk. Den tilknytningen som hadde utviklet seg i svangerskapet mellom jordmødrene og kvinnene, hadde positiv betydning på interaksjonen under hjemmebesøket. En relasjon utviklet over tid kan ses i sammenheng med Haggerty et al. (2003) sin beskrivelse av relasjonell kontinuitet. Relasjonell kontinuitet er en av flere kontinuitetsbegreper i utøvelsen av omsorg, og viser til det terapeutiske forholdet som utvikles over tid mellom en, eller få omsorgsgivere og en omsorgsmottaker. Imidlertid er det ikke omsorgsgivers perspektiv som skal vurdere om det er relasjonell kontinuitet, men mottakerens perspektiv og dens opplevelse av sammenheng og forutsigbarhet. Aaserud et al. (2016) viser til at kvinner verdsetter relasjonen til jordmor. Like fullt vil den relasjonelle kontinuiteten også ha verdi og betydning fra et jordmorfaglig ståsted, både profesjonelt og personlig. En norsk studie av Aune et al. (2021) har belyst jordmødres erfaringer med relasjonell kontinuitet i primærhelsetjenesten gjennom svangerskap og barseltid. Deres funn tyder på at dersom den relasjonelle kontinuiteten kan opprettholdes, kan det for jordmor føre til økt personlig engasjement, økt jobbtilfredshet og gi jordmor videre motivasjon for å opprettholde kontinuitet i tjenestetilbudet. Jordmødrene i studien benytter benevnelser som «*sine kvinner*» og «*sin jordmor*» som forsterker den relasjonelle tilknytningen mellom dem. En slik tilknytning er i harmoni med Aune et al. (2021) som også i en norsk kontekst, viser viktigheten av en tidlig etablering av relasjon mellom jordmor og kvinnen, allerede i svangerskapet.

Kvinner med keisersnitt kan ha særskilte fysiske og emosjonelle utfordringer (Puia, 2013) og er sett på som en gruppe i barselomsorgen som kan ha særskilte behov for oppfølging (Helsedirektoratet, 2014). Aaserud et al. (2016) viser til at kvinner opplever det som trygt på hjemmebesøket å snakke med en jordmor de har en relasjonell kontinuitet med og som de

kjenner fra svangerskapet. Den trygge relasjonen bidrar til å ha tillit til jordmors veiledning og råd. Denne studie viste at jordmødrene vurderte relasjonen mellom jordmor og kvinner med keisersnitt som ekstra betydningsfull. Studien synliggjør en relasjon mellom jordmor og kvinner fundamentert på tillit, trygghet og åpenhet. Karlsdóttir & Halldórsdóttir (2022) viser til den profesjonelle jordmors mellommenneskelige kompetanse med evne for å legge til rette for dannelsen av et felles partnerskap mellom kvinne-partner-jordmor. Respekt, gjensidig tillit og fortrolighet er grunnlaget i det relasjonelle partnerskapet. Forskningsarbeidet fremhevet at jordmødrene møtte kvinnene med keisersnitt, med genuin interesse, omsorg og nærhet. Dette var viktige faktorer som spilte inn når jordmor observerte og lyttet til kvinnenes individuelle behov. Karlsdóttir & Halldórsdóttir (2022) trekker frem disse faktorene som viktige egenskaper hos den profesjonelle jordmor når hun utøver profesjonell omsorg. Ved tilstedeværelse i samtale og ved å utvise genuin interesse, kan jordmor være sensitiv og åpen for kvinnens og partners behov ved hjemmebesøket. Jordmor utøver omsorg ved å utvise forståelse, sympati og empati for deres situasjon.

Studien viste at en relasjonell kontinuitet istandsatte jordmødrene til å bedre kunne se kvinnenes behov. Hun ble tidlig kjent med kvinnenes robusthet og forutsetninger forut for fødsel og barseltid etter keisersnittet, og kunne sette inn forberedelser eller tiltak i forkant. Dahlberg et al (2016) studie fremhever at den relasjonelle kontinuiteten helt fra svangerskapet, istandsatte jordmor til lettere identifisere barselkvinnens behov ved tidlig hjemmebesøk (Dahlberg et al., 2016). Ved oppfølging av en tjenestemottaker over tid, erverves det en mengde informasjon, om mottakerens tilstand, preferanser, kontekst og verdier. På den ene siden er den formelle informasjonen, som er av direkte relevans for brukerens tjenestetilbud, som dokumenteres i elektroniske journalsystemer (Haggerty et al., 2003). På den andre siden er det den uformelle informasjonen, som sanses og opparbeides gjennom relasjon og interaksjon. Slik informasjon kan være utfordrende å formelt dokumentere og omtales som den tause kunnskapen. Det er denne tause kunnskapen jordmor har opparbeidet seg over tid, gjennom relasjonen, som istandgjøre til å være sensitiv og oppmerksom for små endringer hos de nye foreldre ved hjemmebesøket. Denne informasjonen kan være utfordrende å videreformidle til andre jordmødre som ikke har en relasjonell tilknytning til paret (Ihlebaek, 2020).

I studien ble verdien av jordmor som en trygg samtalepartner fremhevet. Den relasjonelle kontinuiteten, preget av tillit og trygghet, la et godt grunnlag for samtalen mellom jordmor og kvinnen, og satte stemningen under hjemmebesøket. Andre studier viser at hjemmebesøk gjennomført av en jordmor som er ukjent for kvinnen, vil spille inn på i hvilken grad det blir en dybde i samtalen når det kommer til det emosjonelle aspektet. Samtaler med en ukjent jordmor blir ofte mer av en praktisk natur og rundt de medisinske aspektene, enn følelser og tanker rundt selve opplevelsen (Dahlberg et al., 2016). Karlsdóttir & Halldórsdóttir (2022) beskriver mellommenneskelige egenskaper ved jordmor, der hun skaper en profesjonell intimitet preget av fortrolighet, der kvinnen opplever aksept for den hun er og kan snakke fritt. En allerede etablert trygg og tillitsfull relasjon er bidragsytende og legger et godt grunnlag for samtale. Det er avgjørende at jordmor opptrer med en ikke-dømmende tilnærming, er empatisk, anerkjennende og lydhør til hva kvinnen har å formidle. Jordmødrene i forskningsarbeidet viste – gjennom en ektefølt tilstedeværelse – disse kvalitetene, med en spesiell varhet for sårbare tema.

Funn i studien viser viktigheten av å gi rom og tid under tidlig hjemmebesøk til anerkjennelse og bearbeidelse av kvinnens opplevelser i forbindelse med keisersnittet. Å åpne opp for samtale rundt fødselopplevelsen er i tråd med Nasjonal faglig retningslinje i barselomsorg (2014) (heretter Nasjonale retningslinjer) beskriver at det på individuelt grunnlagt må vurderes hva som anses som det ideelle tidspunktet for gjennomføringen av samtaler rundt fødselen,- noen kvinner foretrekker like etter fødsel, mens andre ikke før ved neste svangerskap (Helsedirektoratet, 2014). Like fullt er det funn i en annen studie som underbygger at denne samtalen bør finne sted forholdsvis kort tid etter fødsel (Sigurðardóttir et al., 2019). Karlsdóttir & Halldórsdóttir (2022) påpeker viktigheten av å møte kvinnen med respekt og anerkjennelse for sine opplevelser. Delingen og refleksjonen rundt opplevelsen er viktige faktorer i bearbeidelsesprosessen, men det kan også være behov for involvering av andre fagpersonell (Sigurðardóttir et al., 2019).

I studien ble det fremhevet at det var viktig for jordmødrene å være tilgjengelig for kvinnen med keisersnitt, de første dagene etter hjemkomsten. Å være tilgjengelig er i tråd med anbefalingene i Nasjonale retningslinjer som fremhever at barselomsorgen skal være lett tilgjengelig for brukeren, og barselkvinnen bør ha muligheter til å kontakte den som skal følge opp henne og barnet direkte, uten at det foreligger timeavtale (Helsedirektoratet, 2014). Ved å

dele kontaktopplysninger med kvinnene og samtidig fremheve en lav terskel for å ta kontakt med jordmor etter hjemkomst, gjorde jordmor i studien seg lett tilgjengelig. Det vil være bidragsytende til å gi økt trygghet, tilgang på støtte og informasjon til de nye foreldrene i den aller første tiden (Helsedirektoratet, 2014). Funnene samsvarer med en annen studie som viser at en lett tilgjengelig jordmor, som kan kontaktes ved behov, er noe nye foreldre verdsetter høyt (Barimani & Vikström, 2015). Jordmødrene i studien viste stor fleksibilitet og var tilgjengelig utover ordinær arbeidstid. Denne genuine omsorgen og interessen som jordmødrene i studien viste for kvinnene er langt ut over det som de Nasjonale retningslinjene (2014) tar høyde for i sine anbefalinger (Helsedirektoratet, 2014). Dette kan tolkes som at disse jordmødrene følte på et stort ansvar for «sine» kvinner, og ut ifra sin profesjonelle faglige kompetanse og visdom vedrørende utfordringer og komplikasjoner som kunne oppstå hos keisersnittforløste, var tilbøyelige til å gi av sin private tid og tilgjengelighet (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). Jordmødrene i studien begrunnet tilgjengeligheten av hensyn til egen trygghet, som kan innebære en sikkerhet om at mor og barn hadde det bra. Ifølge modellen om profesjonell jordmor ivaretar jordmor alltid kvinnens og barnets helse og sikkerhet først (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). ICM (2017) fremhever jordmors rolle i et partnerskap med kvinnen og familie, hvor jordmor tilstreber å imøtekomme den nye familiens behov for støtte, omsorg, råd og veiledning. Jordmor er en profesjonell som både tar ansvar for det som skjer og tar det overordnede ansvaret for det som har skjedd (ICM, 2017) noe som gav trygghet for alle involverte. Videre kan rammebetingelser for tjenesten også ses på som en mulig årsaksforklaring til jordmors virke utover ordinær arbeidstid som rapportert i studien. Nylig har en norsk studie også påpekt at tidsbegrensninger under hjemmebesøket ses på en utfordring, og jordmødre strekker seg langt for å levere et barseltilbud av høy kvalitet (Levorstad et al., 2022). Ved utskrivelse fra fødeinstitusjonen anbefaler Nasjonal retningslinjer (2014), at de nye foreldre får informasjon om hvem og hvor de skal henvende seg, uavhengig når på døgnet, hvis det oppstår behov for hjelp. Videre i anbefalingene er det skissert noen kontaktpunkter, slik som poliklinikk for barsel/amming i spesialisthelsetjenesten og helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2014). Etter innspill fra fagmiljøene, anbefaler det nye bemanningsverktøyet for jordmortjenesten at konsultasjonstid ved hjemmebesøkene, settes til 150 minutter, inkludert totalt 60 minutters reisetid t/r (Helsedirektoratet, 2022). Funnene viser opp en diskrepans mellom anbefalingene i både nasjonal og internasjonal sammenheng og de

faktiske utøvelsene av arbeidet – grunnet tidsbegrensninger og underbemanning, noe som enten går på bekostning av jordmors privatliv eller kvaliteten på den utøvde omsorgen.

En profesjonell og respektfull avslutning av relasjonen fremsto som viktig for jordmødrene i studien. De vedkjente seg at det kunne være utfordrende både for dem, og for kvinnene med keisersnitt når relasjonen og oppfølgingen tok slutt. Heinsworth et al (2022) viser til de profesjonelle grensene kan være utfordrende å identifisere, når man jobber i en tett kontinuerlig relasjon med kvinnen. Grensene mellom det private og profesjonelle kan virke uklare for noen kvinner. Det fremstår derfor som nødvendig at jordmor selv er bevisst hvor disse grensen går, slik at relasjonene ikke blir oppfattet som et vennskap, men en autentisk meningsfull relasjon innefor de profesjonelle grensene. Når profesjonelle grensene er uklare vil de kunne påvirke avslutning av relasjonen (Hainsworth et al., 2022). De Internasjonale Etske Retningslinjene for jordmødre fremhever jordmors anerkjennelse av den gjensidige avhengigheten som kan oppstå mellom jordmor-kvinne innefor jordmorfaget og jordmors tilstrebelen for å løse disse iboende konflikter hvis de skulle oppstå (ICM, 2014). Sett fra jordmors side, er hjemmebesøket en egnet arena for å avslutte oppfølgingen av den nye familien (Aune et al., 2021) og setter en naturlig avslutning på forholdet mellom jordmor og kvinnen (Levorstad et al., 2022). Mange jordmødre gjorde forberedelsen til avslutningen av relasjonen mellom jordmor og kvinnen, allerede i svangerskapet. Forutsigbarhet og tilrettelegging er viktige faktorer i myndiggjøringen av kvinnen og ses i sammenheng med *empowerment*. Kvinnen settes i stand til å kunne forberede seg mentalt på en kommende avslutning av relasjonen med jordmor. Kvinnen får dermed muligheten til å medvirke i prosessen, noe som kan lette overgangen, gi en følelse av kontroll og styrke de når avslutningen er utfordrende (Hermansson & Mårtensson, 2011). En av jordmors profesjonelle roller gjennom svangerskapet er å forberede og myndiggjøre kvinnen til fødsel og barseltiden, slik at kvinnen og den nye familien får bygget opp selvtillit nok til å stå på egne bein og mestre den nye livssituasjonen (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

5.1.2 Jordmor istandsetter og myndiggjør kvinnen gjennom informativ kontinuitet og tidlig hjemmebesøk

I funnene kom det frem at kvinnene ofte ga uttrykk for ønske om kontinuitet i oppfølgingen og dette var noe jordmødrene tilstrebet. Tidlig hjemmebesøk gir jordmødre muligheten for å

yte kontinuerlig omsorg av kvinnen og den kontinuerlige oppfølgingen bidrar til å skape trygghet både hos jordmor og de nybakte foreldrene (Levorstad et al., 2022). I studien fremhevet jordmødrene at de satte pris på å få det lange perspektivet og følte at det var her de virkelig kunne gjøre en forskjell for kvinnene. Gjennom både informativ- og relasjonell kontinuitet kan jordmor få et helhetlig overblikk over den enkelte kvinnes behov for omsorg og oppfølging gjennom svangerskap over i barseltid, slik at hun kan gi tilpasset kontinuerlig oppfølging (Haggerty et al., 2003). Økt arbeidstilfredshet kan ses hos jordmor når hun føler at hun kan gjøre en forskjell for kvinnen (Sullivan et al., 2011) Resultatene viser at jordmødrene følte at de fikk brukt hele yrket sitt som en profesjonelle yrkesutøvere når de fulgte kvinnene hele veien. Erfaringer fra jordmødre etter implementering av tidlig hjemmebesøk, viser til opplevelsen av profesjonell vekst, der jordmor fikk brukt mer av sin helhetlige kompetanse (Levorstad et al., 2022)

I studien erfarte jordmødrene at forberedelse av kvinnene i svangerskapet til et keisersnitt, kunne bidra til kvinnens følelse av kontroll, trygghet og mestringsfølelse i barseltiden. For jordmor var det også viktig å være lydhør for kvinners tanker og bekymringer for keisersnittet og barseltiden som ventet. En slik praksis kan første og fremst sees i lys av at den profesjonelle jordmor som gjennom informasjon og medvirkning styrker og myndiggjør kvinnen til det som ligger foran henne. Jordmor skal være i et partnerskap med kvinnen, bygget på gjensidig tillit og respekt (Karlisdóttir & Halldórsdóttir, 2022). Kvinnene skal ha mulighet til å ha kontroll over egen situasjon, og jordmor bør formidle kunnskapsbasert informasjon og myndiggjør kvinnen slik at hun er medvirkende i beslutninger som angår henne (Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019). En studie viser til at forløsningsmetode påvirker opplevelsen av kontroll i situasjonen og den første tiden med barnet, på bakgrunn av dette anbefales det bedre forberedelse og informasjon i svangerskapet der keisersnitt blir presentert som en eventualitet (Guittier et al., 2014). Informasjon og veiledning i forkant av et keisersnitt bevisstgjør kvinnen på utfordringer som kan oppstå ved mor-barn tilknytning og ammeproblematikk (Mohamed et al., 2022). Funn i studien min underbygger betydningen av forberedelse gjennom tidlig informasjon. Slik kunne jordmødrene være i forkant, og foreldrene forsto lettere hvorfor de ulike tingene skjedde og ble dermed spart for unødvendige bekymringer og engstelse. Hermansson & Mårtensson (2011) har vist at en slik tilnærming kan ses i sammenheng med *empowerment* der jordmor, gjennom deres tillitsfulle forhold styrker og forbereder kvinnen for tiden som kommer. Målet er å få kvinnen til å oppnå

kontroll i en situasjon som skaper bekymring rundt keisersnittet og barseltiden. De Internasjonale Ethiske Retningslinjene for Jordmødre fremhever også *empowerment* som viktig. Gjennom sin relasjonelle tilknytning til kvinnen og familien, støtter og styrke jordmor dem til å uttale seg og delta aktivt i avgjørelser som omhandler dem og deres omsorg (ICM, 2014).

Jordmødrene i studien formidlet at keisersnitt som inngrep var forbundet med trygghet, og forberedte kvinnene på at en fødsel aldri blir slik man ser for seg. Ved elektive keisersnitt forberedte jordmødrene kvinnene i varierende grad, fysiske begrensninger, ammeutfordringer, smerter og komplikasjoner ble gjerne tematisert. Implikasjoner for barseltiden ble formidlet i ulik grad. Forberedelse og informasjon gitt i svangerskapet om tiden etter fødsel, kan være fordelaktig og spille inn på kvinnens barseltid (Martin et al., 2014). Nasjonal faglig retningslinje i svangerskapsomsorg (2018) legger ingen føringer for hvilken informasjon som skal formidles. Det vil bli opp til hver enkelt jordmor hva hun vektlegger (Helsedirektoratet, 2018). Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) stadfester at jordmor, skal gi kvinnen tilpasset, forståelig, kunnskapsbasert informasjon som gir kvinnen muligheter til brukermedvirkning og informerte valg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Forberedelse kan være bidragsytende for kvinnens opplevelse av kontroll og sette henne i stand til å mobilisere egne ressurser og dermed komme styrket ut. Opplevelsen av kontroll vil kunne være medvirkende til en god og trygg barseltid (Hermansson & Mårtensson, 2011). Jordmødrene i studien, avtalte allerede i svangerskapet, tidspunkt for tidlig hjemmebesøk til de som skulle gjennomgå elektivt keisersnitt. Informasjonen er i tråd med de Nasjonale retningslinjene som sier at kvinnen skal motta informasjon om tilbudet om tidlig hjemmebesøk av jordmor og individuelle oppfølging i barseltiden (Helsedirektoratet, 2014). I tråd med veilederen bevisstgjorde jordmødrene kvinnene og deres partnere på nettverkets betydning og partners tilstedeværelse i den første barseltiden etter keisersnittet. Det foreligger ingen særegne anbefalinger for keisersnittforløste kvinner i Nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014). Den profesjonelle jordmor vedkjenner at partneren er den største ressursen for støtte til kvinnen (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

Jordmors fokus ved tidlig hjemmebesøk kunne være ulikt, noen med et stort søkelys på keisersnittets særegne barselforløp, mens andre med et åpent sinn og uten antagelser for hva som møtte dem. Noe som kanskje kan forklares med ulik faglig bakgrunn og erfaring.

Jordmor, skal i sin yrkesutøvelse, yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp i henhold helsepersonell lovens (1999, § 4) bestemmelser (Helsepersonelloven, 1999). I kraft av sin kompetanse og autorisasjon vet jordmor hva som er innenfor det normale, og hva som er avvikende (Forskrift til rammeplan for jordmorutdanning, 2005). Studien viste til funn at jordmødrene, om noe ulikt, observerte og vurderte forhold ved både mor og barn ut fra kunnskap om at keisersnittet kan gi kvinnen særskilte utfordringer knyttet til smerter, økt infeksjonsfare, ammeproblematikk, forsinket melkeproduksjon, psykiske problemstillinger, fysiske begrensinger (Basset, 2017) og mor-barn tilknytningen (Helsedirektoratet, 2014). Nasjonale retningslinjene legger stort sett ingen føringer for observasjon eller tiltak ved tidlig hjemmebesøk, uavhengig av keisersnitt eller ikke, men forutsetter nødvendig fagkompetanse på barselomsorg. En individuell tilnærming er anbefalt, der omsorg, oppfølging og behandling er tilpasset den enkelt kvinne, nyfødt og families behov (Helsedirektoratet, 2014) og som jordmødrene i studien påpekte å tilstrebe.

Jordmødrene i studien formidlet at informasjon og veiledning var en sentral oppgave under tidlig hjemmebesøk. Formålet med informasjonen var å gi familien og kvinnene tiltro til egne evner og istandsettelse til å klare seg selv. Gjennom å normalisere det som var innenfor normalen og hva de skulle reagere på hvis noe var utenfor det normale, satte de kvinnene og deres partnere i stand til selv å reagere på det som var avvikende. Den profesjonelle jordmor skal fremme det normale i reproduksjonsprosessen på bakgrunn av evidensbasert kunnskap, og jordmor skal identifisere når det avviker fra det normale (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). I starten av barseltiden opererer foreldrene i et ukjent og sårbart landskap. Ifølge Nasjonale retningslinjer har jordmor en særskilt rolle ved tidlig hjemmebesøk, hun gir informasjon, veiledning og støtte som er bidragsytende for mestring den nye livssituasjonen og ruste dem til den videre barseltiden. Med jordmor som god støttespiller kan den nye familien oppleve styrket mestringsevne og trygghet (Helsedirektoratet, 2014) som er forenelig med *empowerment* (Hermansson & Mårtensson, 2011).

Jordmødrene i studien informerte og veiledet kvinnene og den nye familien på bakgrunn av observasjoner, spørsmål, kartlegging av individuelle behov og problemstillinger. NICE guideline (2021) anbefaler lydhørhet for barselkvinnens behov og preferanser samt gi kvinnen muligheter til informerte valg og deltagende i beslutninger som omhandler hennes egen eller barnets omsorg og helse. Studien viste at jordmødrenes vurderingsgrunnlag av kvinnens helse

og familiens velbefinnende var bredere hos de som fulgte kvinnene gjennom svangerskapet. Den informative kontinuitet mellom kvinne og jordmor, muliggjør å inneha informasjon som er blitt formidlet i forkant av barseltiden og hvilken fysisk og psykisk sykehistorie kvinnen har med seg fra tidligere. Ved en slik tilnærming kan den tidligere informasjonen som jordmor har ervervet seg, benyttes for å yte individuell tilpasset omsorg i barseltiden (Haggerty et al., 2003). Studien viste også til sjekklister som hensiktsmessig for å kompensere for brudd på kontinuitet. En slik tilnærming underbygger viktigheten av en helhetlig, kontinuerlig omsorg og oppfølging som er skissert i Nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014).

En studie av en tilsvarende omsorgsmodell for kontinuerlig oppfølging i svangerskap og barseltid av jordmor, som i Norge, fra Australia. Denne viser til funn som kan tyde på at en slik modell oppleves av jordmor, fødselslege og kvinnen som en tryggere oppfølging og vil bidra til opplevelsen av tilknytning til hverandre. Kvinnen på sin side trodde det ville minske risiko for misforståelser og feil hvis de ble fulgt av samme jordmor hele veien. Kvinnen slapp å fortelle sin historie flere ganger. Jordmor kunne forberede kvinnen i svangerskapet, til barseltiden og ble sett på som en styrking av kvinnens egne evner (Cummins et al., 2022). I studien fremhevet jordmødrene at kvinnene ofte ga uttrykk for ønske om kontinuitet i oppfølgingen og dette var noe jordmødrene tilstrebet.

5.1.3 Tidlig hjemmebesøk er prisgitt ytre rammefaktorer og samarbeid

Studien viser at jordmor gav de fleste barselkvinner tilbud om tidlig hjemmebesøk en til tre dager etter hjemkomst fra fødeenheten. Dette oppfylder den sterke anbefalingen i Nasjonale retningslinjer (2014) om både tilbud og tidsfrist. Tidsfristen ble kvalitetssikret, ved at kvinnene ble bedt om å ta direkte kontakt med jordmor når de hadde født. Helse Norge, en offentlig pasientinformasjonsside, fremhever at foreldrene bør selv ta kontakt med jordmortjeneste ved hjemreise fra fødeenheten (Helse Norge, 2023). For en smidig overgang, skal det foreligge enighet om gjensidige rutiner, mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for å sikre en trygg og rask overføring av pasientopplysninger mellom tjenestenivå som omhandler kvinnen og barnet (Helsedirektoratet, 2014). Helsepersonelloven viser til at epikrisens hovedformål er å formidle journalopplysninger som er relevant for videre behandling og oppfølging, slik at pasienten får forsvarlig helsehjelp samt epikrisen skal

sendes innen forsvarlig tid etter avsluttet helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999 § 45 a) men det bemerkes at overføringen kan ta noen dager (Helse Norge, 2023). Studien viste til både forsinkede og mangelfulle epikriser. I en PasOpp- rapport fra 2016, med brukererfaringer fra fødsel- og barselomsorgen i Norge, påpekes overgangen mellom spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjenesten å være et svakt punkt (Folkehelseinstituttet, 2017). Jordmødrene i studien påpekte at forsinkelse av epikrisen kunne i verste fall føre til at kvinnene ikke mottok tilbudet om tidlig hjemmebesøk innen fristen. Videre fant jordmødrene det urovekkende at helsesykepleier ikke mottok epikrise på kvinnene som kunne inneholde relevant og viktig informasjon for videre oppfølging. Veilederen viser til at jordmor mottar epikrise på kvinnen og barnet, mens helsestasjonen kun mottar epikrise på barnet (Helsedirektoratet, 2014). På en side skisserer helsepersonelloven (1999 § 45) at helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne yte forsvarlig oppfølging og helsehjelp, kvalifiserer som mottaker av helseopplysninger som er relevante for oppfølgingen hvis pasienten ikke motsetter seg dette. Manglende muligheter til å motta eller dele informasjon relevant for kvinnens oppfølging, kan ses som et opphold eller brudd i informativ kontinuitet (Haggerty et al., 2003). Funn i studien viser til et godt og tett samarbeid mellom jordmor og helsesykepleier for å yte et trygt og helhetlig tilbud til kvinnen og familien. Spesielt ble overganger mellom profesjonene og ansvarsområder fremhevet som smidig og velfungerende. Disse funnene er i tråd med Nasjonale retningslinjers anbefalinger om samhandling og samarbeid mellom ulike profesjoner og instanser for å sikre et forsvarlig tilbud til mor og barn i den første barseltiden. Samarbeidet mellom helsesykepleier og jordmor er fremhevet som svært viktig (Helsedirektoratet, 2014). Jordmødrene involverte helsesykepleier allerede i svangerskapet, hvis det var hensiktsmessig å etablere en tidlig relasjon mellom helsesykepleier og kvinnen. Jordmors oppfølging av kvinnen og barnet opphører ofte etter tidlig hjemmebesøk, det er da et planlagt bytte av fast helsepersonell over til helsesykepleier. Helsesykepleier skal ha et langvarig oppfølgingsansvar for barnet og den nye familien. Det foreligger en helhetlig plan for pasientforløpet og oppfølgingsansvar i svangerskap-, fødsel- og barseltid i Nasjonal retningslinje (Helsedirektoratet, 2014), en organisatorisk kontinuitet i et sammenhengende behandlingsforløp som ytes på en tidsriktig og utfyllende måte (Haggerty et al., 2003). Et profesjonelt samarbeid mellom de ulike instansene involvert i barselomsorg, sikrer relasjonell, informativ og organisatorisk kontinuitet og mestring hos de nye foreldrene (Barimani & Vikström, 2015), tilsvarende funn underbygges av Tveit & Söderhamn (2015),

som viser til involvering av helsesykepleier i svangerskapet tilrettelegger for relasjonsbygging, kontinuitet og mestring, samt letter overgangen mellom de ulike profesjonene for kvinnen.

I studien ble en fleksibel jordmor og en fleksibel ledelse påpekt å styrke rammene for en romslig tjeneste for å planlegge egen arbeidsdag, tidsforbruk på hjemmebesøk og eventuelle ekstra hjemmebesøk. Kommunens og primærhelsetjenestens økonomiske rammer kan være bidragsytende til fleksibilitet og tilbud ut over det ordinære tjenestetilbudet. Kommunenes inntekter og økonomi er ulik og svært variabel (Kommunal- og distriktsdepartementet, u.å.) Takstsystemet for jordmortjenesten kan om mulig tenkes å være bidragsytende for fleksibiliteten utover det som er et lovpålagt tjenestetilbud (Forskrift om utgifter til jordmorhjelp, 2019). Helsedirektoratet er i prosessen med utarbeidelse av et verktøy for å beregne årsverk for jordmortjenesten i primærhelsetjenesten. Verktøyet skal synliggjøre bemanningsbehov på bakgrunn av lovverk, retningslinjer og basisprogrammet. På en side kan dette være et godt verktøy for å synliggjøre det reelle behovet for jordmødre i tjenesten, mens på den andre er det uklart frem hvordan dette verktøyet tar høyde for en individuelt tilpasset tjeneste (Helsedirektoratet, 2022). Jordmødre faller under like arbeidstidsbestemmelser som andre arbeidstakere (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 10-4). Hvordan hver enkelt jordmor organiserer sin egen arbeidsdag og eventuelt ut over ordinær arbeidstid for å imøtekomme behov i tjenesten lar seg vanskelig underbygge med tall, teori eller studier. Men fleksibilitet, smidighet og tilpasningsdyktighet er nøkkelord. I Nasjonal retningslinje (2014) blir en fleksibel barselomsorg omtalt når psykisk uhelse belyses, det viser til tiltak som er individuelt tilpasset og ikke rutinebasert, for å imøtekomme den enkeltes behov for oppfølging (Helsedirektoratet, 2014). Forskning støtter under at en fleksibel, kontinuerlig tjeneste som er individuelt tilpasset kan bidra til mindre psykisk uhelse hos barselkvinner (MacArthur et al., 2002).

Studien viste også til manglende eller behovsprøvd tilbud om tidlig hjemmebesøk av jordmor som ikke er i tråd med verken Nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014) eller lovverk og forskrifter som regulerer tjenestetilbudet (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 5-3; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Manglende tilgang på kvalifiserte jordmødre og få stillingshjemler (Helsedirektoratet, 2021) kan være en årsaksforklaring for manglende tilbud eller behovsprøving. Jordmødrene i studien kjente på

stort personlig ansvar for kvinnene og mye falt på jordmor, de opplevde avmakt når tilbudet ikke dekket kvinnens behov.

Studien finner at det ble sendt avviksmelding når det var brudd på retningslinjene og kvinnene ikke fikk tilbud om tidlig hjemmebesøk. En slik tilnærming av jordmor kan ses opp mot helsepersonellovens bestemmelser om forsvarlig praksis (Helsepersonelloven, 1999, § 4) der tjenestens rammebetingelser, legge premisser og begrensninger for jordmors ivaretagelse av kvinnen og det nyfødte barnet. Avvik og kvalitetsforbedring skal bidra til faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester som er i tråd med helse- og omsorgslovgivningen. (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016, § 7). Studien viste til tidvis eller ikke-eksisterende tilbud av tidlig hjemmebesøk av jordmor, som ble årsaksforklart med få stillingshjemler og lav dekning av jordmødre. Bemanningsutfordringer, manglende tilbud og mangel på autoriserte jordmødre er noe som er løftet opp på regjeringsnivå av både fagmiljø og interesseorganisasjoner. I en rapport fra Helsedirektoratet redegjøres det for tilgangen og behov for jordmødre på landsbasis. Det ses en generell økning av svangerskapskonsultasjoner hos jordmor, men årsverkene har ikke økt i takt med dette. Det belyses en generell mangel på jordmødre i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Ca. 75% av kommunene i landet har ansatt jordmor, mens de resterende kommunen leier jordmortjenester fra helseforetak eller andre kommuner (Helsedirektoratet, 2021). Studien viste at i noen tilfeller var tjenesten overlatt til helsesykepleier. Nasjonal retningslinje (2014) bruker benevnelse som bør og antageligvis når de beskriver tidlig hjemmebesøk ved jordmor og hvem som skal utføre tjenesten (Helsedirektoratet, 2014) Det står beskrevet i forskrift at det skal tilbys hjemmebesøk til mor og den nyfødte, men det oppgis ikke hvem som skal utføre tjenesten (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). En uklar fremstilling mellom retningslinjer og lovverk, kan bidra til at tidlig hjemmebesøk av jordmor blir sidestilt med et tidlig hjemmebesøk av helsesykepleier i situasjoner der bemanningsproblematikk og økonomi kan spille inn.

Jordmødrene i studien forsøkte etter beste evne og kompensere for manglende tjenestetilbud, for å sikre en så god og trygg ivaretagelse av kvinnene, gjennom samarbeid med helsesykepleier og fødeinstitusjon. En slik tilnærming av jordmor kan om mulig ses opp mot helsepersonellovens bestemmelser angående forsvarlig og omsorgsfull hjelp som ytes utfra sine faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Jordmor er den som innehar

kvalifikasjoner i kraft av sin autorisasjon og utdanning, til å ivareta kvinnen og den nyfødte i tidlig barseltid, sett i lys av sin kompetanse innen kvinnehelse, svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg (Forskrift til rammeplan for jordmorutdanning, 2005). I studien ble det fremhevet betydningen av å komme tidlig inn ved hjemmebesøket og hvilken alvorlig konsekvens det kunne ha for kvinnens og barnets helse hvis fristen på en-tre dager ikke ble overholdt. Tidligere forskning indikerer at nybakte mødre som opplevde komplikasjoner i forbindelse med fødselen, sto i fare for å måtte oppsøke akutt helsehjelp, på vegne av seg selv eller barnet, de første 14 dagene etter forløsning. Noe av årsaksforklaringen var en manglende kontinuitet i barseloppfølgingen og manglende profesjonell støtte i barseltiden (Barimani et al., 2013). Forskning viser til at barnet kan være i fare for vektnedgang og dehydrering etter hjemkomst, som følger av sent innsettende melkeproduksjon og ammeproblematikk (Tjora & Reigstad, 2009) Risikofaktoren kan være kort liggetid ved fødeenheten. Risikofaktoren reduseres hvis det er en lett tilgjengelig barseltjeneste, med tilstrekkelig kompetanse og tidlig oppfølging som kan ivareta mor og barns individuelle behov etter hjemkomst (Sølsnes et al., 2013). Den nyfødte kan også utvikle gulsott, der en av risikofaktorene er tidlig utreise fra fødeenhet etter 0-2 levedøgn (Lain et al., 2015).

5.2 Metodediskusjon

Malterud (2017) viser til tre begreper som grunnleggende i vitenskapelig kunnskap: *Refleksivitet, relevans og validitet*. Refleksivitet- evne og vilje hos forskeren til å stille spørsmål ved forutsetningen for kunnskapsutviklingen og konklusjoner. Validiteten- gyldigheten, hva metoden og materialet i studien gir anledning til å fortelle eller si noe om, samt i hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene i studien har. Intern validitet- viser til i hvilken grad er de valgte referanserammer og metodisk fremgangsmåte er egnet for å gi legitime svar. Relevans- hva kan kunnskapen som er fremskaffet brukes til.

I forskningsprosessen har jeg forsøkt å opprettholde refleksivitet, gjennombevissthet rundt min egen forforståelse. Jeg har aktivt forsøkt å ikke la forforståelsen farge det empiriske materialet analysen, resultatet eller legge føringer for hva materialet formidlet. Under metodekapitlet redegjorde jeg egen forforståelse, slik at dette ble synliggjort for leseren (Malterud, 2017). I manglende tilgang på medforsker og med egeninteresse for tema, har det tidvis vært utfordrende å holde en tilstrekkelig avstand til materialet, særlig ved

intervjusituasjonen og analyseprosessen. Malterud (2017) viser til at forforståelsen kan overdøve og påvirke måten vi samler, leser og tolker empiriske data. Samtidig er det engasjement og forforståelse som har vært motivatorer for studien. To forskere gir fordel ved at det skapes et analytisk rom med flere nyanser under analyseprosessen (Malterud, 2017). For å kompensere har jeg aktivt utfordret mine egne tolkninger og forståelse gjennom diskusjoner med veileder, medstudenter og opponenter. Ved tilbakevendende betraktning til forskningsprosessen, har studiens vinkling endret seg og resultatene viser andre funn enn jeg forventet ved studiens start. Likevel er det vanskelig å si hvorvidt egen forforståelse har blitt tilsidesatt tilstrekkelig.

I forskningsprosessen har jeg spurt meg selv om studiedesignet har vært velegnet til å kunne besvare problemstillingen. Malterud (2017) fremhever at det skal være en logisk sammenheng mellom valgt problemstilling, teori, valg av metode og data som fører frem til kunnskap, - en synlig *rød tråd*. Kvalitativ metode egner seg godt der man ønsker å belyse problemstillinger som tar sikte på å få fatt i menneskets egne erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017). Kvalitativ metode med semistrukturert individuelt intervju var velegnet for å belyse min problemstilling om jordmødrenes egne erfaringer, opplevelser og betraktninger fra barselomsorg til kvinner med keisersnitt. Det er problemstillingen som skal belyses som avgjør valg av metode (Malterud, 2017). Valg av metode kan ses på som en styrke i studien. Malterud (2017) viser til høy intern validitet når kartleggingen gjennomføres på en måte som er relevant for formålet.

Teoretisk rammeverk i studien var relevant og ble benyttet aktivt i resultatdiskusjon, teorien har hjulpet meg holde fokus gjennom analyseprosessen. De teoretiske referanserammene skal være av relevans for å kunne forstå og belyse funn i en større sammenheng (Malterud, 2017). Imidlertid har det vært utfordrende å finne tidligere forskning som har kunne belyse både keisersnitt og barselomsorg.

Et strategisk utvalg, bestående av jordmødre med erfaring fra barselomsorg til kvinner med keisersnitt ble benyttet. Det ble i tillegg benyttet et tilgjengelighetsutvalg med snøballteknikk, der kollegaer rekrutterte for meg. Variasjonsbredde muliggjøre beskrivelsen av ulike nyanser ved ett og samme fenomen (Malterud, 2017). Utvalget av åtte jordmødre, der samtlige falt under inklusjonskriteriene for deltagelse, som kan ses på som en styrke. Utvalget hadde stor

geografisk spredning, og det var ingen tidligere etablert relasjon mellom meg og deltagerne. Dette skapte større variasjon og bredde i datamaterialet (Malterud, 2017) og det kan ses som en styrke i studien. Masteroppgavens omfang og tidsbegrensinger gav imidlertid rammer for datamengden som kunne prosesseres alene og kan ses på som en svakhet i studien siden et større utvalg kunne gitt høyere informasjonsstyrke (Malterud, 2017). Informasjonsstyrken i utvalget bestemmer hvor mange deltagere det er behov for (Malterud, 2017). Etter sjette intervju bemerket jeg meg at det ble mindre ny data som kunne belyse problemstillingen, jeg kunne likevel ikke utelukke at flere deltagere ville komme med ytterligere datamateriale. Jeg valgte derfor å gjennomføre ytterligere to intervjuer, der begge tilførte rike empiriske data, Det er vanskelig å si noe om metning i et lite utvalg på åtte informanter, det var variasjoner for hvor rikt informantene delte empiriske data og manglende intervjuteknikk og sider ved meg som intervjuer kunne være med på å overse relevante data.

Ved semistrukturerte individuelt intervju, samlet jeg systematiske empiriske data fra jordmødre. Problemstillingen og relasjonen mellom intervjuer og deltager legger grunnlaget for hvor dypt samtalen går (Malterud, 2017). I kraft av felles bakgrunn fra profesjon, mellom meg som jordmorstudent og jordmødrene bidro til tillit og felles faglig forståelse for tema, Intervjuguide (vedlegg 2) med delvis fastlagte spørsmål og løs struktur ble benyttet og ga jordmødrene rom til å snakke fritt. Intervjuformen var hensiktsmessig for datasamlingen, og jordmødrene som deltok var interesserte i tema. Intervjuguiden ble justert etter tredje intervju. Justeringen er hensiktsmessig ifølge Malterud (2017) å gjøre underveis i datasamlingen når forskerne vet hvor fokus skal konsentreres. Ved de innledende intervjuene hadde jeg særlig fokus på å justere intervjuguiden utfra relevans. Ved å hele tiden vurdere om det var behov for å endre spørsmålsstrategi, -allerede etter første intervju, kunne jeg forsøke å forhindre å samle mye unyttig data. Intervjusituasjonen bød imidlertid på noen utfordringer. Jeg hadde ingen tidligere erfaringer med gjennomføring av intervju og de ble gjennomført alene. Min manglende erfaring kunne legge premisser for dybden i intervjuene og lydhørhet for hva jordmødrene egentlig formidlet. Jeg ble i tillegg ivrig og engasjert under intervjuene, noe som nok la noen føringer ved de første intervjuene. Malterud (2017) fremhever at det er nødvendig å utvikle vår følsomhet og sensitivitet for å være lydhør for hva deltageren formidler. Det ble foretatt et pilotintervju i forkant for å få erfaring med intervjusituasjon og test av intervjuguide. Det hadde vært en fordel med to forskere til stede ved intervjuene for å kompensere for manglende erfaring og lydhørhet. Syv av åtte intervjuer ble gjennomført

digitalt, jeg erfarte at dette ikke la noe demper for åpenheten i samtalen, men mistet til gjengjeld et helhetlig kroppsspråk og den non-verbale kommunikasjonen.

Transkriberingen av intervjuene ble gjort fortløpende av undertegnede, noe som resulterte i at jeg til enhver tid var godt kjent med innhold og hadde nærhet til materialet. Både en fortløpende transkribering og nærheten til materialet som kan anses som en styrke.

Gjennom hele analyseprosessen hadde jeg tilbakevendende refleksjoner. Analysetrinn to ble gjennomført to ganger, for å identifisere nye mønster som kunne belyse problemstillingen. Malterud (2017) fremhever dette som en iterativ prosess, der man gjentar ulike steg for å oppnå et resultat, der man går tre skritt frem og to tilbake. En fleksibel tilnærming som jeg hadde i analyseprosessen med frem og tilbake, kan ses på som en validering på at jeg var i dialog med materialet.

Forskningsresultatet i studien besvarer det den hadde som formål å belyse. Spørsmål om gyldighet fører til et krav om konsistens- en rød tråd- gjennom prosjektet, fra problemstilling, teoretisk rammeverk, valg av metode og data som fører frem til kunnskap (Malterud, 2017). Jeg vurderer at det er fulgt i studien da problemstillingen er besvart, det kan ses på som en styrke i studien.

Ved redegjørelse av samtlige trinn i forskingsprosessen, så åpent og ærlig som mulig, har jeg tilstrebet en transparent prosess som gir innsyn og kan etterprøves av andre til. Malterud (2017) påpeker at forskingsprosessen skal være tilgjengelig for innsyn og utfordringer av andre, samt dele resultater for å kunne si noe om overførbarhet utover studiens lokale kontekst.

Ekstern validitet fortelle om overførbarheten av mine funn ut over den sammenhengen de ble kartlagt (Malterud, 2017). Sett i norsk sammenheng, kan funn i studien være overførbare til andre jordmødre i kommunehelsetjenesten som jobber med barselomsorg til keisersnittforløste kvinner. Et lite utvalg vanskeliggjør muligheten for å si noe om overførbarhet på generell basis og det er hensiktsmessig å studere videre på området.

Sett i lys av relevans, redegjøres det for om studien tilfører kunnskap som kan anvendes til noe eller av andre. Malterud (2017) fremhever at studiens endelige relevans ikke kommer til kjenne før studien er sluttført og publisert. Funn i studien gir innsikt i jordmødres opplevelse

med barselomsorg til kvinner med keisersnitt og belyser omsorgen, utfordringer og begrensninger jordmødrene står ovenfor. Det finnes lite tilgjengelig forskning på området og tilsvarende studier på keisersnitt og tidlig hjemmebesøk som har undersøkt det samme, finnes ikke, min studie kan derfor anses som unik i sin sammenheng. Kunnskaper fra studie kan bidra til ny kunnskap til andre og være bidragsytende til videre forskning

5.3 Implikasjon for praksis

Funn i studien gir økt innsikt i jordmors opplevelser med barselomsorg til kvinner med keisersnitt og belyser omsorgen og utfordringer jordmor står ovenfor i kommunal barseloppfølging til keisersnittforløste kvinner. Gjennom å belyse jordmor perspektivet i studien, der jordmors rolle som nær støttespiller til kvinnen, belyses også den keisersnittforløste kvinnens behov for forberedelse i svangerskapet og støtte og omsorg i barseltiden. Relasjonelle kontinuiteten fra svangerskap over til barseltid styrker jordmor til å se kvinnens individuelle behov. Studien viser til viktige og interessante funn som kan være bidragsytende til økt bevisstheten og fokus rundt særegne behov for omsorg og informasjon hos kvinner med keisersnitt og dermed styrke tjenestetilbudet i svangerskaps- og barseloppfølging til keisersnittforløste kvinne.

6 Konklusjon og avslutning

I masteroppgaven har jeg presentert mitt arbeid og funn jeg har gjort ved å utforske kommunejordmødres erfaringer fra barselomsorg til kvinner som har gjennomgått keisersnitt. I dette kapitlet vil jeg presentere mine hovedfunn som besvarer problemstillingen.

Funn i studien viste at jordmødrene erfarte at den var den relasjonelle kontinuiteten som var overordnet. Relasjonell kontinuitet fra svangerskap over til barseltid styrket jordmors omsorg til kvinnen med keisersnitt, og var bidragsytende til åpenhet og tillit under tidlig hjemmebesøk. Gjennom informasjon og veiledning styrket og forberedte de kvinnen til barseltid. Tidlig hjemmebesøk var fremhevet som en viktig arene for å identifisere umiddelbare behov for omsorg og støtte samt istandsettelsen og myndiggjøringen av kvinnen og familien til veien videre. Rammebetingelsene la premisser for tilbudet jordmødrene kunne tilby. Overføringen mellom spesialisthelsetjenesten kunne by på utfordringer hos jordmor. Samarbeid med helsesykepleier ble fremhevet som godt og velfungerende, de samarbeidet om å yte et trygt og helhetlig tilbud.

Den relasjonelle kontinuiteten var grunnleggende for alt, bærebjelken i oppfølgingen, den styrket jordmors omsorg til kvinnene med keisersnitt. Informativ kontinuitet forberedte kvinnene på det som kom i barseltiden og for veien videre etter tidlig hjemmebesøk. Tidlig hjemmebesøk var en er en unik mulighet til å gi informasjon og veilede den nye familien, samt avslutte relasjonen på en profesjonell og respektfull måte. Tjenesten fungerte for de fleste jordmødrene, men de kunne møte utfordringer i forhold til organisatorisk kontinuitet, samhandling og rammebetingelser. Jordmødrene følte på et stort personlig ansvar og strakk seg langt for å yte et så godt og helhetlig tilbud som mulig.

Funnene i studien kan ha betydning for jordmødre som jobber med svangerskaps- og barseloppfølging, utvalget i studien var lite og sett i lys av studiens begrensede omfang og lite tidligere forskning på området, ville det være nyttig å gjøre ytterligere studier med et større utvalg. Det ville videre vært interessant å gjennomføre studier med kvinnens perspektiv innenfor samme tema og se funnene opp mot hverandre.

Referanseliste

- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* . (LOV-2022-12-20-98). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Aune, I., Tysland, T., & Amalie Vollheim, S. (2021). Norwegian midwives' experiences of relational continuity of midwifery care in the primary healthcare service: A qualitative descriptive study. *Nordic journal of nursing research*, 41(1), 5-13. <https://doi.org/10.1177/2057158520973202>
- Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S.-E., & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scand J Caring Sci*, 29(3), 409-417. <https://doi.org/10.1111/scs.12144>
- Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S.-E., Langius-Eklöf, A., & Hylander, I. (2013). Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. 28(1), 57-65. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/scs.12036>
- Barimani, M., & Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*, 31(8), 811-817. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009>
- Basset, S. (2017). Obstetric interventions. In S. Macdonald, G. Johnson, C. Warwick, & M. Mayes (Eds.), *Mayes' midwifery : edited by Sue Macdonald, Gail Johnson ; foreword by Cathy Warwick* (Fifteenth edition. ed., pp. 990-1003). Elsevier.
- Binnie, E. S., Reinar, L. M., & Venheim, M. A. (2017). Barselomsorg. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg. ed., pp. 593-608). Cappelen Damm akademisk.
- Cummins, A., Griew, K., Devonport, C., Ebbett, W., Catling, C., & Baird, K. (2022). Exploring the value and acceptability of an antenatal and postnatal midwifery continuity of care model to women and midwives, using the Quality Maternal Newborn Care Framework. *Women Birth*, 35(1), 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.006>
- Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Brukererfaringer med fødsels - og barselomsorgen i 2016. Nasjonale resultater.* (PasOpp- rapport nr. 2017: 519). Folkehelseinstituttet Retrieved from <https://www.fhi.no/contentassets/66188fa1743d48869107e2db256bdff5/fode--og-barselavdelinger/brukerfaringer-med-fodsels--og-barselomsorgen-i-2016.-nasjonale-resultater.pdf>
- Forskingsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid.* (LOV-2006-06-30-56). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* (FOR-2003-04-03-450). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/2018-10-19-1584>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.* (FOR-2020-02-04-119). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om utgifter til jordmorhjelp. (2019). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp.* (FOR-2022-06-28-1227). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/2019-08-13-1061>

- Forskrift til rammeplan for jordmorutdanning. (2005). *Forskrift til rammeplan for jordmorutdanning*. (FOR-1980-11-17-8757). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/2005-12-01-1390>
- Guittier, M.-J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M., & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 254-254. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-254>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hainsworth, N., Cummins, A., Newnham, E., & Foureur, M. (2022). Learning through relationships: The transformative learning experience of midwifery continuity of care for students: A qualitative study. *Women Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.006>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* . (LOV-2021-06-18-97). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helse norge. (2023). *Barsel og oppfølging etter fødsel*. Helse norge. Retrieved 22.02.2023 from <https://www.helsenorge.no/etter-fodsel/oppfolging-etter-hjemkomst/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.no Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf
- Helsedirektoratet. (2018). 2. konsultasjoner i svangerskapsomsorgen. In Helsedirektoratet (Ed.), *Svangerskapsomsorgen : nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/konsultasjoner-i-svangerskapsomsorgen#gravide-med-et-normalt-svangerskap-bor-fa-tilbud-om-et-basisprogram-med-atte-konsultasjoner-inkludert-ultralydundersokelse-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2021). *Tilgang på og behov for jordmødre*. Helsedirektoratet. Retrieved 15.02.23 from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre>
- Helsedirektoratet. (2022). *Bemanningsbehov i jordmortjenesten på helsestasjon*. Helsedirektoratet. Retrieved 22.02.2023 from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/bemanningsbehov-jordmortjenesten-helsestasjon>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2020-12-04-133). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-2022-03-25-14). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hermansson, E., & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.005>
- ICM. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. The International Confederation of Midwives supports midwives (ICM) Retrieved from

- <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives>
- ICM. (2017). *International Definition of the Midwife*. The International Confederation of Midwives (ICM), Retrieved from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition-of-the-midwife-2017.pdf>
- Ihlebaek, H. M. (2020). Lost in translation - Silent reporting and electronic patient records in nursing handovers: An ethnographic study. *International journal of nursing studies*, 109, 103636-103636. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103636>
- Karlsdóttir, S. I., & Halldórsdóttir, S. (2022). A theory of professionalism in midwifery for the empowerment of childbearing woman. In E. Blix, H. Gottfredsdóttir, A. Wikberg, E. A. Nøhr, & I. Lundgren (Eds.), *Theories and perspectives for midwifery : a Nordic view* (pp. 233-242). Studentlitteratur.
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (u.å.). *Kommuneøkonomi*. regjeringen.no: Kommunal- og distriktsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/id537966/>
- Lain, S. J., Roberts, C. L., Bowen, J. R., & Nassar, N. (2015). Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. *Pediatrics*, 135(2), 314-321. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2388>
- Levorstad, T., Saue, M.-S., Nilsen, A. B. V., & Vik, E. S. (2022). Midwives' experiences of an organizational change in early postpartum care services in Norway: A qualitative study. *Eur J Midwifery*, 6(April), 24-28. <https://doi.org/10.18332/ejm/147746>
- MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., Lancashire, R. J., Braunholtz, D. A., & Gee, H. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 359(9304), 378-385. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07596-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07596-7)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2014). Views of Women and Clinicians on Postpartum Preparation and Recovery. *Matern Child Health J*, 18(3), 707-713. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1297-7>
- Mohamed, S., Kader, S., & Azzam, H. (2022). Effect of pre-cesarean section instruction on postpartum maternal-newborn attachment behavior. *Egyptian Nursing Journal*, 19(2), 116-129. https://doi.org/10.4103/enj.enj_41_21
- Mørch, M., Sommerseth, E., & Dahl, B. (2019). Barselerfaringer etter akutt keisersnitt. *Sykepleien Forskning*(14). <https://sykepleien.no/forskning/2019/05/barselerfaringer-etter-akutt-keisersnitt>
- NICE. (2021). *Postnatal care, NICE guideline [NG194]*. National institute for health and care excellence (NICE) Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/Recommendations#organisation-and-delivery-of-postnatal-care>
- Nieuwenhuijze, M., & Leahy-Warren, P. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*, 78, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.015>
- NSD. (u.å.). *Personverntjenester for forskning*. NSD- Norsk senter for forskningsdata. Retrieved 15.11.2022 from <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2022-12-16-92). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pereira, T. R. C., De Souza, F. G., & Belezza, A. C. S. (2017). Implications of pain in functional activities in immediate postpartum period according to the mode of delivery and parity: an observational study. *21*(1), 37-43.
<https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2016.12.003>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. (LOV-2021-06-18-124). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Puia, D. (2013). A Meta-Synthesis of Women's Experiences of Cesarean Birth. *38*(1), 41-47. Retrieved 30.08.2022, from
https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2013/01000/A_Meta_Synthesis_of_Women_s_Experiences_of.10.aspx
- Sigurðardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., & Gottfreðsdóttir, H. (2019). Processing birth experiences: A content analysis of women's preferences. *Midwifery*, *69*, 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.016>
- Sullivan, K., Lock, L., & Homer, C. S. E. (2011). Factors that contribute to midwives staying in midwifery: A study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery*, *27*(3), 331-335. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.01.007>
- Sølsnes, K.-J., Brattås, T. H., & Ulvedalen, G. (2013). Tidlig hjemreise kan føre til dehydrering. *Tidsskriftet sykepleien*, *101*(11), 64-67.
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0105>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Fagbokforl.
- Tjora, E., & Reigstad, H. (2009). En seks dager gammel pike med vektneidgang. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, *129*(9), 868-869. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0517>
- Tveit, G. N. I., & Söderhamn, U. S. U. (2015). Hva gjør førstegangsmødre for å mestre barnestellet i tidlig barseltid? *Nordisk sygeplejeforskning*, *5*(2), 151-164.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-07>
- Tveiten, S. (2020). Veiledning som metode i empowermentprosessen. In A. Vågan (Ed.), *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (pp. 73-91). Gyldendal Akademiske.
- UiO. (2016, 12.06.2022). *Mobile løsninger til forskning*. UiO Universitetet i Oslo. Retrieved 16.02.2023 from <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/datafangst-og-analyse/mobil-app/mer-om/index.html>
- UiT. (2022). *Informasjonssikkerhet og personvern ved UiT*. UiT Norges arktiske universitet Retrieved 16.02.2023 from https://uit.no/om/informasjonssikkerhet#innhold_675089
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association. Retrieved 19.12.2022 from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Aaserud, T. G., Tveiten, S., & Gjerlaug, A. K. (2016). Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid. *Sykepleien forskning (Oslo)*(59215), e-59215.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59215>

Vedlegg

Vedlegg 1. Informasjonsskriv



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET
HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET

Forespørsel til jordmor om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave i jordmorfag

Som student ved master i jordmorfag, Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet skal jeg skrive en avsluttende masteroppgave.

Masteroppgaven er et selvstendig og veiledet prosjekt med vekt på forskning – og fagutvikling innenfor jordmorfaget. Datainnsamling til oppgaven vil gjøres ved intervju av jordmødre.

Tema for masteroppgaven er: *Jordmødre i kommunehelsetjenestens erfaringer med barselomsorg til kvinner med keisersnitt*. Hensikten med studie er å få økt innsikt i jordmødres erfaringer og opplevelser med tema og dermed få belyst tjenestetilbudet.

Jeg retter en forespørsel til deg for å høre om du er villig til å delta i studien og dermed la deg intervjuet. Fokus for intervjuet er dine erfaringer med det valgte jordmorfaglige temaet. Kriteriet er at du har en særskilt interesse og erfaring med tema, har din nåværende stilling i kommunehelsetjenesten og med minst et år som jordmor i norsk kommunehelsetjenesten etter at tidlig hjemmebesøk ble innført i 2018. Du må også beherske norsk muntlig og skriftlig.

Inntil ti jordmødre vil bli inkludert i studien og vil bli intervjuet hver for seg. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter. Ved lange geografiske avstander foregår intervjuet på videokonferanse Teams, ved kortere avstander møtes vi fysisk for å gjennomføre intervjuet der du måtte ønske. Utgangspunktet for intervjuet er en intervjuguide med noen spørsmål som også vil gi deg mulighet for å utdype områder eller fortelle fritt. Før selve intervjuet starter, tas muntlig samtykkeerklæring fra deg.

Samtykke og intervjuet tas opp på godkjent lydopptaker app på mobiltelefon via Nettskjema utviklet av Universitetet i Oslo og er en løsning for sikker lagring av data og ivaretagelse av personvern ved intervju. Lydopptakene i fra intervjuene lagres på og avspilles fra en sikker server i Nettskjema og vil kun være tilgjengelig for meg som student. Jeg gjør også notater underveis.

Lydfilen vil bli skrevet om til tekst (transkribert) til bruk i analysearbeidet og behandles konfidensielt. Alt datamateriale håndteres og lagres inne på studentens eget private område ved UiT servere, OneDrive/SharePoint med en to-trinns autentisering før innlogging. Min veileder har også tilgang på transkriberte materialet. I arbeidet brukes aldri privat e-post eller lagring på studentens private pc. Lydfiler av samtykket og intervju slettes automatisk etter 6 måneder, og det transkriberte materialet slettes når endelig sensur for masteroppgaven foreligger, senest utgangen av november 2023.

For å ivareta dine personopplysninger er studien fremlagt for Norsk senter for forskningsdata (NSD). Utover din stemme i lydopptaket, holdes øvrige personopplysninger anonymiserte. Under intervjuet vil det ikke bli stilt spørsmål eller transkribert svar som gjør at du som informant kan gjenkjennes; for eksempel navn, arbeidssted eller andre direkte identifiserende opplysninger. Det er kun jeg som student som kjenner din identitet. Vi minner samtidig om at du som informant er underlagt Helsepersonelloven, herunder taushetsplikt og pasienthistorier eller annen informasjon som kan være med på å bryte taushetsplikten må unngås.

Data analyseres, tolkes og presenteres gjennom masteroppgaven. Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom masteroppgaven eller senere formidling. Ved bestått masteroppgave kan denne publiseres gjennom UiTs publiseringskanal Munin.

Det er frivillig å delta i studien, og du samtykker muntlig til å delta i intervju. Du kan når som helst, inntil innlevering av oppgaven, og uten å oppgi grunn, trekke deg og be om at materialet slettes. Du kan også be om å få lese transkripsjonen og endre eller slette deler av materialet.

Ønsker du å delta eller har spørsmål angående studien, kan du kontakte: student *Elisi B. Klingan* på telefon [REDACTED] eller mail [REDACTED]

Daglig ansvarlig for prosjektet er veileder ved UiT Norges arktiske universitet: *Førsteamanuensis Solrunn Hansen*, [REDACTED]. UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig. Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontaktes dersom spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78, e-post: personvernombud@uit.no

Med vennlig hilsen

Elisi B. Klingan

Masterstudent i jordmorfag

Solrunn Hansen

Førsteamanuensis

Vedlegg 2 Intervjuguide

Kort presentasjon av meg selv og mitt prosjekt og takker informanten for deltagelse. Informerer deltageren om gangen i intervjuet og at det er en åpen tilnærming der deltageren gjerne må utdype tanker og refleksjoner rundt tema vi tar opp i intervjuet.

Presiserer for deltageren at vi er bundet av helsepersonelloven og det ikke er rom for å ta opp pasienthistorier eller personopplysninger som kan identifisere deltager eller pasienter. Deltager oppfordres til å ikke dele med andre om egen deltagelsen i prosjektet. Dette for at de selv minimerer faren for å bli identifisert i materialet.

Samtykkeerklæring tas opp på separat lydfil før selv intervjuet starter.

Innledningsspørsmål

Hvor lenge ansiennitet har du som jordmor?

Hvor lang ansiennitet har du i kommunehelsetjenesten?

Jobber du i en by eller landkommune?

Hovedspørsmål

Spm 1. Kan du fortelle litt om hvordan barselomsorgen er organisert i kommunen der hvor du jobber?

Spm 2. Hva betrakter som ditt ansvarsområde som jordmor i barselomsorgen?

Spm 3. Hvilken erfaring har du med at jordmor i kommunehelsetjenesten legger en plan for oppfølgingen til barseltiden for kvinner som skal gjennomføre et planlagt keisersnitt?

Oppfølging: spesiell strategi for omsorg? Hva er viktig?

Spm 4. Kan du fortelle om dine erfaringer med overføringen av kvinnen med keisersnitt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten?

Spm 5. Kan du fortelle litt om hvilke utfordringer og særskilte behov du erfarer og observerer en nybakt mor med keisersnitt kan ha?

Oppfølging: Hva kan jordmor bidra med?

Spm 6. Kan du fortelle litt om hva som er viktig for deg sett fra et jordmorfaglig ståsted i oppfølgingen av kvinner med keisersnitt og det nyfødte barnet?

Oppfølging: Hva vektlegger du i omsorgen din? Ved ekstra behov for omsorg og hjelp, hva gjør jordmor da?

Spm 7. Hva tenker du som jordmor fungerer godt og som er bra ved tjenestetilbudet til disse kvinnen?

Oppfølging: Kontinuitet, relasjon, tid, tilgjengelighet, faglig kompetanse, smertelindring og ammeveiledning.

Spm 8. Møter du noen begrensninger/utfordringer rundt barseloppfølgingen og omsorgen du som jordmor kan gi til kvinner med keisersnitt?

Oppfølging: kontinuitet, tidsaspekt og barseloppfølgingens tidsbegrensning?

Spm 9. Kan du fortelle litt rundt dine erfaringer i forhold til avslutning av jordmors oppfølging av kvinnen i barselomsorgen?

Oppfølging: Samarbeid helsesykepleier?

Avslutningsvis er det noe du vil tilføye rundt tema som vi har belyst, som du spesielt brenner for?

Bruk oppfølgingsspørsmål der noe er uklart eller som kan misforstås, f.eks. er det dette du mente med dette? Hvis noe er spesielt interessant, følger man gjerne opp med utdypingsspørsmål som f.eks.: kan du forklare detaljene rundt dette? Hva tenkte du om det? Hva tenkte du da? Hva tenker du omkring dette? Kan du presisere eller utdype dette?

Takker for deltagelse og minner om at deltageren kan trekke seg i fra studien helt frem til masterprosjektet er levert.

Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD - Norsk senter for forskningsdata

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut

27.10.2022

Referansenummer

971528

Vurderingstype

Standard

Dato

27.10.2022

Prosjekttittel

Jordmødre i kommunehelsetjenesten sine erfaringer med barselomsorg til kvinner med keisersnitt.

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig

Solrunn Hansen

Student

Elisi Beathe Klingan

Prosjektperiode

19.09.2022 - 30.11.2023

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremst den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.11.2023.

Kommentar

OM VURDERINGEN Personverntjenester 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. Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg. **VIKTIG INFORMASJON TIL DEG** Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder. **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet. **LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. **PERSONVERNPRINSIPPER** Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet **DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** 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). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. **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. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres. **OPPFØLGING AV PROSJEKTET** Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4 Muntlig samtykkeerklæring

Muntlig samtykke til deltagelse i studien

Samtykket tas opp i en egen separat lydfil før selve intervjuet starter.

Lydfilen tas opp ved hjelp av nettskjema-diktafon. Vi ber deg om å lese følgende formular:

Jeg (ditt navn) samtykker til å delta i studien, jeg har på forhånd mottatt skriftlig informasjon om prosjektet.

I dag er den (dagens dato)

Vedlegg 5 Datahåndteringsplan

Datahåndteringsplan fra NSD:

Jordmødre i kommunehelsetjenesten sine erfaringer med barselomsorg til kvinner med keisersnitt.

Formålet med prosjektet er å få økt innsikt i jordmødres erfaringer og opplevelser med barselomsorgens tjenestetilbud til kvinner med keisersnitt i kommunehelsetjenesten. Barseltiden er en viktig, betydningsfull og sårbar tid for kvinner etter fødsel. Kvinner med keisersnitt er i en særskilt situasjon og har flere fysiske begrensinger og utfordringer. Nedsatt kvalitet i tjenestetilbud og oppfølgingen av disse kvinnene og dere barn kan ha negative konsekvenser for dem videre i livet. Brukerundersøkelser viser til svake og sårbare punkter i tjenestetilbudet til barselkvinner og overgangene imellom de ulike omsorgsnivåene i tjenestene. Forskning som er tilgjengelige viser til utfordringer knyttet til tidsaspekt og manglende kontinuitet. I lys av dette og lite forskning på området, er det aktuelt å forske videre på området og se om man kan fremskaffe ny kunnskap som kan ha nytteverdi og forbedre tjenestetilbudet for en allerede sårbar gruppe.

Fagområder: Medisinske fag

Forskningsansvarlig institusjon: UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektvarighet: 19.09.2022 — 30.11.2023

Nytteverdi: Datamateriale som skal samles inn i forbindelse med prosjektet skal brukes i analysearbeidet for å belyse problemstillingen i masteroppgaven. Den analyserte data kan være av interesse og ha nytteverdi for andre jordmødre og yrkesgrupper som jobber innenfor svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen. Kvinner med keisersnitt som benytter seg av tjenestetilbudet barselomsorgen i kommunehelsetjenesten kan også ha nytte av resultatene i fra prosjektet. Det innsamlede materialet kan bidra til å øke kunnskapen og forståelse for jordmødres erfaringer med tjenestetilbudet i kommunehelsetjenesten til kvinner med keisersnitt.

Etiske retningslinjer

- Generelle forskningsetiske retningslinjer
- Vancouveranbefalingene

Opphavs- og eiendomsrett: Studentprosjekt i samarbeide med UiT Norges arktiske universitet.

Intervju

Beskrivelse: Intervju av jordmødre.

Datatype: Lyd

Språk: Norsk bokmål

Nøkkelord: Jordmor, barseltid, barselomsorg, keisersnitt, tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten

Data om personer: Nei

Er det noen andre grunner til at dataene dine trenger ekstra beskyttelse? Nei

Konfidensialitetsklassifisering: Intern

Kommentar: Muntlig samtykke tas opp i separat lydfil via nettskjema.no. Lydopptakene med intervjuene utover stemmebruk inneholder ikke direkte personopplysninger og det

transkriberte materialet er anonymisert. Bakgrunnsopplysninger holdes på et minimumsnivå og som ikke kan identifisere informanten ved sammenstilling av data. Variabler kategoriseres når nødvendig. Alle data lagres i henhold til UiT retningslinjer for lagring av data. Lydfilene er lagret på sikker server UiO- nettskjema.no. Det transkriberte materialet og skrivearbeid er lagret på OneDrive via sikker server ved UiT, tilgang til materialet krever to-trinns autentisering.

Innsamlingsperiode: 15.10.2022 — 30.11.2022

Innsamlingsenheter

- UiO Nettskjema

Datakvalitet:

Det skal foretas en test av opptak av lydfil i nettskjema-diktafon før samtykke og intervju starter.

Metode: Intervju

Beskrivelse:

Kvalitativ metode skal benyttes i prosjektet. Denne metoden er velegnet for å studere ulike erfaringer og fenomener. Inntil 10 individuelle dybdeintervju av jordmødre for innhenting av empiriske data. Jordmødre må ha nåværende stilling og ha jobbet i minst et år som jordmor i norsk kommunehelsetjenesten etter at tidlig hjemmebesøk ble innført i 2018 og ha erfaring med barsel oppfølging av kvinner med keisersnitt. Det vil bli benyttet en intervjuguide for å holde struktur igjennom intervjuprosessen.

Størrelse: 100 MB

Kommentar: Lydfiler, transkribert materiale og tekstfiler.

Format: doc

Programvare: OneDrive/SharePoint Microsoft Office 365 med to-trinns autentisering via UiT servere. App nettskjema-diktafon via UIO nettskjema.no

Kommentar: Student har kun tilgang til lydfilene med samtykke og intervju. Transkribering foretas gjennom avspilling fra Nettskjema under streng konfidensialitet. Student og prosjektansvarlig har tilgang til transkriberte intervjuer og tekstfiler.

Navnekonvensjoner: Hver enkelt mappe og fil navngis utfra innhold, f.eks. mappe-transkriberte intervju, fil-intervjunr1 transkribert.

Kommentar: Det er viktig å holde struktur og system i materialet slik at det ikke blandes og forveksles med andre informanters intervju.

Lagring

- Skytjeneste, institusjonsavtale

Kommentar:

Ingen data lagres på privat enhet. Alle data lagres via sikret ekstern server ved UiT Microsoft Office 365 OneDrive og SharePoint med to-trinns autentisering.

Arkivering: Nei

Kommentar:

Materialet i fra studien skal ikke brukes videre i annet forskningsprosjekt så det er ikke behov for langtidslagring. Lydfilene i nettskjema slettes automatisk seks måneder etter siste opptak.

Transkribert materiale og tekstfiler slettes av studenten ved endt oppgave og senest innen

30.11.2023. Prosjektansvarlig/veileder får skriftlig beskjed via e-post fra student når dette er gjennomført. Veileder melder til NSD om prosjektslutt.

Vedlegg 6 ROS- analyse

Prosjektinformasjon:

Prosjektnavn: Jordmødre i kommunehelsetjenesten sine erfaringer med barselomsorg til kvinner med keisersnitt

Studieretning og institutt: Master i jordmorfag, Det helsevitenskapelige fakultet.

Student: Elisi Beathe Klingan

Veileder(e): Solrunn Hansen

Nr.	Hvem er dette aktuelt for?	Hva kan skje (risikoelement)?	Hvorfor kan dette skje (årsak)?	Hvordan kan denne hendelsen oppdages (eksisterende kontrolltiltak)
<i>Beskrivelse</i>		<i>Hva kan skje? Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår?</i>	<i>Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva initierer hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og motiv har trusselaktøren? Hvilken svakhet/feil kan utnyttes her?</i>	<i>Hvordan kan man oppdage denne hendelsen? Hvilke muligheter har dere per i dag for å kontrollere eller finne ut av om den uønskede hendelsen skjer?</i>
<i>Eksempel</i>	Alle	Forskningsdata blir tilgjengelig for uvedkommende. Dette kan medføre økonomiske tap, tap av tillit, brudd på personvern eller at forskningsprosjektet forsinkes eller må avsluttes.	Prosjektdeltakere bruker privat utstyr for å lese/redigere data fra prosjektet. Prosjektdata blir ikke kategorisert korrekt som røde eller sorte data ved lagring (Azure Protect-kategorisering) i godkjente områder. Sikkerhetsrutiner blir ikke fulgt, eller er ikke godt nok opplyst om.	Bruke "Spor endringer"-funksjonen i Office for å se om noen har endret på dokumenter.
1	Alle	Rekruttering av informanter og innsamling av data starter før prosjektet er meldt inn til NSD og eventuelt godkjent av REK.	Studenten har ikke fått tilstrekkelig opplæring i rutiner for forskningsprosjekt. Studenten har ikke satt seg tilstrekkelig inn i UITs retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern.	Kan oppdages av veileder.
2	Alle	Studenten innhenter ikke informert samtykke før intervjuet gjøres	Studenten glemmer å spørre etter muntlig samtykke på bånd/video-opptak før intervjuet	Ekstra kontroll av filer i Nettskjema. Gjennomgang av sjekklister; mangler avkryss - lagres i Sharepoint. Ved transkribering. Informanten påpeker at samtykket ikke er innhentet j.m. informasjonsskrivet.

Risikonivå			Hva kan gjøres for å unngå dette (tiltak)?	Ansvarlig for oppfølging	Dato
Sannsynlighet ⁽¹⁻⁴⁾	Konsekvens ⁽¹⁻⁴⁾	Risiko			
			<i>Hvilke sikkerhetstiltak kan gjøres? Hvilke tiltak kan gjøres for å få ned risikoen? Beskriv hvilke spesifikke tiltak som gjennomføres i prosjektet. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.</i>	<i>Hvem skal følge opp tiltaket? Navnet på personen som skal følge opp dette tiltaket føres opp her.</i>	<i>Når skal tiltaket gjøres? Dato for når tiltaket skal gjøres føres opp her.</i>
1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy		Sørge for at rutiner for sikker lagring av konfidensiell informasjon gjennomgås for alle studenter. Utvikle rutiner for gjennomgang av logg ved jevne mellomrom, samt rutiner for sjekk av kategorisering av data.	Navn Navnesen	01.01.2023
1	1	2	Studenten leverer en projektskisse som beskriver prosessen for innsamling av data og hvilken godkjenning som være på plass før den kan starte. Ansvarlig for prosjektet veileder studenten i utforming og krav til projektskisse og søknad til NSD. Studenten har satt seg grundig inn i UITs retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern.		
1	1	2	Gjennomgå sjekklister før intervju starter der Innhenting av samtykke på egen lydfil er beskrevet. Eget punkt i informasjonsskrivet som deltager mottar på forhånd der lydfil med samtykke er beskrevet. Eget punkt i intervjuguiden der samtykke med egen lydfil er beskrevet. Hvis samtykke blir glemt må det innhentes når avvik oppdages.		

3	Alle	Lyd/video-opptaker med intervju kan komme på avveie/mistes	Opptaker blir borte før data er overført og slettet	Rutiner for bruk av to enheter blir ikke fulgt, studenten oppdager selv under/etter intervju at lydfilene mangler. Ved transkribering.
4	Alle	Studenten bruker privat opptaksutstyr (egen mobil, nettbrett, datamaskin)	Studenten er ikke gjort kjent med at det ikke er lov til å bruke privat utstyr. Studenten har ikke fått opplæring/er ikke kjent med godkjente løsninger for opptak. Det oppstår tekniske utfordringer i opptakssituasjonen, som gjør at studenten må bruket privat utstyr for å få gjennomført intervjuet.	Ved gjennomføring av intervju. Studenten oppdager mangler ved utstyret, men velger å fortsette på tross av dette.
5	Alle	Personopplysninger kommer på avveie	Samtykkeerklæring oppbevares ikke forskriftsmessig. Forskningsdata skrives ut i papirform og kommer på avveie. Kontaktopplysninger oppbevares ikke forskriftsmessig. Personopplysninger anonymiseres ikke tilstrekkelig. Studenten bruker ikke godkjente prosedyrer når data flyttes mellom enheter. Prosedyrene for å sikre personopplysninger er for dårlig. Opplæringen om prosedyrene er for dårlig. Studenten lagrer data på ikke godkjente områder.	I alle stadier i prosjektet. Studenten oppdager at datahåndteringsplanen er fulgt og materiale er ikke anonymisert.
6	Alle	Data er ikke tilgjengelig	Data er ikke tilgjengelig på grunn av manglende nettilgang, eller på grunn av teknisk svikt. Manglende lokal backup av data ved eksamen/viktige datoer/datoer der man ikke kan risikere nedetid.	Kan oppstå ved lagring eller ved bearbeiding av tekstfiler. Studenten oppdager at hun ikke får tilgang til materialet når hun skal jobbe med prosjektet.
7	Alle	Data er slettet eller endret	Data har blitt endret/slettet ved en feil av student/prosjektleder. Student har ikke kjennskap til lagring av data, noe som fører til at eldre data blir brukt videre. Datainnbrudd der data har blitt slettet av	Kan oppstå i alle deler av prosjektet før oppgaven er levert. Fra transkribering til arbeidet med tekstfiler.
8	Studenter som lagrer data i Office 365	Lydopptak/data lagres ukryptert ved overføring til Office	Studenten laster ned data fra Nettskjema til et Office-område som ikke er kryptert eller godkjent.	Ved transkribering av lydfilene. Studenten oppdager at det er lagret datamateriale på hennes private enhet.

1	2	3	Kun benytte diktafon-app via nettskjema.no ved lydopptak, benytt to enheter med samme app-diktafon som back-up. Nettskjema diktafon app lagrer lydfilen i 90 dager og kan lastes opp i nettskjema på nytt om nødvendig. Risiko for å miste lydfil gjennom bruk av Nettskjema er svært liten. Kun studenten har tilgang til lydfilene.		
1	2	3	Høy bevissthet rundt dataskikkerhet. Følge oppsettet i datahåndteringsplanen i prosjektskissen. Kun benytte diktafon-app via nettskjema.no, trene og øve med bruk av diktafon-app før intervjuene starter. Ikke benytt egen PC/telefon eller annet privat utstyr.		
1	2	3	Alle data lagres ved sikret, ekstern server ved UIT og UIO. To trinn autentisering for pålogging til studentenes område. Kun benytte nettskjema.no for datalagring av lydfiler og office 365/sharepoint/Onedrive for lagring og tekstfilarbeid og UIT mailkonto ved kontakt med deltager under rekrutteringsprosessen. Ingen data lagres ved privat enhet. Anonymisere ID på deltagerne. Kun studenten kjenner informantens identitet. Lytting av transkripsjon skjer kun når studenten er alene; under full diskresjon.		
1	1	2	All jobbing med transkripsjon og tekstfilarbeid gjøres via to trinn autentisering på eget område ved UIT i Office 365/Sharepoint/Onedrive/UIT mailkonto og via sikker servere ved UIT og nettskjema.no UIO. Krever arbeid under nettilgang.		
1	1	2	Benytt "siste endring" i dokumentet for å spore endringer som har vært gjort. Bruk retningslinjene for databehandling gjennomgående i prosjektet.		
1	2	3	Lydopptak lastes ikke ned fra Nettskjema. Det skal ikke forkomme opplasting av datamateriale fra transkripsjonen til privat enhet/PC. Kun benytte Office 365/Sharepoint/Onedrive/UIT mailkonto og via sikker servere ved UIT.		

9	Studenter som lagrer data i Office 365	Data krypteres ikke med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) (AIP), og lagres derfor ikke på godkjent måte	Studenten bruker privat PC som ikke støtter Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten glemmer å klassifisere data med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten får ikke åpnet filen i analyseprogrammet og dekrypterer filen av bekvemmelighetsehensyn.	Ved å åpne transkribering, ser en om filen er beskyttet med tilgangskontroll.
10	Studenter som lagrer data i Office 365	Data slettes ikke fra Office etter at databehandlingen er ferdig	Veileder har ikke tilgang til å slette data. Veileder vet ikke hvor data er lagret. Studenten glemmer å slette data.	Sletting av data ved siste sensur. Studenten oppdager at filer er lagret feil og ikke har blitt slettet iht. datahåndteringsplanene når prosjektet er ferdig. Veileder blir feilinformert om at alle data er slette.
11	Studenter som lagrer data i Office 365	Eksterne eller andre ansatte ved UIT kan få tilgang til forskningsdata	Forskningsdata lagres på feil sted i Office. Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) brukes ikke	Oppdages ved at datafiler er lagret utenom OneDrive eget område eller Sharepoint Student/veileder sin gruppe. Rutinekontroll at filen er lagret på rett område og med rett tilgang. Studenten oppdager at hun ikke finner datamaterialet der hvor det skal ligge.
12	Alle	Resultat i oppgaven er ikke anonymisert	Studenten presenterer nok informasjon om informantene til at de kan gjenkjennes.	Fortløpende i prosjektet. Studenten og veileder oppdager ved veiledning at noen av transkripsjonen kan identifiserer deltageren i prosjektet.
13	Alle	Masteroppgavens kvalitet kan skape integritetsproblemer for institusjonen.	Studenten får ikke rekruttert et hensiktsmessig utvalg. Studiens design er ikke hensiktsmessig for å frembringe resultater som kan svare på problemstillingen. Studenten får ikke generert data som kan svare på problemstillingen. Studenten får ikke analysert data på adekvat måte som er tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingen. Fremstillingen av resultater bidrar ikke til å frembringe ny eller relevant kunnskap.	Fortløpende i prosjektet og ved sensur. Studenten oppdager at hun har ikke har fulgt sin egen projektskisse og analysemetoden blir ikke fulgt, slik at datamaterialet blir feiltolket.

1	1	2	Følge regel om å klassifisere og beskytte materialet. Ekstra beskyttelse på transkripsjonen med tilgang for student og veileder. Kun benytte Office 365/Sharepoint/Onedrive via sikker servere ved UIT for å ikke dekryptere materialet.		
1	1	2	Lydfilene i nettskjema.no slettes automatisk 6 md. Etter siste lagring. Alle tekstfiler skal lagres i office 365 Sharepoint/ Onedrive. Når data er slettet av student etter siste sensur, skal prosjektansvarlig ha beskjed. Veileder melder til NSD at prosjektet er avsluttet. Ingen materiale må lagres på privat enhet/pc.		
1	1	2	Alle data lagres ved sikret, ekstern server ved UIT. To trinn autentisering for pålogging til studentenes området. Benytt office 365/sharepoint/Onedrive for lagring og tekstfilarbeid begrenset til student og veileder. Ved arbeid i filer, ta en ekstra sjekk at de er lagret på korrekt sted. Merke filer med <i>intern</i> og tilgangskontroll student og veileder spesielt for transkripsjonen.		
1	2	3	Studenten har økt bevissthet på personvern og anonymisering i materialet. Bakgrunnsvariabler er begrenset til kun nødvendige opplysninger, og rapporteres på gruppenivå i masteroppgaven. Veileder leser igjennom og kontrollerer tekstfilmaterialet og transkripsjoner av intervju regelmessig.		
1	1	2	Aktiv student i rekrutteringen. Grundig gjennomarbeidet projektskisse. Intervjuguide i tråd med problemstilling. Studenten setter seg godt inn i analysemetoden. Veileder leser igjennom og kontrollerer tekstfilene i prosjektet fortløpende.		

Tabell T1 Prosessen fra meningsbærende enheter til resultatkategori- et eksempel.

Tabell 2. Prosessen fra meningsbærende enheter til resultatkategori- et eksempel.				
Meningsbærende enheter	Kode- gruppe	Sub- gruppe	Kondensat	Resultat- kategori
<p>hos oss er vi i utgangspunktet sånn etter retningslinjene at jordmor skal på et hjemmebesøk 1-3 dager etter hjemkomst i fra sykehuset, og det får vi stort sett til i min kommune. (1)</p> <p>(...) opplever jeg en ledelse her som er fleksible på at er det noen som trenger et besøk til eller liksom gjør det beste for innbyggerne våre er på en måte hoved overskriften så hvis du tenker dette er sånn som er lurt, så gjør du det. (1)</p> <p>Det er ikke alltid vi klarer 1-3 dager, spesielt ikke på sommeren og jul og høytider, da kan det være litt kritisk (...) at vi rekker, da tror jeg ikke vi klarer, på alle å komme innen tre døgn. Det gjør vi ikke (...) men så fort vi er klar og er på jobb prioriterer vi veldig hjemmebesøk. (2)</p> <p>iht. retningslinjene ift. tilbud om hjemmebesøk til alle gravide i kommunen og med tilbud om en til tre dager etter at de er kommet hjem fra sykehuset, så langt har det latt seg gjøre. Men den anbefalingen, den sterke anbefalingen som retningslinjene har, den klarer kommunen å opprettholde (...) vi kan også tilby flere hjemmebesøk hvis det er behov for det (3)v</p> <p>Derfor gjør jeg praktiske avtaler der gravide sender meg en melding på jobbtelefonen om at de har født, hjem i morgen f.eks. har født og skal hjem (...) for på den måten kan jeg sørge for at, eller at de får tilbud eller at jeg får mulighet for å gi de det tilbudet innen fristen. (3)v</p> <p>det organiserer vi slik at de fleste som har gått til oss i svangerskapet de sender oss en melding når de har født barnet sitt, slik at vi får litt, litt bedre tid på å, å legge inn i timeboka at vi skal komme hjem til dem innen den fristen tre dager etter hjemreise da. (6)v</p>	Rammer	Rammebetingelser for tjenesten	<p>I de aller fleste tilfeller klarer vi å tilby og gjennomføre tidlig hjemmebesøk innen fristen på 1-3 dager, som er i tråd med retningslinjene. Vi kan også tilby ekstra hjemmebesøk ved behov. Jeg opplever at vi har en ledelse som er fleksibel og vil gjør det beste for våre innbyggere. I de tilfellene der vi ikke klarer å levere tilbudet innen fristen eller kan tilby hjemmebesøk, baserer dette seg på at vi har en lav dekning med jordmødre og for få stillingshjemler. Jeg forsøker å ringe alle de som har født for å vurdere hvem som skal prioriteres for å få tidlig hjemmebesøk av jordmor.</p>	Tidlig hjemmebesøk er prisgitt ytre ramme faktorer og samarbeid

