

Hva betyr helhet og kontinuitet i svangerskap, fødsel og barselomsorg for kvinner? En evaluering av Barsel hjemme, et prosjekt fra Oslo

Lena Henriksen

Master of Public Health

MPH 2010:7



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Hva betyr helhet og kontinuitet i svangerskap, fødsel og barselomsorg for kvinner? En evaluering av Barsel hjemme, et prosjekt fra Oslo.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-85721-94-8



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Hva betyr helhet og kontinuitet i svangerskap, fødsel og barselomsorg for kvinner? En evaluering av Barsel hjemme, et prosjekt fra Oslo.				
Författare Lena Henriksen				
Författarens befattning och adress Jordmor, Ullevål universitetssykehus Føde/barsel B Kirkeveien 166 0450 Oslo Norge				
Datum då examensarbetet godkändes 19 mars 2010			Handledare NHV/External Eva Johansson, professor NHV	
Antal sidor 52	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk-Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-94-8

Sammanfattning

Bakgrunn: Bakgrunn for studien er Barsel hjemme, et prosjekt som har sett på en helhetlig modell for svangerskap, fødsel og barselomsorg. Det har vært et samarbeid mellom Ullevål universitetssykehus og Bydelene Sagene/St.Hanshugen. Kvinnene som har deltatt har gått til jordmødre fra prosjektet som er/har vært ansatt på sykehuset i svangerskapet, født på Ullevål og reist tidlig hjem i barsel med besøk fra samme gruppe jordmødre.

Hensikt: Evaluere Barsel hjemme ved å se på pasienterfaringer med prosjektet og undersøke kvinnenes opplevelse og ønsker når det gjelder kontinuitet og helhet i svangerskap, fødsel og barselomsorg.

Metode: En triangulering av metoder er brukt: Dette inkluderer en pasienterfariingsundersøkelse, en anonym spørreundersøkelse som er sammenliknet med en liknende undersøkelse fra en barselavdeling, og fokusgruppediskusjon med kvinner fra prosjektet som er analysert med innholdsanalyse.

Funn: Kvinnene som har deltatt i Barsel hjemme er svært fornøyd med prosjektet, gjennomgående mer fornøyd enn kvinner som har hatt vanlig barselopphold ved sykehuset. De hadde deltatt igjen om det hadde vært mulig. De er ikke opptatt av kontinuitet i den forstand at samme person trengs å følge de i hele forløpet. Her spiller forventninger en viktig rolle. Personalets evne til å skape en god relasjon, en følelse av trygghet og se individuelle behov er mer viktig. De ønsker mer kontinuitet i informasjonen de får under svangerskap, fødsel og barseltid.

Konklusjoner: Barsel hjemme er et prosjekt som kvinnene anbefaler, og som de skulle ønske fortsatte. Når det gjelder kontinuitet og helhet er dette avhengig av forventninger. Det at personalet kan skape personlige relasjoner og møte kvinnene på deres individuelle behov er det viktigste.

Nyckelord

jordmoromsorg, kontinuitet, brukertilfredshet, barselomsorg, tidlig hjemreise



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Continuity of care: what does it mean to women during pregnancy, birth, and the postnatal period? An evaluation of a project from Oslo, Norway.				
Author Lena Henriksen				
Author's position and address Jordmor, Ullevål universitetssykehus Kirkeveien 166 0450 Oslo Norway				
Date of approval March 19, 2010			Supervisor NHV/External Eva Johansson, professor NHV	
No. of pages 52	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian- English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-94-8

Abstract

Background: This study is based on a project known as “Barsel hjemme” (“postnatal care at home”), whose main goal has been to develop a model for prenatal, birth, and postnatal care, focusing particularly on continuity. Participants had prenatal check-ups with project midwives, delivered their babies at Ullevål University Hospital, and were discharged from the hospital early in the postnatal period. Project midwives visited all participants at home.

Aim: This study aimed to evaluate Barsel hjemme by examining patient satisfaction and assessing their experiences and desires through the prism of continuity.

Methods: A triangulation of methods was used. This included a patient satisfaction survey; an anonymous survey that was then compared with a similar survey from a standard postnatal department; and content analysis of focus group discussions.

Findings: Women who participated in Barsel hjemme were very satisfied, generally more satisfied than women from a standard postnatal department. They would participate again if possible. They did not define continuity of care as being cared for by the same person. Expectations played an important role in how they experienced the project. Midwives' ability to create a personal connection and treat participants as individuals were paramount. Participants wanted greater continuity in the information given during pregnancy, birth, and the postnatal period.

Conclusions: Women recommend the Barsel hjemme project and want it to continue. Continuity of care hinges on individual expectations. Personal relationships and recognition of individuality are of primary importance.

Key words

midwifery, continuity of care, maternal satisfaction, postnatal period, early discharge

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON	5
1.1 Bakgrunn/beskrivelse.....	5
1.2 Folkehelseperspektivet.....	5
1.3 Nordisk perspektiv	6
1.4 Beskrivelse av studiens nytte for samfunnet og vitenskapen	7
2 RELEVANT TEORETISK RAMMEVERK	8
2.1 Kontinuitet	8
2.2 Coping	9
2.3 Empowerment.....	9
2.4 Barsel hjemme	10
2.5 Barselomsorg/tidlig hjemreise	11
2.6 Pasienterfaringsundersøkelser.....	11
3 HENSIKT	13
3.1 Forskerspørsmål.....	13
4 METODE.....	14
4.1 Kvalitativ undersøkelse.....	15
4.2 Pasienterfaringsundersøkelsen	17
4.3 Data fra Barsel hjemme	17
4.4 Kvalitativ innholdsanalyse - content analysis	18
4.4.1 Analyseprosessen.....	19
4.4.2 Valideringstiltak.....	19
4.5 Etikk	20
5 RESULTAT	21
5.1 Manifest analyse av de første seks innholdsområdene	21
5.1.1 Hvordan rekruttert	22
5.1.2 Ville du vært med igjen.....	22
5.1.3 Hvorfor delta	23
5.1.4 Hvorfor ikke delta.....	24
5.1.5 Fordeler	24
5.1.6 Ulemper	25
5.2 Manifest og latent analyse av de to siste innholdsområdene	27
5.2.1 Helhet og kontinuitet	27
5.2.3 Trygghet og mestring.....	32
5.3 Pasienterfaringsundersøkelsen	36
5.4 Data fra prosjekt Barsel hjemme.....	37
6 DISKUSJON.....	38
6.1 Metodekritikk	44
7 KONKLUSJON	46
8 TAKK.....	47
9 REFERANSER	48

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn/beskrivelse

Bakgrunn for denne MPH oppgaven er et prosjekt som ble gjennomført i 2008 på Ullevål universitetssykehus. Dette prosjektet har hatt til hensikt å se på en helhetlig modell for svangerskap, fødsel og barselomsorg. Prosjektet var fra starten et samarbeid mellom Sagene bydel i Oslo og Ullevål universitetssykehus (UUS). Ca midtveis i prosjektet ble også St. Hanshaugen bydel inkludert. Helse og omsorgsdepartementet (HOD) bevilget 1,5 millioner til prosjektet, og det gikk i hovedsak ut på å tilby kvinner mer kontinuitet og helhet i svangerskap, fødsel og barseltid. Dette har kort gått ut på at jordmødre fra Ullevål sykehus og Sagene bydel har hatt svangerskapskontroller. Kvinnene har født på Ullevål og reist tidlig hjem, hvor de fikk besøk av en av jordmødrene i prosjektet. Det har også vært en form for differensiert omsorg for friske kvinner, som har ønsket å ha barseltiden sin hjemme, i motsetning på de tradisjonelle barselavdelingene på UUS (Ullevål universitetssykehus 2007). Denne MPH oppgaven er en evaluering av dette prosjektet.

1.2 Folkehelseperspektivet

I retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge, utgitt av Sosial og helsedirektoratet i 2005, står det at svangerskapsomsorgen kan fremme helse og forebygge sykdom. Retningslinjene påpeker at den helsefremmende og forebyggende innsatsen bør ha fokus på tiltak som styrker den gravide og hennes familie til å mestre en ny situasjon med barn (Sosial- og helsedirektoratet 2005a). I denne anbefalingen pekes det på at fremtidens perinatale omsorg skal være skreddersydd i forhold til kvinner og deres families behov. Samtidig skal det være i tråd med kunnskapsbasert forskning (Sosial- og helsedirektoratet 2005a). Det er også fra HOD sin side et mål at befolkningen skal tilbys et helhetlig og desentralisert tilbud. I stortingsmelding nr 16: Resept for et sunnere Norge, peker de på at selv om svangerskap og fødsel kan innebære en helsemessig risiko, så er det mulig å selektere ut lavrisikogravide som kan nytte seg av et lavrisikotilbud. En forutsetning for dette er kontinuitet og samarbeid mellom fødeenheter og jordmødre/leger i primærhelsetjenesten (Det kongelige Helsedepartement 2003). På denne måten ser departementet for seg at et lavrisiko og differensiert tilbud utvikles (Helse og omsorgsdepartementet 2008). Denne måten å tenke på kan følges tilbake til NOU 1999:13 Kvinnens helse. Her pekes det på at omsorg for gravide kvinner er en samfunnsoppgave som tilnærmingsvis bør skje på kvinners premisser, og med en tilstrekkelig medisinsk kompetanse. Kontinuitet i omsorgen sees på som et gode i seg selv (Norsk offentlige utredninger 1999).

I 1999 ble det i Norge avholdt en legkvinnekonferanse for å undersøke nærmere hva kvinner selv så på som viktig under svangerskap, fødsel og barseltid. I denne konferansen deltok det 23 kvinner med forskjellig bakgrunn. Blant annet i forhold til

antall barn, yrke, hvor de kom fra, hvor de hadde født og alder. Med egne erfaringer som utgangspunkt var de bedt om å komme med innspill til utvikling av best mulige helsetjenester knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid (Statens Helsetilsyn 1999). Hovedbudskapet fra kvinnene i rapporten er blant annet kontinuitet og sammenheng mellom begivenhetene i graviditeten, fødselen og etterpå. De var også opptatt av rutiner for individuell oppfølging. Rapporten er brukt i utarbeidelsen av de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen (Sosial- og helsedirektoratet 2005a).

I dag er tjenestene som ivaretar kvinnene under graviditeten, fødselen og barseltiden, ofte fragmentert og sentralisert. Det blir sett på som en utfordring å utforme en tjeneste som møter kvinnes ønske om en helhetlig omsorg i denne viktige tiden (Sosial- og helsedirektoratet 2005a). Perioden er spesiell, for den krever samhandling mellom ulike forvaltningsnivå samt mellom instanser på samme nivå (Sosial- og helsedirektoratet 2005a, Det kongelige Helse og omsorgsdepartement 2009). Prosjektet denne oppgaven omhandler prøver å imøtekomme det som kan se ut som kvinners ønske, og det som er HOD ønske for utforming av svangerskap, fødsel og barselomsorg. Kontinuitet og helhet i tilbudet kan være en måte å øke blant annet mestringsfølelsen til kvinnen. I vår moderne verden er dette å få barn en stor omveltning for mange. Hele perioden er en sårbar tid. Lisbeth Brudal skriver i sin bok at svangerskapet, fødselen og tiden etterpå er en overgangsfase i livet, med forandringer og utfordringer. Det er en periode i livet hvor glede og forventning som regel står i fokus, men den inneholder også store fysiske og psykiske utfordringer (Brudal 2000). Gode og likeverdige tjenester og omsorg i denne tiden kan ha betydning for familiens trivsel, opplevelse av trygghet og mestringsevne. Regjeringen har i sin nye stortingsmelding satt følgende mål: ”at den gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskap, fødsel og barselomsorg som en gledelig begivenhet ” (Det kongelige Helse og omsorgsdepartement 2009 s 7).

Det er i dette folkehelseperspektivet ligger. Den nye organiseringen som UUS og Sagene/St. Hanshaugen prøver ser ut til å ivareta mange av ønskene for svangerskap, fødsel og barselomsorgen. En evaluering som undersøker kvinnes opplevelser fra prosjektet vil derfor ha en folkehelsevitenskapelig relevans. Etablering av en praksis for kvinner i denne viktige perioden, som baserer seg på deres behov og preferanser, har også vært og er en av WHO's satsingsområder innen helsefremmende arbeid (World Health Organization 1988, World Health Organization 2005).

1.3 Nordisk perspektiv

I de andre nordiske landene er mye av omsorgen for de gravide organisert på samme måte som i Norge. I Danmark kom det nye anbefalinger for svangerskapsomsorgen i 2007. Et overordnet mål er at svangerskapet, fødselen og barseltiden skal virke som en sammenhengende naturlig livsprosess med mulighet for personlig utvikling, trygghet og sikkerhet (Sundhedsstyrelsen 2007). De er opptatt av kontinuitet, og de har et helsefremmende syn på omsorgen som gis. I retningslinjene står det at det er jordmor som i hovedsak har ansvar for de friske. De har i større grad organisert omsorgen på

samme måte som Barsel hjemme, og er derfor et naturlig land å gå til for å se på erfaringer (Sundhedsstyrelsen 2007).

I Sverige startet innføring av en mer individbasert omsorg innen fødselshjelpen på 70 og 80 tallet. Dette ble gjort for å imøtekomme kvinnes krav om en mer naturlig fødsel. I den forbindelse introdusertes begrepet tidlig hjemreise for å muliggjøre en mer familiebasert barselomsorg. Strukturelle forandringer innen helse og omsorg synes i alle fall i Sverige å ha blitt mer rettet mot omsorg i hjemmet. Primærhelsetjensten står for mer av barseloppfølgingen (Waldenstöm 2007). Gjennomsnitt liggetid på sykehus etter fødsel i Sverige i dag er to døgn (Socialstyrelsen 2008).

1.4 Beskrivelse av studiens nytte for samfunnet og vitenskapen

Studien kan begrunnes ut i fra regjeringens ønske om helhet og kontinuitet og i svangerskap, fødsel og barselomsorg (Det kongelige Helse og omsorgsdepartement 2009). Svangerskap og fødsel er en viktig del av kvinnehelsen, og stortinget har vedtatt at vi skal ha et mangfold i tilbudet i Norge (Det kongelige Helse og omsorgsdepartement 2000). Det kan se ut som lite forskning er gjort i forhold til hva kvinner selv mener om disse begrepene. Den forskningen som er gjort, er ikke entydig i forhold til kontinuitet og hvor nyttig dette er. I Norge ble kvinner spurt under legkvinnekonferansen i 1999 om hva de ønsket seg i omsorgen (Statens Helsetilsyn 1999). Dette er ti år siden. Når det nå er gjennomført et prosjekt, som ivaretar helhet og kontinuitet, er det en mulighet via evalueringen av prosjektet å se på kvinnes opplevelse og ønsker.

2 RELEVANT TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Kontinuitet

I international fødselomsorg er kontinuitet et nøkkelelement. I The World Health Report 2005 "Making Every Mother and Child Count" trekkes kontinuitet frem som et viktig begrep fra svangerskapet, gjennom fødsel og til barseltiden (World Health Organization 2005).

Kontinuitet er et ambisiøst begrep. Kontinuitet i omsorgen kan defineres og tolkes på mange ulike måter. Det kan være kontinuitet i informasjonen til kvinnene, i forhold til filosofi og ledelse, eller i forhold til relasjoner (Sandall 1995, Hodnett 2000, Green, Renfrew og Curtis 2000). Kontinuitet kan innebære at den samme personen tar seg av den gravide under hele forløpet, eller det kan være en gruppe personer. Et annet eksempel på kontinuitet er at kvinnen møter samme jordmor i svangerskapet og i barseltiden, eller har samme jordmor gjennom hele svangerskapet og i fødsel, men ikke i barseltiden. Dette er noen eksempler på kontinuitet. En entydig definisjon finnes ikke (Green, Renfrew og Curtis 2000, Davey, Brown, og Bruinsma 2005).

Haggerty et al. definerer tre hovedtyper av kontinuitet: Administrativ, informativ og i relasjoner:

Administrativ: Her ligger kommunikasjon og samarbeid mellom team, institusjoner og profesjoner.

Informativ: Informasjonene som er tilgjengelig, hvordan den formidles, hvem som formidler den og filosofi.

Relasjon: I dette ligger forhold hvor tillit og gjensidighet er viktige begreper og hvor man forholder seg til samme person eller få personer over tid (Haggerty et al. 2003).

Det har lenge vært en hypotese at kontinuitet vil gjøre kvinner mer fornøyd med fødselsomsorgen. I tillegg finnes det undersøkelser som tyder på at kontinuitet i omsorgen fører til positive utfall for mor og barn (Sandall 1995, Paige 2003). Her inkluderes en positiv opplevelse av fødsel, en økt mestringsfølelse i forhold til foreldreskapet og en økt følelse av empowerment. Det vil si viktige psykologiske faktorer, i tillegg til en reduksjon i obstetriske inngrep som sectio, stimulering av fødsel og medikamentell smertelindring (Page 2003). Viktigheten av kontinuitet innen jordmoromsorg er basert på en tro at personlige relasjoner skaper et positivt utfall. Det at psykisk støtte og omsorg gjennom hele forløpet gis av kjente jordmødre, er satt i sammenheng med tilfredshet og en følelse av mestring, kontroll og egasjemang hos de gravide. Dette er også satt i sammenheng med høyere grad av empowerment hos kvinnene (Morgan 1998 et al., Hunter et al. 2008).

Når det gjelder helhet er særlig de norske styresmaktene opptatt av at brukerne skal møte en tjeneste preget av nettopp kontinuitet. Utfordringene dreier seg ofte om den strukturelle organiseringen, men også om grunnleggende holdninger, kommunikasjon og vilje til å finne frem helhetlige løsninger for brukerne (Det kongelige Helse og omsorgsdepartement 2009).

2.2 Coping

Evnen til å leve med usikkerhet, uvisshet og uro uten å bli helt fortvilet kan kalles copingevne. På norsk kan coping oversettes med mestringsevne. Begrepet coping omfatter alle krefter eller anstrengelser som mennesker bruker for å tolerere og minske ytre og indre krav eller klare å håndtere de konflikter som oppstår mellom indre og ytre krav (Thernlund 1995).

Lazarus og Folkman definerer coping på følgende måte:

”Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (Lazarus og Folkman 1984 s.141).

Svangerskap, fødsel og barseltid er i følge Brudal en sårbar tid. Det er en overgangsfase i livet hvor store forandringer skjer. Når vi møter de store eksistensielle temaene i livet oppstår det i følge Brudal en eksistensiell angst. Denne er normal, og en mestring av denne angsten kan føre til vekst (Brudal 2000).

Lazarus snakker om to mestringsstrategier, problemfokusert og emosjonsbasert mestring. I den problembaserte strategien søker man å påvirke omgivelsene for å løse problemet. Dette er en handlingsorientert strategi, i motsetning til emosjonsfokusert strategi som handler om å endre den relasjonelle meningen ved for eksempel distansering, fornektelse eller en positiv omtolking (Lazarus og Folkman 1984).

2.3 Empowerment

For å møte dagens utfordringer i folkehelsearbeidet har HOD uttrykt at helsefremmende arbeid basert på en empowermentideologi bør styrkes. En slik ideologi er intuitivt appellerende i vår kultur (Sosial og helsedepartementet 1998). Begrepet empowerment springer ut fra et humanistisk menneskesyn. Det innebærer en grunnleggende antakelse om at mennesket, under rimelige betingelser, vil utvikle evner og ferdigheter som vil sikre et best mulig liv for både individet og fellesskapet. En forutsetning for dette er opplevelse av tilstrekkelig kontroll over faktorer som bestemmer vilkår for en positiv utvikling. Empowerment kan defineres som en prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer. Det motsatte av opplevd empowerment er maktesløshet (Sørensen et al. 2002).

Empowermentbegrepet kan brukes for å beskrive målet ved jordmors støttende og oppmuntrende handlinger. Empowerment kan oversettes til norsk med "bemyndiggjøre", "gi fullmakt", eller også "gjøre det mulig for" (Kirkeby 2001). Begrepet kan understreke en oppbyggende måte å handle på som jordmor. Det kan brukes for å understreke kvinnens evne til å kunne føde barn og mobilisere nødvendige ressurser til å gjennomføre svangerskapet, fødselen og barseltiden (Hunter et al. 2008).

2.4 Barsel hjemme

I 2007 la HOD ut midler, som de enkelte helseforetakene i Helse Sør-Øst kunne søke på, til prosjekt for å utvikle lokalsykehus og samhandling mellom tjenestenivåene (Helse og omsorgsdepartementet 2008). Ullevål Universitetssykehus (UUS) la inn en søknad om midler til å starte opp et prosjekt som skulle omhandle samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten i Oslo i forhold gravide og fødende. Prosjektets hovedmål var å sikre en helhetlig og kontinuerlig omsorg for den gravide og hennes familie. Sagene bydel, som er en bydel i sykehusets nærområde, viste interesse. Det ble oppstarten til et samarbeidsprosjekt som fikk navnet Barsel Hjemme. St. Hanshaugen bydel, som også er i sykehusets nærområde, ble inkludert etter ca seks måneder (Ullevål universitetssykehus 2008).

Målsetting for prosjektet var å utvikle et tilbud om kontinuitet og helhet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Blant annet at kvinnene skulle møte så få fagpersoner som mulig under i hele perioden. Dette innebar å starte prosjektet som en samordning mellom to ulike nivåer i helsevesenet. Nemlig ute i bydelen hvor svangerskapsomsorgen skjer, og inne på sykehuset som er arena for fødsel og et tradisjonelt barselopphold (Ullevål universitetssykehus 2007).

UUS ansatte i utgangen av 2007 en jordmor som prosjektleder i full stilling. De ansatte også tre jordmødre til, som enten jobbet eller hadde jobbet nylig på sykehuset. To av disse begynte på Sagene helsestasjon med svangerskapskontroller mens en av dem allerede jobbet der. En siste jordmor som også jobbet på Sagene helsestasjon, men uten erfaring fra sykehuset, ble rekruttert til prosjektet. På denne måten var det meningen å skape et miljø hvor de ansatte ved helsestasjonen og UUS skulle danne en helhet for kvinnene. De som deltok i prosjektet ble prioritert til fødeplass ved sykehuset (Ullevål universitetssykehus 2007).

Et annet viktig aspekt i prosjektet var å innføre et tilbud om hjemreise fra fødeavdelingen. Kvinnene reiste hjem mellom 6-36 timer etter fødsel, og fikk besøk i hjemmet av en av jordmødrene i prosjektet. Hensikten med dette var å sikre kontinuiteten. Når prosjektet startet var det ikke tilbud om hjemmebesøk av jordmor, så dette var et nytt tilbud (Ullevål universitetssykehus 2007).

I utgangspunktet søkte UUS om midler fra Helse og Omsorgsdepartementet for tre år. De fikk 1,5 millioner som var nok til at prosjektet kunne starte opp og vare et år. De to første månedene ble brukt til å danne rammer og grunnlag for Barsel hjemme, så i

prinsippet varte prosjektperioden i 10 måneder (Ullevål universitetssykehus 2008).

2.5 Barselomsorg/tidlig hjemreise

Det har skjedd store forandringer i barselomsorgen i løpet av de siste tiårene. I hele den vestlige verden har antall liggedøgn på sykehus etter fødsel gradvis blitt redusert, og utskrivelse for friske mødre og barn er i dag gjerne etter tre døgn (Brown et al. 2004). Undersøkelser som er gjort viser ingen klare medisinske grunner for at liggetiden er redusert. Antall liggedøgn er redusert innen barselomsorgen på samme måte som innen sykehusvesenet generelt. Økonomiske faktorer spiller også en stor rolle i dette (Waldenstöm 2007). Når det gjelder kriterier og tidspunkt for vanlig hjemreise og tidlig hjemreise så varierer dette fra land til land (Brown et al. 2004). I Norge er vanlig liggetid etter en normal fødsel tre netter for førstegangs fødende, og ned til to for flergangsfødende. Det er ikke standardiserte retningslinjer for dette. Det varierer fra sykehus til sykehus med hensyn til kapasitet og tradisjon (Det kongelige Helse og omsorgsdepartement 2009). Det er heller ingen standardiserte retningslinjer når det gjelder tidlig hjemreise i Norge. I utgangspunktet er det ikke tradisjon for dette. I enkelte kommuner er det prøvd ut som enkeltprosjekt (Akershus universitetssykehus 2007).

Tenkbare fordeler for tidlig hjemreise er at familien fort kommer sammen. Dette gjør at pappaen fort kan binde seg til barnet og bli mer delaktig i omsorgen. Det er mindre risiko for infeksjoner hjemme, mer ro og mulighet til å hente seg inn i sitt hjemmemiljø. Enkelte hevder dette gir en økt mestringsfølelse og større selvtillitt i forhold til den nye familiesituasjonen. Ulempene som diskuteres er fare for å overse helsemessige problemer hos mor og barn, ammeproblemer, depresjon og misnøye med omsorgen på grunn av for lite støtte og hjelp i barseltiden (Waldenstöm 2007).

Studier angående tidlig hjemreise tyder på at dette er et helsemessig trygt tilbud (Brown 2004, Waldenstöm 2007). Det kan se ut som om det avgjørende for tryggheten er oppfølging i hjemmet og særlig kvinnes mulighet for og selv velge om de vil reise tidlig hjem eller ikke (Lindberg, Ohrling og Christensson 2008).

2.6 Pasienterfaringsundersøkelser

Brukermedvirkning er en viktig ressurs når det gjelder å forbedre kvaliteten i helsetjenestene. Å styrke brukerne er et satsningsområde innen Nasjonal helseplan (Helse og omsorgsdepartementet 2006) og nasjonal strategi for kvalitetsutvikling (Sosial og helsedirektoratet 2005b). Helseforetak har ifølge lov om helseforetak m.m. § 35 ansvar for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter (Andersen et al. 2005).

Hvordan man måler brukertilfredshet varier, men det som måles må henge sammen med forbedringsarbeidet/endingene. Eksempler på måleverktøy kan være spørreskjema, skåringsskjema eller sjekklister. Kvalitative metoder er ofte mer egnet for å få fram brukernes erfaringer og opplevelse. Eksempler på dette kan være fokusgrupper, dybdeintervju eller dialogmøter (Andersen et al. 2005). I denne studien er en kombinasjon av spørreskjema og fokusgruppeintervju valg. Det er ønskelig med spørreskjema for en sammenlikning av eksisterende data fra en pasienterfaringsundersøkelse på UUS. Fokusgruppediskusjonene skal brukes til å innhente ytterligere opplysninger når det gjelder kvinnes erfaringer og opplevelser fra Barsel hjemme.

3 HENSIKT

Hensikten med studien er å evaluere Barsel hjemme ved å se på pasienterfaringer med prosjektet, og å undersøke kvinnes opplevelse og ønsker når det gjelder kontinuitet og helhet i svangerskap, fødsel og barselomsorg.

3.1 Forskerspørsmål

Hvordan er kvinnes brukertilfredshet/pasienterfaring med prosjektet sammenliknet med de som har et tradisjonelt opphold ved sykehuset?

Hvordan er kvinnens opplevelse av tilbudet?

Hva er kvinnes ønsker i forhold til kontinuitet og helhet?

Hva betyr helhet og kontinuitet i omsorgen i forhold til det å mestre av en ny tilværelse med barn?

4 METODE

Hensikten med studien er å evaluere et prosjekt og undersøke kvinners opplevelse av to begrep som danner bakgrunnen for prosjektet, nemlig helhet og kontinuitet. En evalueringsmodell er derfor valg for denne studien. Når det gjelder selve evalueringsdesignet er John Øvretveit og hans modeller for evaluering valgt. Han definerer evaluering som en måte å bedømme verdien av en handling. Dette gjøres, på en systematisk måte, ved å samle inn informasjon om det som er gjort og deretter gjøre en sammenlikning. Målet med evalueringen er å underbygge avgjørelser på en bedre måte, sette inn de beste tiltakene, eller å bidra til vitenskapelig kunnskap (Øvretveit 2001). Dette er også i tråd med hva retningslinjene for svangeskapsomsorgen sier i forhold til omsorgen for den gravide kvinne og hennes familie. Den skal være basert på kunnskapsbasert forskning og brukernes behov (Sosial og helsedirektoratet 2005a). Selv om norsk helsevesen har en høy kvalitet må tjenestene utvikles og forberedes. Barsel hjemme endrer et eksisterende tilbud og det har til hensikt å møte et behov hos brukeren (Ullevål universitetssykehus 2007). Evaluering er viktig i følge Øvretveit, og det må brukes tid i helsevesenet til å vurdere ulike tiltak og aktiviteter som settes i gang. Det er ikke et spørsmål om dette er noe som skal gjøres, men heller et spørsmål om hvor bra det skal gjøres (Øvretveit 2001).

En evaluering kan planlegges på flere måter. Et viktig aspekt er tiden evalueringen gjøres i, retrospektivt, samtidig eller prospektiv. I denne studien gjøres en retrospektiv evaluering. Den undersøker noe som har skjedd. Når det er mest riktig å gjøre det ene eller andre er blant annet avhengig om man på en tilfredsstillende måte kan rekonstruere det som har skjedd (Øvretveit 2001). I dette tilfelle skal kvinnene si noe om det de har vært i gjennom og en retrospektiv evaluering er derfor et naturlig valg.

Øvretveit har seks hovedmodeller for modeller for evaluering i helsesektoren:

1- deskriptiv. Grunntanken i programmet, policyen eller implementeringsprosessen beskrives.

2 - revisjon. Det man gjør og spesifikke standarder eller operasjonelle mål sammenliknes.

3 - før og etter. En sammenlikning mellom objektets tilstand før respektive etter intervensjonen.

4- sammenlikning. Gjøre en sammenlikning av tilstanden før og etter for personer som har blitt utsatt for en eller flere intervensjoner.

5 - randomisert kontrollert studie. En sammenlikning av før og etter tilstander hos personer som enten er blitt utsatt for intervensjonen eller placebo.

6 - planlagt organisasjonsforandring. Her er fokus på en intervensjon som retter seg mot en organisasjon og den effekten intervensjonene har på målobjektet (Øvretveit 2001).

Spørreundersøkelsen som gjøres i denne studien er etter modell 2, en revisjon. Her sammenliknes data fra før prosjektet med data fra prosjektet. Denne typen evaluering ligner modell 1, men intervensjonene skal beskrive og sammenliknes i henhold til for eksempel oppsatte mål, rutiner eller standarder. Evalueringen som gjøres ved hjelp av fokusgruppene i denne studien er etter modell 1, en deskriptiv beskrivelse av prosjektet. Hensikten med en slik type evaluering er å beskrive intervensjonen og betydningsfulle egenskaper ved intervensjonens omgivelser (Øvretveit 2001).

En triangulering av metoder er derfor valgt i evalueringen og for å besvare de forskjellige forskerspørsmålene. En pasienterfaringsundersøkelse til alle som har deltatt i prosjektet, som er sammenliknet med en liknende undersøkelse utført ved en barselavdeling, og fokusgruppediskusjoner som er analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Her har enkelte av kvinnene fra prosjektet deltatt for å innhente ytterligere informasjon når det gjelder brukertilfredshet. Diskusjonene har også hatt til hensikt å undersøke opplevelse og betydning av helhet og kontinuitet.

4.1 Kvalitativ undersøkelse

Fokusgrupper ble valgt da dette er en egnet metode til å undersøke menneskers erfaringer, meninger og opplevelse i forhold til et gitt tema. Den enkeltes mening kommer frem, samtidig som interaksjonen i gruppen gir verdifulle opplysninger (Bowling 2002, Krueger 2009). Ideen bak fokusgrupper er at interaksjonen og gruppeprosessen kan hjelpe deltakerne til å utforske og klargjøre synspunkter på en annen måte enn i et en til en intervju. Gruppediskusjon er særlig egnet om forskeren har åpne spørsmål som ønskes besvart, hvor deltakerne besvarer og utforsker disse og genererer nye spørsmål (Kitzinger 1995).

Det ble gjennomført fire fokusgrupper. Til hver av gruppene ble det i utgangspunkt rekruttert fem og seks kvinner. Kvinner som hadde født etter halvgått prosjektperiode ble rekruttert til gruppene. Begrunnelse for dette er studiens hensikt, å se på helhet og kontinuitet. Et strategisk utvalg ble gjort fordi det har vært vesentlig å få tak i kvinner som har gått til barsel hjemme jordmødrene i svangerskapet. For å kunne få synspunkter angående kontinuitet og helhet har det vært vesentlig at de har vært med i hele prosjektet. Kvinnene fra prosjektet ble spurt om å være med minimum tre mnd etter fødsel. Bakgrunn for dette er studier som peker på at det er bedre å gjøre undersøkelser med kvinner som har født når de har fått selve fødselen på avstand. Spør du de rett etter fødsel har de en tendens til ikke å kritisere omsorgen. Når de får tid til å reflektere blir de gjerne mer kritiske til hva de har vært gjennom og tilbakemeldingene blir annerledes (Brown og Lumley 1997). Alle kvinner som deltok mot slutten i prosjektet ble derfor spurt om å delta. Dette gjaldt til sammen 22 kvinner, som alle sa ja til å delta i fokusgruppene.

Rekrutteringen til fokusgruppene ble gjort via telefon fra forskeren. Prosjektledelsen har registrert forskjellige opplysninger om kvinnene som har deltatt. Kvinnene stilte seg

positive til å delta og fire grupper med seks, fem, fem og seks kvinner planlagt. Kvinnene mottok deretter et brev med informasjon om studien, samtykkeerklæring og en påminnelse om tid og sted for intervjuet.

Utvalg: Kvinnene som deltok i gruppene var både førstegangsfødende og flergangsfødende. Det ble gjort et forsøk på å blande gruppene for å få en interaksjon mellom kvinne og for å sikre at et variert utvalg av deltagerne i prosjektet ble representert (Kitzinger 1995, Krueger 2009). De var i alderen 24 til 38 år. De hadde alle høyere utdanninger og norsk bakgrunn. Av de som ble rekruttert hadde alle gått til svangerskapskontroll på enten Sagene eller St. Hanshaugen helsestasjon. Hvor mange kontroller, og om de hadde møtt barsel hjemme jordmødrene varierte. Det har vist seg i prosjektet at flere av kvinnene som har deltatt har blitt rekruttert på sykehuset etter fødsel og det er ikke ført noen oversikt over antall kontroller hos jordmødrene fra prosjektet (Ullevål universitetssykehus 2008). Selv om kvinnene stilte seg positive til å delta og fikk påminnelse om gruppene via telefon og brev, var det flere som ikke møtte opp. Av de 22 kvinnene som ble rekruttert møtte 12 opp. Se tabell 1 for fordelingen i de respektive grupper. Av de som ikke møtte fem avbud på grunn av egen sykdom eller sykt barn, mens fire ikke gav noen beskjed om hvorfor de ikke møtte opp.

Tabell 1: Deltagere i fokusgruppene:

Gruppe	Kvinnens alder	Antall fødte barn
1	30	1
1	36	1
2	30	0
2	24	0
2	27	0
3	37	0
3	29	0
3	38	1
3	32	0
4	26	0
4	38	1
4	26	0

Tidsperiode: Diskusjonene ble utført i februar/mars 2009.

4.2 Pasienterfaringsundersøkelsen

Pasienterfaringsundersøkelsen er en kvantitativ undersøkelse som tidligere er brukt på UUS. Dette er et spørreskjema bestående av 12 spørsmål. Et liknede ble sendt til 83 kvinner fra prosjektet. 84 kvinner deltok, men en ble ekskludert da hun ikke kunne lese eller skrive. Data fra denne undersøkelsen vil bli sammenliknet med data fra Ullevål hotell sin barselavdeling, en undersøkelse fra tredje kvartal i 2006. Denne undersøkelsen inneholdt svar fra 34 kvinner, og er den siste undersøkelsen som er gjort ved barselavdelingen på Ullevål hotell. Dette er kvinner det er naturlig å sammenlikne kvinnene fra Barsel hjemme med. De er i utgangspunktet alle friske kvinner som har født friske barn, uten større komplikasjoner.

Undersøkelsen ble sendt ut medio januar 2009. Den ble sendt med frankerte svarkonvolutter adressert til forskeren. Skjemaene har vært helt anonyme og de kan ikke spores tilbake til den enkelte kvinne. Adresser til kvinnene har kommet fra datamaterialet samlet i prosjektet. 43 kvinner har returnert skjemaene. De har ikke inneholdt demografiske data. Felles er at de er kvinner i fertil alder som har født på sykehuset.

Utvalg: Kvinner som har vært med i prosjektet. Data sammenliknes med data fra friske kvinner som har hatt et tradisjonelt barselopphold på sykehuset.

Svarene fra pasienterfaringsundersøkelsen vil bli sammenliknet med data fra samme undersøkelse på hotellet. Spørreskjema vil bestå av 7 spørsmål med svaralternativ på en skala fra 1-5. Undersøkelsen som blir gjort ved Ullevål hotell, inneholder 12 spørsmål. Fem av disse er trukket ut til undersøkelsen for Barsel hjemme, da disse ikke har relevans for deltakernes barselopplegg. Spørsmålene finnes i resultatdelen i denne oppgaven. Pga utvalgets størrelse vil det ikke bli gjort en statistisk beregning når svarene fra de to gruppene sammenliknes. Gjennomsnittet ved hvert svaralternativ blir beregnet i undersøkelsene, og det er dette som vil bli sammenliknet i de to gruppene.

4.3 Data fra Barsel hjemme

De ansatte i prosjektet har fylt en sjekklister med forskjellige data over alle kvinnene som har deltatt i prosjektet. Som en del av prosjektets evaluering er disse gjennomgått. Følgende variabler sammenfattet: Antall kvinner som har deltatt, hvor mange hjemmebesøk som er foretatt, hvor mange telefonkonsultasjoner, hvor mye barna har gått ned i vekt (i prosent), hvor mange som ammer ved siste besøk, hvor mange av barna som er reinlagt og hvor mange timer kvinnene har vært på sykehuset i gjennomsnitt før hjemreise. Slike data foreligger ikke sammenfattet for barselkvinner med et tradisjonelt barselopphold og ingen sammenlikning vil bli gjort. Sammenfattingen er gjort for dette prosjektet for å få en oversikt over hvordan det har gått med de som har deltatt på overnevnte variabler. Alle data er anonymisert og de er lagt inn i en tabell.

4.4 Kvalitativ innholdsanalyse - content analysis

Etter fokusgruppediskusjonene ble lydopptakene transkribert ord for ord av forskeren selv. Datamaterialet ble så analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse - content analysis. Denne analysemetoden fokuserer på tolking av tekster. Den er særlig egnet for å få tak i underliggende meninger hos intervjupersonene. Denne måten å analysere data på er blant annet mye brukt i sykepleieforskning (Graneheim og Lundman 2004). I hovedsak er artikkelen til Graneheim og Lundman (2004) om content analysis og kapitlet om "Kvalitativ innhållsanalyse" av Lundman og Graneheim, i Granskär, Höglund-Nielsen (2008) brukt som hjelp i analyseprosessen.

Den metodologiske tilnærmingen kan både være deduktiv og induktiv. I denne studien brukes en induktiv tilnærming. Dette er i følge Lundman og Graneheim en forutsetningsløs analyse av data som blant annet kan baseres på menneskers fortellinger og opplevelser (Graneheim og Lundman 2004, Lundman og Graneheim 2008). Innholdsanalyse brukes til å analysere både kvantitative og kvalitative data. Disse to tradisjonene har ulike måter å se verden på. Det å komme den objektive sannheten så nærme som mulig, er viktig innenfor kvantitative metoder, mens i en kvalitativ tradisjon finnes sannheten i betrakterens øyne. Verden er kompleks, subjektiv og kontekstavhengig. Den teksten som analyseres bør derfor ses i en sammenheng og flere tolkninger kan være gyldige selv om de ikke er like (Graneheim og Lundman 2004, Lundman og Graneheim 2008).

Det er flere sentrale begrep i denne metoden og videre følger en beskrivelse av disse:

Valg av analyseenhet er det som starter selve analysen. Hele intervjuer er for eksempel analyseenhet, og i denne studien er de fire fokusgruppene analyseenheten (Graneheim og Lundman 2004, Lundman og Graneheim 2008).

Et innholdsområde er en del av teksten. I dette materialet sammenfaller innholdsområdene med spørsmålene i intervjuguiden som er laget for å besvare forskerspørsmålene. Her ligger begrensninger i metoden i forhold til å analysere materialet forutsetningsløst som Graneheim og Lundman trekker frem som vesentlig i den induktive tilnærmingen. Teksten vil være en del av en kontekst, og tolkingen forutsetter kunnskap om den sammenheng studien er utført i (Graneheim og Lundman 2004, Lundman og Graneheim 2008).

En mindre del av teksten er en meningsenhet. Dette er en meningsbærende del. Disse utgjør grunnlaget for analysen og de skal ikke inneholde for mange betydninger. Enkelte betydninger kan da gå tapt i analysens gang når abstraksjonsnivået blir høyere (Graneheim og Lundman 2004, Lundman og Graneheim 2008). Det er vesentlig i analyseprosessen at meningsenhetene kondenseres og abstraheres. Teksten skal bli kortere og løftes opp til et høyere logisk nivå. Abstraksjonene bør hele tiden kontrolleres mot meningsenheter og kondensert tekst for å sikre gyldighet. Videre kodes teksten, som innebærer å beskrive en meningsenhets innhold kortfattet. En kategori består av flere koder som har samme innhold. Dette er tekstens manifeste innhold. Til

slutt skapes et tema som binder sammen det underliggende innholdet i flere kategorier. Dette er det latente innholdet (Granheim og Lundman 2004, Lundman og Granheim 2008).

4.4.1 Analyseprosessen

Intervjuene ble transkribert ordrett av forskeren selv. Analyseprosessen startet med en grundig gjennomgang av dette materialet. Materialet ble lest igjennom flere ganger, og også lyttet på flere ganger, for å få en helhetsforståelse av hele analyseenheten. Innholdet ble deretter delt opp i innholdsområder. De fire intervjuene ble delt inn i samme innholdsområder. Ett innholdsområde ble definert ved at setninger som uttrykte en sentral mening ble identifisert. Disse områdene samsvarer med tema i intervjuguiden og dermed også forskerspørsmålene. Dette er bakgrunnen for valg av innholdsområder. Til sammen var dette åtte områder: *Hvordan rekruttert, hvorfor delta, hvorfor ikke delta, delta igjen, fordeler, ulemper, helhet og kontinuitet og til slutt trygghet og mestring.*

Det neste steget bestod i å komprimere meningsenhetene. Dette ble gjort uten å forandre den opprinnelige meningen. I det tredje steget ble disse forkortede meningsenhetene abstrahert og kodet. Kodene ble deretter sammenliknet og subkategorier ble lagd ved at koder som liknet hverandre ble slått sammen i samme subkategori. Samme prosessen ble gjentatt for å komme frem til kategorier. Denne prosessen er vist i tabellene 3, 5 og 7. Dette er det manifeste innholdet i materialet. De seks første innholdsområdene er analysert til det manifeste innholdet. En oversikt er vist i tabell 2 .

I de to siste innholdsområdene trygghet/mestring og kontinuitet/helhet er det latente innholdet fra kategoriene til slutt formulert til et tema for begge disse innholdsområdene. En sammenfattende oversikt over manifest og latent innhold er presentert i tabell 4. Begrunnelsen for dette ligger i at de seks første innholdsområdene går på selve evalueringen av prosjektet. Dette er en deskriptiv del som sier noe om kvinnenenes erfaringer og opplevelser med prosjektet. I de to siste innholdsområdene har det vært ønskelig å gå videre til det latente innholdet. Det er for å kunne si noe om de underliggende meningene når det gjelder ønsker om kontinuitet og helhet, og om dette kan øke trygghet og mestringsfølelsen for kvinnene. Dette støtter de to siste forskningsspørsmålene. En oversikt over prosessen for å komme frem til det latente innholdet er vist i tabell 6 og 8.

4.4.2 Valideringstiltak

En triangulering av metoder er brukt i denne studien for å styrke studiens validitet. Dette kan også være med på å øke studiens troverdighet og minske sjansen for bias (Bowling 2002).

Validitet sier noe om studiens gyldighet. Det viktig å gjennomføre studien og analysen på en slik måte at resultatene er troverdige (Granheim og Lundman 2004, Lundman og Granheim 2008).

I denne studien er intervjuene gjennomgått flere ganger. Både det transkriberte materialet, som er transkribert av forskeren selv, og lydbåndene. Dette gav et grundig inntrykk. Mye tid er brukt på å kondensere og kode materialet. Kodene har hele tiden blitt sjekket opp mot det opprinnelige materialet for å sikre at ingen meningsenheter har gått tapt i prosessen. Det samme gjelder dannelsen av de forskjellige kategoriene.

Valg av deltagere sier også noe om en studies gyldighet (Granheim og Lundman 2004, Lundman og Granheim 2008). Her er det gjort et strategisk utvalg for å sikre at variasjonene i erfaringene beskrives. Kvinnene er første eller flergangsfødende og det er stor variasjon i alder. Dette burde øke muligheten for å få de forskjellige innholdsområdene belyst utifra forskjellige erfaringer.

En annen måte å gi leseren en mulighet til å bedømme gyldighet i tolkingen av materialet er å nøye beskrive analyseprosessen (Granheim og Lundman 2004, Lundman og Granheim 2008). Prosessen er beskrevet i kapittel 4.4.1. Tabeller over de forskjellige innholdsområdene med eksempler på meningsenheter, kondenserte meningsenheter, koder, subkategorier og kategorier tatt med slik at gangen i analysearbeidet kan følges. Videre er også tabeller over manifest og latent innhold tatt med for en sammenfattende oversikt. Sitater er også valgt for å øke validiteten (Granheim og Lundman 2004, Lundman og Granheim 2008). Dette gir leseren en mulighet for å validere resultatet. Det er tatt med sitater fra alle innholdsområdene.

4.5 Etikk

Studien er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Øst-Norge. Den er også godkjent av ledelsen ved Kvinne/barn divisjonen på Ullevål universitetssykehus og av pasientvernombudet ved sykehuset. Sykehuset har utarbeidet egne rutiner for igangsettelse av slike prosjekter som er fulgt (Carlsen og Staff 2007). Helsinkideklarasjonen ligger til grunn for dette arbeidet (The World Medical Association 2008).

Alle informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien. Det var presisert i denne informasjonen at deltagelse i studien var frivillig. Deltakerne har kunnet trekke seg når som helst. En eventuell deltagelse eller ikke, har ikke hatt noe å si for behandling på sykehuset. De har også fått informasjon om at de kan høre på intervjuene, og om ønskelig, få disse slettet. Alle kvinnene har undertegnet en samtykkeerklæring.

All sjekklister, informasjon om deltagerne i prosjektet, erklæringer og lydbånd er oppbevart på en forsvarlig måte etter sykehusets rutiner for dette.

5 RESULTAT

Resultatet presenteres i to deler. De første seks innholdsområdene går på selve evalueringen av prosjektet som beskrevet i metodedelen. Det er en deskriptiv del som støtter prosjektevalueringen og besvarer de to første forskningsspørsmålene:

Hvordan er kvinnes brukertilfredshet/pasienterfaring med prosjektet sammenliknet med de som har et tradisjonelt opphold ved sykehuset?

Hvordan er kvinnens opplevelse av tilbudet?

De to neste innholdsområdene svarer på forskningsspørsmålene om helhet og kontinuitet og om dette fører til trygghet og mestring:

Hva er kvinnes ønsker i forhold til kontinuitet og helhet?

Hva betyr helhet og kontinuitet i omsorgen i forhold til det å mestre av en ny tilværelse med barn?

Her presenteres kategoriene fra materialet med en tabell som viser eksempler fra analysen. Deretter presenteres et tema for begge innholdsområdene som er basert på teksten i sin helhet, kategoriene og forskerens følelse for det underliggende budskapet. Dette er det latente innholdet i materialet. Fremgangsmåten for å komme frem til det latente innholdet er også beskrevet i metodedelen.

5.1 Manifest analyse av de første seks innholdsområdene

Disse innholdsområdene er analysert til det manifeste innholdet som beskrevet og begrunnet i metodedelen. De seks innholdsområdene er: Hvordan rekruttert, Ville du vært med igjen, Hvorfor delta, Hvorfor ikke delta, fordeler og ulemper.

Tabell 2: Oversikt over innholdsområder og kategorier i den manifeste analysen:

Innholds-område	Hvordan rekruttert	Ville du vært med igjen	Hvorfor delta	Hvorfor ikke delta	Fordeler	Ulemper
Kate- gorier	Varierende rekruttering Frivillighet Spesielle	Omstendig- hetene hjemme Frivillighet	Inklu- derende Stress Frivillighet Ro hjemme	Usikkerhet Informasjon Mas hjemme	Normalitet Mer hjelp hjemme Sett og verdsatt	Dårlig sammar- beid Savnet toveis- kommuni- kasjon

5.1.1 Hvordan rekruttert

Tre kategorier under dette innholdsområde: Varierende rekruttering, frivillighet og spesielle.

Varierende rekruttering: Det var noen av kvinnene som først ble rekruttert på sykehuset. Det vil si etter de hadde født og kommet på enten sykehotellet eller barselavdelingen. Alle kvinnene i prosjektet bodde i Sagene bydel eller St. Hanshaugen, men de trengte nødvendigvis ikke ha gått på helsestasjon og truffet jordmødre i prosjektet. Noen kvinner gikk til fastlegen sin mens enkelte opplevde å gå på en av helsestasjonene uten å få informasjon om prosjektet. De fleste kvinnene fra fokusgruppene ble rekruttert på helsestasjon. De fikk informasjon av jordmor de gikk til, og en brosjyre om prosjektet. Noen av kvinnene så oppslag om prosjektet i avisen, på kafé eller Internett og tok selv initiativ til å få informasjon.

Frivillighet: Majoriteten av kvinnene i fokusgruppene var positive til å delta, men de ville se det an til etter fødsel. Andregangsfødende som ble intervjuet var mer bestemt på å reise hjem på forhånd. En hadde bestemt seg på forhånd og så på hjemmebesøk som en bonus. Alle kvinnene la vekt på det frivillige aspektet i prosjektet.

Spesielle: Flere av kvinne følte seg heldige og spesielle som fikk delta i prosjektet.

Jeg fikk også en følelse av at jeg var heldig og spesiell som fikk være med på prosjektet. Det var positivt (FG 2)

5.1.2 Ville du vært med igjen

To kategorier; omstendighetene hjemme og frivillighet.

Omstendighetene hjemme: Alle ville i utgangspunktet deltatt igjen. Det de hadde som forbehold var hvordan det ville bli med flere barn hjemme. De var opptatt av ro og kunne eventuelt tenke seg sykehotell om de fikk flere barn. Noen bemerket at de ville være tryggere med flere barn og at de da kunne være på hotellet selv om de fikk lite hjelp. Flere av kvinnene hadde et ønske om hjemmebesøk uansett etter hjemreise fra sykehuset og uansett lengde på oppholdet.

Frivillighet: Dette er et viktig aspekt og de vil uansett at det skal være frivillig med tidlig hjemreise fra sykehuset.

Ja jeg ville nok det, det tror jeg. Men det er jo også fint at det er frivillig. Det kan jo tenkes at med tredje mann at det hadde vært mye mer styr hjemme at det er godt å være på sykehuset. Jeg vet ikke, det er vanskelig å svare på (FG 1)

5.1.3 Hvorfor delta

Fire kategorier i dette innholdsområde: Inkluderende, stress, frivillighet og ro hjemme. Eksemplet fra analyseprosessen er vist i tabell 3.

Inkluderende: Hovedårsaken til de flergangsfødende som deltok i prosjektet var å få komme hjem og være sammen hele familien. De følte andre søsken ble inkludert på en annen måte hjemme og at dette skapte mindre sjalusi og en følelse av delaktighet. Alle mente denne ordningen inkluderte far på en annen måte og at han og ble mer delaktig hjemme.

Stress: Både flergangsfødende og førstegangsfødende oppgav stress og mas på sykehuset som en grunn for å delta i prosjektet. Både i form av det å holde måltider og avtaler, og det at de følte oppholdet på sykehotellet ble lite privat. Flere følte seg invadert av jordmødre som kom inn på rom å ville se på amming, sting osv. Dette gjaldt særlig de som hadde født før. De opplevde det som for urolig på sykehuset, noe som førte til en dårlig ammestart. I dette med stress ligger også det at de fleste følte de fikk for lite hjelp på hotellet. Særlig de som hadde født før og vært på hotellet i forbindelse med tidligere fødsel, men også de som hadde fått sitt første barn opplevde å få lite hjelp den tiden de var der. Dette, sammen med å være i fremmede omgivelser, opplevdes som stressende og var en årsak til at de ville delta i prosjektet.

Første gang jeg, men altså det, amme, hvordan de kommer etter deg, drar deg i brystene, det føles altså litt invaderende, rett etter at man, ja når man føder så er man jo blottlagt veldig da og når du da kanskje trenger litt rom rundt deg selv så (FG 1)

Frivillighet: I denne kategorien ligger det å være forberedt på forhånd og kunne se an muligheten for å reise tidlig hjem først etter at barnet er født. For mange var det tilfeldigheter som avgjorde om de følte de kunne reise hjem, og særlig det at de følte de ikke hadde noen komplikasjoner i forbindelse med fødsel eller barnet og at derfor helst ville være hjemme i barseltiden. Informasjonen på forhånd var viktig for de fleste. Det var de som hadde barn fra før som i utgangspunktet mente de kom til å reise hjem uansett.

Ro hjemme: Denne kategorien er også en viktig årsak til at kvinnene ville delta i dette prosjektet. Alle oppgav dette som grunn, enten de hadde født før eller ikke. De kunne se for seg på forhånd at det ville være mer ro hjemme enn på sykehuset. De hevdet også at det var mer rom hjemme for å tilpasse seg en ny rolle som mor og ny familie, og at hjemmebesøk fra jordmødrene i barsel hjemme ville bidra til dette. Dessuten mente de at det å komme hjem ville hjelpe de å komme fortare tilbake til hverdagen, og at det å få hjelp hjemme også ville øke mestringsfølelsen. Det å komme hjem var også tryggere for de med hensyn til eventuelle smitte, og det hjalp de også å ha fokus på det friske, noe de mente var en stor fordel.

Ja det å komme hjem å sove i egen seg, dusje i egen dusj. Gå ut i

5.1.4 Hvorfor ikke delta

Tre kategorier: Usikkerhet, informasjon og mas hjemme.

Usikkerhet: Dette var hovedårsaken til hvorfor de trodde at kvinner ikke ville delta i prosjektet. Særlig gjaldt dette for førstegangsfødende. De trodde det og ikke å ha tilgang til hjelp 24 timer i døgnet ville skape stress og engstelse hos mange. Dessuten mente de mange var redd for komplikasjoner.

Informasjon: Kvinnene mente informasjonen om prosjektet var for dårlig. Både i svangerskapet og på sykehuset. Dessuten var det flere som trodde prosjektet var satt i gang for å spare liggedøgn på sykehuset, og at dette var årsaken til at mange ikke ville delta. De savnet at fokuset ikke lå på dette med helhet og kontinuitet. De mente også at et år er for lite for et slikt prosjekt og at de gode erfaringene de har ikke kommer andre kvinner til gode nå når prosjektet avsluttes.

Når du leser disse plakatenes høres det ut som du vil bli kvitt kvinnene fra sykehuset men det var jo ikke det. Det tror jeg kan være litt av grunnen (FG 2)

Mas hjemme: De trodde også at mange kvinner var redd for at det ville bli for mye stress hjemme med andre barn eller for eksempel husarbeid eller matlaging. De førstegangsfødende oppgav dette som grunn, mens de som hadde født før var mer opptatt av at hele familien kunne være hjemme sammen og så ikke dette som en årsak for ikke å delta. Det måtte eventuelt bli med tredje barnet.

5.1.5 Fordeler

Under dette innholdsområde ligger opplevelsene kvinnene har hatt ved å delta i prosjektet, og de tankene de har hatt om hvorfor de ville delta er skilt ut. Noen av hovedkategoriene er tilnærmet like da dette er områder som likner hverandre. Med fokus på evalueringen av prosjektet har det vært ønskelig å dele det opp på denne måten for å komme i dybden av hvordan kvinnene opplevde det å være med. Tre kategorier under dette området: Normalitet, mer hjelp hjemme og sett og verdsatt.

Normalitet: Her ligger det å være hjemme i kjente omgivelser. Dette satt fokus på det normale for kvinnene. Å komme hjem fra starten av gjorde det lettere for dem å fungere i den nye rollen som mor eller mor til to.

Mer hjelp hjemme: Dette var en av de mest positive opplevelsene ved prosjektet for kvinnen. Særlig for de førstegangsfødende. De opplevde at de fikk mye mer hjelp

hjemme enn på hotellet. Dessuten lenger hjelp hjemme. Jordmødrene hadde god tid og kvinnen opplevde de som dyktige og godt forberedt når de kom hjem på hjemmebesøk. Flere stilte seg undrende til at ikke andre kvinner hadde skjønnet dette.

Pluss at hun hadde jo så god tid, hun kom akkurat når vi hadde planlagt det, avtalt det, ringte på og da satt jeg bare der og gråt og måtte bare ha hjelp med amming og da var hun bare der og var der halvannen time, det er nesten så jeg blir helt rørt. Det var bare så godt liksom. Og jeg opplevde det ikke sånn her for her er det helt andre forhold og det har jeg jo full forståelse for. Jeg synes det var vanskelig å ringe på hjelp her egentlig, jeg var ikke ute i gangen en gang å spurte etter hjelp (FG 2)

Sett og verdsatt: Kvinnene mente prosjektet hadde bidratt til at de følte seg mer sett og verdsatt som mor. Jordmødrene som kom på hjemmebesøk, var gjester i deres hjem. Ansvaret for barnet ble overført til dem på en måte de følte de mestret. De følte også at deres individuelle behov ble ivaretatt. I dette tema ligger også følelsen av å være inkludert for resten av familien og da særlig pappa. Flere av kvinnene følte seg spesielle og heldige som fikk være med i prosjektet.

Så det føltes mer som en sånn, at jeg ble verdsatt som mor liksom at noen kom hjem til oss (FG 2)

5.1.6 Ulemper

To kategorier: Dårlig samarbeid og savnet toveiskommunikasjon.

Dårlig samarbeid: I denne kategorien ligger samarbeidet mellom instanser. For eksempel opplevde flere av kvinnene at helsestasjonen var dårlig informert om prosjektet og at de hadde deltatt i barsel hjemme. De opplevde at helsesøster hadde fått liten informasjon fra jordmødrene i prosjektet. De syntes det var slitsomt å måtte fortelle sin historie flere ganger, og de mente denne informasjonen ikke skulle gått gjennom dem. En annen ulempe var at de møtte motstridende beskjeder. Blant annet fra personalet på sykehuset, for eksempel ville barnelegen at de burde bli en natt til i enkelte tilfeller, mens jordmor i prosjektet mente det var greit å reise hjem. Dette skapte unødvendig usikkerhet.

I dette tema ligger også det at kvinnene nærmest opplevde at hotellpersonalet ville ha de ut så fort som mulig når de var i prosjektet og at samarbeidet mellom prosjektet og sykehuset var dårlig. De opplevde ikke å bli møtt på telefonen når de ringte utenom prosjektets telefontid og at ingen da ville ta ansvar for dem.

Og så hadde jordmora glemt meg og det var så mye styr akkurat da at når jeg dro så var jeg sånn ” ja vet dere at jeg skal være med på barsel hjemme, må jeg ta kontakt eller er det noen som ringer meg eller hva er

det som skjer nå” Da var det ingen som kunne svare meg på hva som skjedde og da tenkte jeg at jeg drar nå og så ringer jeg i morra, da er det mandag, hvis jeg ikke får en telefon (FG 4)

Savnet toveiskommunikasjon: Det ble bemerkt i fokusgruppene at problemene hjemme like gjerne kunne starte etter en uke, som etter en dag, og at de gjerne så at de fikk en oppfølgingstelefon fra prosjektet. Dessuten mente de at for mye av initiativet generelt lå hos dem. Både i den tradisjonelle barselomsorgen og i prosjektet. De kunne heller ønske at helsepersonellet tok mer kontakt med dem og ikke omvendt. Mange synes det er greit å ta initiativet mens mange ikke greier det, og da faller de lett gjennom.

Tabell 3: Eksempel fra analyseprosessen i innholdsområde ”Hvorfor delta”:

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Sub-kategori	Kategori
Jeg synes det var utrolig deilig og bare komme hjem, å amme, og få gjøre det i en sofa hjemme og få hjelp til det der. Ikke å sitte i en fremmed sofa her på hotellet men være hjemme hos deg selv.	Deilig å komme hjem til egen sofa. Ikke fremmede omgivelser	Deilig å være hjemme i kjente omgivelser	Kjente omgivelser	Normalitet
Pluss at hun hadde jo så god tid, hun kom akkurat når vi hadde planlagt det, avtalt det, ringte på og da satt jeg bare der og gråt og måtte bare ha hjelp med amming og da var hun bare der og var der halvannen time, det er nesten så jeg blir helt rørt. Det var bare så godt liksom	De hadde så god tid	God tid på hjemme besøk	God tid	Mer hjelp hjemme
Og jeg opplevde det ikke sånn her for her er det helt andre forhold og det har jeg jo full forståelse for. Jeg synes det var vanskelig å ringe på hjelp her egentlig, jeg var ikke ute i gangen en gang å spurte etter hjelp	Vanskelig å ringe etter hjelp på hotellet	Opplevdes vanskelig å spørre om hjelp på hotellet	Lite hjelp på hotellet	Mer hjelp hjemme
Så det føltes mer som en sånn, at jeg ble verdsatt som mor liksom at noen kom hjem til oss.	Følte meg mer verdsatt som mor hjemme	Verdsatt som mor hjemme	Verdsatt som mor	Sett og verdsatt

5.2 Manifest og latent analyse av de to siste innholdsområdene

De to neste innholdsområdene svarer på forskningsspørsmålene om helhet og kontinuitet og om dette fører til trygghet og mestring:

Hva er kvinnenes ønsker i forhold til kontinuitet og helhet?

Hva betyr helhet og kontinuitet i omsorgen forhold til det å mestre av en ny tilværelse med barn?

Her presenteres kategoriene fra materialet med tabeller som viser eksempler fra analysen. Deretter presenteres et tema for begge innholdsområdene som er basert på teksten i sin helhet, kategoriene og forskerens følelse for det underliggende budskapet. Dette er det latente innholdet i materialet. Fremgangsmåten for å komme frem til det latente innholdet er også beskrevet i metodedelen.

Aller først følger en sammenfattende tabell over latent og manifest innhold i innholdsområdene helhet/kontinuitet og trygghet/mestring. Videre følger en redegjørelse for hvert enkelt av de to områdene i dette kapitlet.

Tabell 4: Sammenfattende oversikt over tema, kategorier og innholdsområder:

Tema	Gode relasjoner og informasjon skaper kontinuitet	Bli møtt på individuelle behov
Kategori	Personlige egenskaper Forholde seg til få personer Informasjon Forventninger	Komme hjem Informasjon Kontinuitet Egen trygghet Tilgjengelighet
Innholds-område	Helhet og kontinuitet	Trygghet og mestring

5.2.1 Helhet og kontinuitet

Fire kategorier: Informasjon, personlige egenskaper, forholde seg til få personer og forventninger. Eksampler fra analyseprosessen er vist i tabell 5.

Informasjon: Selve informasjonsbiten kom tydelig opp som et sentralt element innen kontinuitet. I dette begrepet ligger det flere aspekter. Kvinnene savner mer konkret informasjon under svangerskapet. For eksempel om hva som skal skje under fødsel, om amming og tiden etterpå. Flere av kvinnene mente helhet og kontinuitet kunne ivaretas med standardisert informasjon som sikrer at alle blir forberedt på samme måte. De var

også opptatt av informasjon på Internett. Dette er et for de mener kan bidra til kontinuitet. Det vil si at de savnet et kvalitetssikret nettsted som gir de den informasjonen de har behov for. I dag mener de mange av nettstedene for gravide skaper engstelse og ikke bidrar til helhet og kontinuitet.

Ja for sånn informasjon synes jeg nesten skulle vært kvalitetssikret. Man skulle hatt en samtale i løpet av svangerskapet om det som skjedde (FG 1)

Det siste aspektet som kom opp innen tema informasjon var hvordan denne gikk mellom de ulike tjenestene innen svangerskap, fødsel og barseltid. Her er det mest å hente i forhold til helhet og kontinuitet. Det vil si at de savner en informasjonsflyt mellom for eksempel barsel hjemme og helestatjonen. De opplevde å måtte fortelle sin historie flere ganger og mente dette var unødvendig da de ulike tjenestestedene kunne rapportert skikkelig til hverandre. Enkelte opplevde at dette ble ivaretatt i prosjektet og pekte på dette som klare fordeler når det gjaldt helhet og kontinuitet. For eksempel informasjon om tidligere fødsler og komplikasjoner, at sykehuset hadde fått informasjon om dette av jordmødrene i barsel hjemme.

Men det virket kanskje som samarbeidet, det eneste som kanskje ikke fungerte så bra, da var samarbeidet mellom sykehuset og barsel hjemme og barsel hjemme og helestatjonen. Ja det var liksom der det var litt vanskelig da (FG 4)

Personlige egenskaper: Det var personlige egenskaper hos omsorgsgiveren som kom opp som det mest vesentlige for kvinnene når det gjaldt helhet og kontinuitet. De ansattes evne til å skape en relasjon med kvinnene er mer viktig enn at det er samme personene de møter hver gang. Det er også viktig at de som har noe med kvinnene å gjøre evner å sette seg inn i deres sak, situasjon, eller journal på forhånd. De må også greie å sette seg inn i deres situasjon under selve møte med kvinnene.

Under dette tema kommer også filosofi som en måte å ivareta kontinuiteten. Det trenger heller ikke her å være samme person, men at de som jobber i svangerskapet, på sykehuset og i barseltiden har samme filosofi og møter kvinnene med de samme holdningene. Her mente kvinnene fra fokusgruppene også at personlige egenskaper er viktige.

Det med kontinuiteten kan kanskje ikke gå på person men mer på forhold og filosofi (FG 2)

Forholde seg til få personer: Selv om kvinnene i denne studien var opptatt av personlige egenskaper hos omsorgsgiveren kontra kontinuitet, ønsket de allikevel å møte færrest mulig personer under hele perioden. Særlig i svangerskapet var dette ønskelig. De aller fleste gikk til jordmor i svangerskapet og mente hun var best egnet til å ivareta kontinuiteten da svangerskap, fødsel og barseltid er en jordmors kompetanseområde. Noen gikk bare til sin fastlege og opplevde han eller hun som en i

varetager av kontinuitet, mens de som gikk mest til jordmor også hadde vært til fastlegen en eller to ganger. Av disse ble det fremhevet at de forskjellige yrkesgruppene hadde sitt å bidra med, og at det var en fordel å gå til begge to.

Når det gjaldt svangerskapspoliklinikken på sykehuset mente kvinnene at de hadde mye å hente i forhold til kontinuitet. Det burde, for eksempel, ikke være vanskelig å booke time hos den samme legen hver gang. I stedet opplevde flere å komme til forskjell lege hver gang. Dette var frustrerende. Her ble det også påpekt at det lå kontinuitet i lege eller jordmors evne til å sette seg inn i kvinnes journal, og prøve å bli kjent med henne på denne måten.

Når jeg tenker på sist så gikk jeg bare en eller to ganger til jordmor så gikk jeg resten på Ullevål, pga myomet på poliklinikken, og det syntes jeg virkelig kunne vært organisert annerledes for jeg tror jeg har hatt alle legene der og aldri den samme to ganger. Det synes jeg er en dårlig ide. Det må være en dårlig ide for dem og for dem får aldri fulgt opp en case (FG 3)

I forhold til sykehuset mente flere at det falt utenfor helhetstankegangen, og at dette var greit. Kvinnen var opptatt av å skille mellom det de beskrev som ventetiden (Svangerskapet) og en jobb de måtte gjøre (fødselen). En ting som fremmet kontinuiteten, og som opplevdes som positivt når det gjaldt sykehuset, var å ha en jordmor i svangerskapet som jobbet på sykehuset. Da følte kvinnene de fikk mer helhet. Den jordmoren trengte ikke være den de møtte i fødsel.

Forventninger: Mye er avhengig av forventninger når det gjelder kontinuitet. Mange opplevde ikke kontinuitet i prosjektet, og syntes det var greit, fordi de forventet det ikke. Noen trodde prosjektet var satt i gang for å spare liggedøgn på barselhotellet, og hadde heller ingen forventning om kontinuitet eller helhet. Derfor var forventninger avgjørende for opplevelsen av kontinuitet i prosjektet. Det var store variasjoner i gruppene hvordan de følte at kontinuiteten var i varetatt. Noen hadde en opplevelse av helhet, mens andre ikke hadde det. De hadde heller ikke savnet det.

I forkant så hadde det nok, hvis man hadde snakket om kontinuitet i forkant så høres det veldig fint ut. Men man er forberedt på at det ikke ser sånn så er det helt greit i etterkant (FG 3)

Videre følger en tabell om viser eksempel på den manifeste analysen i innholdsområde helhet og kontinuitet:

Tabell 5: Eksempel fra analyseprosessen i innholdsområde helhet og kontinuitet:

Meningsenhet	Kondenserte meningsenhet	Kode	Sub-kategori	Kategori
Nå var det en annen jordmor som kom hjem til meg. For det hadde jo vært det med kontinuitet, da hadde det vært samme jordmor som fulgte opp begge barna mine og det hadde jo vært helt topp.	Ikke samme jordmor som kom hjem som var i svangerskapet. Samme hadde vært kontinuitet.	Ikke samme jordmor som kom hjem som jeg gikk til i svangerskapet	Opplevde ikke kontinuitet ønsket det	Forventning-er
Jeg fikk også en følelse av at de var veldig oppdatert på det og det føltes som hun viste det som de viste på sykehuset liksom at det var ikke.. Ja at de hadde lest journalen godt da.	De som var oppdatert på meg. Hadde lest journalen godt.	Kontinuitet i at jordmødrene var godt oppdatert	Gjøre seg kjent med kvinnen	Informasjon
Og jeg fikk da, hun jordmoren som kom hjem til meg var da den samme jordmoren jeg hadde hatt i svangerskapet og det var hun som kom begge dagene.	Samme jordmor i svangerskap og på hjemmebesøk	Helhet med samme jordmor i svangerskap og på hjemmebesøk	Kontinuitet i prosjektet	Forholde seg til få personer
Det med kontinuiteten kan kanskje ikke gå på person men mer på forhold og filosofi.	Kontinuitet trenger ikke gå på person. Mer på forhold og filosofi	Kontinuitet i forholdet som skapes	Kontinuitet gjennom filosofi og forhold	Personlige egenskaper

Følgende, som er det latente innholdet i teksten, ble formulert i dette innholdsområde: Gode relasjoner og informasjon skaper kontinuitet. Videre følger en tabell som viser en oversikt over innholdsområde helhet og kontinuitet med kondenserte meningsenheter, subkategorier, kategorier og tema.

Tabell 6: Oversikt over innholdsområde Trygghet og mestring med subkategorier, kategorier og tema:

Innholdsområde	Subkategorier	Kategorier	Tema
Helhet og kontinuitet	Gjøre seg kjent med kvinnen Personlige egenskaper viktigere en kontinuitet Kontinuitet gjennom filosofi og forhold Personlige egenskaper viktigst Personkjemi og tillit er viktigere en kontinuitet	Personlige egenskaper	Gode relasjoner og informasjon skaper kontinuitet.
	Opplevde ikke kontinuitet, ønsket det. Kontinuitet med å få bydelsjordmødre på fødsler Opplevde ikke kontinuitet Mer informasjon om hva som skjer på sykehuset	Forholde seg til får personer	
	Kontinuitet i oppdaterete jordmødre Gjøre seg kjent med kvinnen Mer konkret informasjon Liten kunnskap Sikre seg informasjon Usikkerhet Involvere sykehus ved spesielle forhold Dårlig informasjonsflyt For kort prosjektperiode	Informasjon	
	Opplevde ikke kontinuitet Kontinuitet ikke viktig Sykehuset ikke en del av helheten Kontinuitet i prosjektet Prosjektet var et bra tilbud Ønske om å inkludere pappa Forventninger er avgjørende Spare liggedøgn	Forventninger	

5.2.3 Trygghet og mestring

Fem kategorier ble formulert i dette innholdsområdet: Komme hjem, tilgjengelighet, egen trygghet, informasjon og kontinuitet. Eksepler fra analyseprosessen er vist i tabell 7.

Komme hjem: For kvinnen lå det mestring i det å komme hjem til egen bolig. De opplevde en trygghet og ro hjemme som de ikke hadde på sykehuset. Det at de fikk opplæring hjemme følte også til en økt mestringsfølelse. Hjemme er de kjent, de hadde de tingene der de ville og de kunne gjøre ting på sin måte. Alt dette førte til en høyere grad av trygghet. Det at jordmødrene kom hjem til dem og bekreftet dette bidro også til at mestringsfølelsen økte. Kvinnene mente også at fedrene ble inkludert på en annen måte hjemme og det bidro også til at de følte seg tryggere og familien fikk en bedre start.

Men vi kjente oss veldig trygge da de kom hjem til oss og vi kunne stille masse spørsmål og jeg følte jeg lærte veldig mye. Da kom de veldig på et kritisk tidspunkt for meg da og jeg trengte veldig mye hjelp så da lærte jeg masse og vi kunne ringe og jeg gjorde jo det en gang og da var veldig at jeg bare kunne ringe igjen (FG2)

Tilgjengelighet: Tilgjengelighet var viktig for kvinnene, både i form av jordmor på hjemmebesøk og det at de alle bodde nærme sykehuset og følte de kunne reise dit hvis det var noe som skjedde. Det at de hadde et telefonnummer å ringe hele døgnet var også med på å øke tryggheten hjemme. Nå viste det seg at ikke alle hadde like god erfaring med å ringe det nummeret. Det var frustrerende for de det gjaldt, og førte til utrygghet. Det har blitt redegjort mer for dette under fordeler og ulemper med prosjektet.

Så vet man jo at skulle det skje noe så er det bare å reise tilbake hit. Det fikk man jo også beskjed om så du hadde jo hele tiden den tryggheten. For om du fikk helt panikk og om noe skulle skjære seg så er det jo bare å dra hit ikke sant (FG 3)

Det at sykehuset var tilgjengelig på andre måter mente de også førte til økt trygghet. Ultralyd var noe som ble spesielt fremhevet. Flere av kvinnene mente ekstra ultralyd, eller ultralyd på vanlig svangerskapskontroll ville føre til at de var tryggere i svangerskapet. De var opptatt av at det ville gi de et annet forhold til barnet og oppleve det som mer konkret. Andre igjen mente flere ultralyder ville føre til mer utrygghet. Det kunne oppdages falske positive ting, eller ting det ikke kunne gjøres noe med.

Informasjon: Som i innholdsområde kontinuitet, er informasjon også viktig for trygghet og mestring. Det å være informert og forberedt på det som skal skje er viktig for alle. Her fremheves foreldreforberedende kurs som viktig, særlig fordi det involverer partner.

Internett er også viktig i forhold til informasjon. Når det gjelder Internett er det igjen den faren at det kan føre til utrygghet, og en side med kvalitetssikret innhold savnes. Enkelte er svært opptatt av den usikkerheten Internett kan skape. De anbefaler at venninner ikke bruker dette som informasjonskilde. Helhetlig informasjon er viktig for tryggheten. Gjerne et standardisert opplegg som sikrer at alle får den informasjonene de har krav på. Nå føler de at det blir mer tilfeldig hva de får vite. Enkelte av kvinnene følte det var tilstrekkelig å sette seg inn i svangerskap, fødsel og barseltiden selv.

Ja enn alt det som står der. Jeg har flere venninner som bare måtte ha kuttet ut å lese på nettet for de blir så bekymret av det (FG 1)

Kontinuitet: Kvinnene mente at kontinuitet ikke var nødvendig for en opplevelse av trygghet. En følelse av trygghet går mer på personlige egenskaper og trygghet i seg selv. Kontinuitet i forhold til det å være kjent for omsorgsgiver mente de kunne bidra til en økt trygghet. I dette ligger det som nevnt i resultatet om kontinuitet, at dette nødvendigvis ikke tenger å være samme person, men de ansattes evne til å sette seg inn i kvinnens journal og situasjon. Personlige egenskaper hos de som jobber med gravide og deres familie er viktig for følelsen av trygghet og mestring.

Egen trygghet ble av kvinnene fremhevet fordi de mener utfordringene kommer med et nyfødt barn uansett kontinuitet, og de kommer gjerne etter sykehusopphold og hjemmebesøk er avsluttet. Da er det viktig å tro på seg selv, og at man mestrer dette. Informasjon, og det å være forberedt, kan bidra til mestring. Fra hjelpeapparatet sin side kunne det være aktuelt med mer hjemmebesøk, eller en toveiskommunikasjon, hvor for eksempel jordmødrene i Barsel hjemme tok kontakt for å høre hvordan det gikk. Uansett mente de at eget initiativ var viktig i hele prosessen, særlig etter at barnet var født. Egen trygghet gjorde det lettere å ta initiativet.

Den er seks dager gammel og nå må hun sjøl ta initiativ til å ringe helsestasjonen og hun har jo vært her og det handler kanskje ikke så mye om det her prosjektet, men det er en kontinuitet som, når du akkurat kommer hjem og er i en sårbar situasjon. Hvordan du skal ta initiativet selv uansett (FG 4)

Videre følger en tabell for å vise eksempler på meningsenhet, kondensert meningsenhet, kode, subkategori og kategori fra innholdsområde trygghet og mestring:

Tabell 7: Eksempel fra analyseprosessen i innholdsområde trygghet og mestring:

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Sub-kategori	Kategori
Jeg vil si at jeg var trygg. Men nå viste jeg jo hvordan jeg skulle gjøre det så jeg trengte jo bare ro.	Var trygg, viste hva jeg skulle gjøre. Fikk ro hjemme	Var trygg, fikk ro hjemme	Trygghet og mestring hjemme	Komme hjem
På sykehuset underviser de jo også i hvordan de skal gjøre ting og det er sikkert mange som har nytte av det.	Sykehuset underviser, sikkert nyttig for noen	Sykehuset tryggest for noen	Usikkerhet	Egen trygghet
Men om du får det til og slapper av med det så går det sikker bedre nettopp for at du slapper bedre av	Får du det til, går det sikkert bedre hjemme fordi du skapper mer av	Utgangspunktet mer ro hjemme, økt mestring	Mestring å reise tidlig hjem	Komme hjem
Absolutt. Men så har de kanskje valg med vilje da to bydeler som ligger i nærheten av sykehuset.	Følte oss trygge Fordel med sykehuset så nærme	Følte oss trygge pga kort avstand til sykehus	Tilgjengelighet skaper trygghet	Tilgjengelighet
E: Ja enn alt det som står der. Jeg har flere venninner som bare måtte ha kuttet ut å lese på nettet for de blir så bekymret av det.	I dag skaper internett engstelse	Internett skaper engstelse	Internett som skapt av utrygghet	Informasjon
S: Jeg synes jeg fikk, de som jeg hadde, jeg hadde mange forskjellig gjennom graviditeten og jeg følte at alle hadde sine ting og tilføre og at derfor var det en positiv opplevelse og ha forskjellige for jeg synes de hadde sitt å bidra med.	Hadde flere forskjellige gjennom graviditeten Alle hadde sitt å tilføre, positivt	Ikke utrygg pga lite kontinuitet, fikk forskjellige impulser	Lite kontinuitet ikke utrygg	Kontinuitet

Følgende tema ble formulert for dette innholdsområde: Bli møtt på individuelle behov.

Tabell 8: Er en oversikt over innholdsområde Trygghet og mestring med subkategorier, kategorier og tema:

Innholds- område	Subkategorier	Kategorier	Tema
Trygghet og mestring	Trygghet og mestring hjemme Mestring å reise tidlig hjem Godt ivaretatt hjemme Økt trygghet med hjemmebesøk Inkluderer pappa Jordmor hjemme gav meg mestringsfølelse Utfordringer kommer, positivt å få noen hjem	Komme hjem	Bli møtt på individuelle behov
	Internett som skaper av utrygghet Kurs øker trygghet Finne informasjon Være forberedt Være informert Involver pappa i informasjon	Informasjon	
	Økt trygghet å være kjent Økt trygghet med kontinuitet Lite kontinuitet, ikke utrygg Kontinuitet ikke nødvendig for trygghet	Kontinuitet	
	Usikkeret Sykehuset tryggest for noen Redsel for ikke å mestre Tryggere med andre barnet Egen trygghet personavhengig Individuelle behov Økt trygghet å være kjent Mer UL kan skape mer engstelse Tillit til helsevesenet Eget initiativ, personavhengig	Egen trygghet	
	Generelt lite hjelp og få etter hjemreise Tilgjengelighet skaper trygghet Flere UL gir trygghet Normalitet Toveiskommunikasjon	Tilgjengelighet	

5.3 Pasienterfaringsundersøkelsen

I tillegg til fokusgruppeintervjuene ble det gjennomført en pasienterfaringsundersøkelse. Alle kvinnene som deltok fikk et spørreskjema med spørsmål. Dette er tidligere også brukt i undersøkelser ved sykehusets avdelinger. 83 spørreskjema ble sendt ut og 43 kvinner svarte på skjema som gir en svarprosent på 51,8. Fem skjema kom i retur grunnet ukjent adresse. Tabellen under viser gjennomsnitt svar på hvert enkelt spørsmål. En liknende tabell viser gjennomsnitt svar fra spørreundersøkelsen som er gjort ved Ullevål hotell som beskrevet i metodedelen. I undersøkelsen fra UUS har 34 kvinner svart. Merk at svarene er rangert fra 1-5 hvor 1 er ikke fornøyd og 5 er svært fornøyd.

1. Behandlingen du fikk av pleiepersonalet?
2. Organiseringen i forbindelse med behandlingen din?
3. Informasjonen du fikk om behandlingen din?
4. Informasjonen du fikk omkring prøvene og undersøkelsene du var igjennom?
5. Informasjonen og oppfølging med tanke på tiden etter utskriving/avsluttet behandling.
6. Måten dine pårørende ble tatt i mot på?
7. Hvordan du ble tatt med på råd og fikk påvirke behandlingsopplegget ditt.

Tabell 9: Gjennomsnitt svar Barsel Hjemme:

Spørsmål nr	1	2	3	4	5	6	7
Gjennomsnitt	4,8	4,6	4,4	4,5	4,4	4,6	4,5

Tabell 10: Gjennomsnitt svar Ullevål hotell:

Spørsmål nr	1	2	3	4	5	6	7
Gjennomsnitt	4,4	3,8	4,1	4,0	4,0	4,4	4,3

Som det kommer frem av tabellen er majoriteten svært fornøyd eller fornøyd med Barsel hjemme. Særlig med hvordan de har blitt møtt av pleiepersonellet som er spørsmål en. Det er også det kvinnene fra Ullevål hotell er mest fornøyd med. Ellers ligger svarene fra kvinnene i Barsel hjemme jevnt over høyere (mer fornøyd) enn de som har svart fra Ullevål hotell. Den største forskjellen finnes i spørsmål to: Hvor fornøyd er du med organiseringen av behandlingen din. Majoriteten av kvinnene fra Barsel hjemme er svært fornøyd, mens gjennomsnittet hos de som har svart fra UUS ligger noe lavere. Det er også større forskjeller i forhold til informasjon om behandling og oppfølging i tiden etterpå, hvor igjen kvinnene fra prosjektet er mer fornøyd. Det er mindre forskjeller i spørsmålene som omhandler pårørende og hvordan du selv fikk påvirke behandlingen din.

5.4 Data fra prosjekt Barsel hjemme

Tabell 11: Data fra prosjektet:

Data på mor:	Kommentar
Antall kvinner som deltok: 84 (det mangler data på tre stykker)	Førstegangsfødende: 34 Andregangsfødende: 40 Tredjegangsfødende: 5 Fjerdegangsfødende: 2
Hjemmebesøk	25 hadde et besøk 47 hadde to besøk 7 hadde tre besøk
Telefonkonsultasjoner	19 hadde 1 telefonsamtale 4 hadde 2 telefonsamtaler
Komplikasjoner	1 brystbetennelse 1 revisio
Reinleggelser	Sosiale forhold
Amming	80 ammet 1 ammet ikke, planlagt
Gjennomsnitt antall timer på sykehus før hjemreise	25
Data på barn:	Kommentarer
Gjennomsnittlig vektnedgang	3,84 %
Komplikasjoner	Gulsott
Reinleggelser	1 barn pga gulsott

Tabellen er en sammenfatting av data som er registrert om kvinnene og barna fra prosjektet (se s.17).

6 DISKUSJON

Studiens hensikt ligger til grunn for diskusjonen og den er delt opp etter de fire forskerspørsmålene.

Hvordan er kvinnes brukertilfredshet/pasienterfaring med prosjektet sammenliknet med de som har et tradisjonelt opphold ved sykehuset?

I denne studien er en enkel pasienterfaringsundersøkelse med overgripende spørsmål valgt. Det er dette som samsvarer med undersøkelsene Ullevål universitetssykehus har brukt ovenfor sine pasienter (UUS), og de er valgt slik at en sammenlikning kan gjøres. Overgripende og generelle spørsmål gir gjerne mer positive svar enn mer konkrete spørsmål (Waldenstöm 2007). Et annet viktig poeng er at det ser ut til at svarene blir mer positive når spørsmålene stilles i tilknytning til selve tilfellet for pleie og omsorgen, enn om man hadde stilt de senere (Brown og Lumley 1997). I følge Øvertveit og hans modeller for evaluering er dette en revisjon (modell 2). Det som er gjort og spesifikke standarder, eller operasjonelle mål sammenliknes (Øvertveit 2001). Her er det pasienttilfredsheten med et gammelt og et nytt tilbud som ses på.

Gjennomsnittet for hvert svaralternativ er regnet ut i spørreundersøkelsen. Som det kommer fram i resultatdelen er kvinnene som har deltatt i Barsel hjemme svært positive og jevnt over mer fornøyd med den hjelp de har fått enn de som har svart fra Ullevål hotell. Særlig spørsmål 1: Hvor fornøyd er du med den behandling du har fått av pleiepersonale? Dette er kvinnene fra Barsel hjemme svært fornøyd med. Det at kvinnene stort sett er fornøyd samsvarer med det som sies om overgripende og generelle spørsmål. (Waldenstöm 2007). Dette viser seg også å stemme blant de som har svart fra pasienthotellet. I forhold til tidspunktet for når de blir spurt, samsvarer ikke svarene med det flere andre studier viser. De viser at man gjerne svarer mer negativt når man får lengre tid til å tenke seg om (Waldenstöm 2007, Brown og Lumley 1997). Her er de som er spurt etter det har gått en tid fra tidspunktet for omsorgen, mest fornøyd. Kvinnene fra hotellet har blitt spurt i forbindelse med sykehusoppholdet, mens de fra Barsel hjemme har fått spørreskjema to til ti måneder etter tidspunkt for pleie. Prosjektet kommer derfor godt ut.

Den største forskjellen i svaret ligger i spørsmålet som omhandler organiseringen av behandlingen. Her er kvinnene fra Barsel hjemme gjennomgående svært fornøyd. Dette samsvarer med andre studier som ser på jordmorbasert omsorg hvor kontinuitet er et nøkklebegrep. Kvinner rapporterer en høy grad av fornøydhet med denne organiseringsformen (Fereday et al. 2009). Selv om kvinner som har hatt sitt barselopphold på pasienthotellet også har hatt jordmorbasert omsorg, er ikke fokuset på helhet og kontinuitet tilstede på samme måte som i Barsel hjemme.

Et viktig aspekt i denne evalueringen er at den handler om Barsel hjemme. Navnet på prosjektet har fått kvinnen til å fokusere mye på barseltiden. De som har svart på UUS svarer også på den barselavdelingen de er. Antakelig er fokuset på barseloppholdet ennå større ved undersøkelsen som er utført på Ullevål hotell. Studier viser at det er gjerne

barseltilbudet kvinner og deres partner er minst misfornøyd med når men ser på fødselsomsorgen under ett (Waldenstöm 2007, Fenwick et al. 2009). Dette kan ha noe å si for utfallet. Evalueringen av sykehusets fødselshjelp skjer også på barsel. Dette kan føre til en skjevfokusering når tilbudet evalueres. Et annet aspekt er at i Barsel hjemme evalueres både svangerskap, fødsel og barseltid mens på sykehuset er det oppholdet ved føde og barsel som evalueres. Dette kan også ha noe å si for forskjeller i utfallet.

Hvordan er kvinnens opplevelse av tilbudet?

Dette forskerspørsmålet er forsøkt besvart gjennom første del av fokusgruppene. Evalueringen som er gjort for å besvare spørsmålet er i følge Øvertveit gjort etter modell 1. Hensikten har vært å beskrive betydningen av intervensjonene, og få tak i kvinnenes mening om prosjektet. Med tanke på brukertilfredshetsundersøkelsen som stiller mer generelle spørsmål, er denne modellen for evaluering også valgt for å hente ytterligere informasjon. Materialet fra fokusgruppene er tolket til det manifeste innholdet som også anses å samsvare mest med Øvertveits modell (Øvertveit 2001). Kvinnene har hatt mest fokus på det å reise tidlig hjem. Evalueringen har derfor gått mest på dette. Analysens seks innholdsområder er diskutert under ett.

Kvinnen har oppgitt som en viktig grunn for å delta at de var forberedt før hjemreise og det at mange har blitt rekruttert, eller forsøkt rekruttert på sykehuset, kan være en årsak til at få har deltatt i prosjektet. En sammenfatting av tall fra prosjektet viser 84 kvinner har deltatt. I bydel Sagene og St.Hanshaugen fødes det ca 1300 barn i året (Ullevål universitetssykehus 2007, Ullevål universitetssykehus 2008). Hvor mange av disse som føder på UUS finnes det ingen oversikt over, men med tanke på dette fødselsgrunnlaget synes 84 lite. Det å være forberedt henger for kvinnene sammen med frivillighet. Vekten av dette beskrives i flere studier om omsorgsformer i barseltid og tidlig hjemreise (Ellberg, Högberg og Lindh 2008, Fredriksson, Högberg og Lundman 2003). Det å kunne velge selv og å være delaktig i avgjørelser rundt barselomsorgen kan føre til økt trygghet hos kvinnene (Luyben og Fleming 2005). Dette beskriver også kvinnene i fokusgruppene selv i forhold til innholdsområde trygghet og mestring.

Kvinnene hadde forskjellige grunner for å delta i prosjektet. Flergangsfødende så det som viktig å kunne være sammen med større barn. De følte at hjemmet var den beste arena for dette. Dessuten så alle, uavhengig av om de hadde barn fra før eller ikke, det som en fordel å komme tilbake til hverdagen. Liknende funn beskrives av Fredriksson, Högberg og Lundman 2003. Her er den viktigste grunnen for å reise hjem tidlig etter fødsel at man vil være sammen hele familien, og at man vil utarbeide rutiner i eget hjemmemiljø (Fredriksson, Högberg og Lundman 2003). Dessuten viser andre studier at hjemmet er et trygt sted for kvinnene. Det å være i meningsfulle relasjoner hjemme og støtte seg til eget nettverk styrker familien (McInnes og Chambers 2008). Dette samsvarer med hva enkelte av kvinnene hadde som grunn for å delta i prosjektet. De oppfattet det også sånn at mannen ville bli mer inkludert hjemme og at dette ville føre til mer delaktighet fra hans side. Delaktighet og støtte fra mannen er viktige aspekter i forhold til å lære barnet å kjenne og å knytte seg til det (Persson og Dykes 2002).

Førstegangsfødende og flergangsfødende hadde noe forskjellig grunner for deltagelse i prosjektet. De som fikk sitt første barn var mer opptatt av roen hjemme og at dette er det beste miljøet å lære barnet å kjenne. Flergangsfødende hadde mer fokus på å holde familien sammen de første dagene. Alle kvinnene var opptatt av at det så ut som de fikk mer hjelp hjemme enn på sykehotellet. Både de som faktisk hadde opplevd det før, som flergangsfødende, og de som fikk sitt første barn. Studier som fokuserer på behov den første barseltiden kan tyde på det samme. Førstegangsfødende er mer opptatt av amming og barnestell, mens flergangsfødende har mer fokus på at familierelasjonen skal etableres med en gang (Lindberg, Ohrling og Christensson 2008).

Usikkerhet var hovedgrunnen til at kvinnene trodde så få var med prosjektet. Det å ikke ha hjelp tilgjengelig 24 timer i døgnet om komplikasjoner skulle oppstå. De trodde flere ville føle seg tryggere på sykehuset. Selv følte de seg trygge nok hjemme, og mente at sykehuset var tilgjengelig nok med kort avstand, et telefonnummer å ringe og ikke minst besøk hjemme. Studier viser at det ikke er en økt risiko å reise tidlig hjem. En systematisk litteraturoversikt fra 2004 viser ingen forskjell i utfall når det gjelder effekter på mor og barns helse, reinnleggelser, depresjon hos mor og amming. Eneste forskjellen denne studien fant, var en trend i at de som reiste tidlig hjem var mer fornøyd med omsorgen (Brown 2004).

Kvinnen mente også at informasjonen om prosjektet var for dårlig og at dette kunne være årsaken til den dårlige rekrutteringen. De savnet mer fokus på helhet og kontinuitet. Kvinnenes opplevelse av kontinuitet, og hvordan de mente helheten og kontinuiteten i prosjektet ble ivaretatt, varierte derfor. Det som kom frem i fokusgruppene var at forventningen om kontinuitet var avgjørende. Dette viser også det neste innholdsområde i analysen som sier noe om hva slags ønsker kvinnene har for kontinuitet og helhet. At forventninger er avgjørende for opplevelse av kontinuitet viser flere studier. Og at selve begrepet er vanskelig å definere er også avgjørende for opplevelsen (Hodnett 2000, Green, Renfrew og Curtis 2000, Paige 2003). Her kunne prosjektet vært tydeligere på hva som var målsettingen. Dette gav kvinnene i fokusgruppene også uttrykk for. Flere mente at dette kanskje kunne rekruttert flere til prosjektet.

Kvinnenes evaluering og opplevelse av prosjektet har vært positiv. Selv om ikke alle har vært positive til alt, så har alle kvinnene i fokusgruppene sagt de ønsker å være med igjen. Flere har uttrykt at de mener prosjektet har vært for kort, og at det både er bortkastet tid og penger og ikke la et nytt tilbud få tid til å etablere seg. Denne "skjevheten" mot det positive samsvarer med funnene fra en litteraturstudie som har sett på tilfredshet med fødselsomsorg. Den viser at de færreste sier noe negativt om opplevelsen (Hodnett 2002). Det pekes i andre studier på om ikke det at kvinner som er med i en ny omsorgsmodell er fornøyd på grunn av det faktum at de deltar i noe som er nytt. Det får de til å føle seg mer spesielle og mer ivaretatt (Green, Renfrew og Curtis 2000). Flere av kvinnene i fokusgruppene har gitt uttrykk for dette. Igjen så er det andre studier som viser en høyere grad av tilfredshet med omsorgen hos de som opplever jordmorbasert omsorg, hvor kontinuitet og fokus på det normale er viktige aspekter (Williams et al. 2009, Turnbull et al. 2008, Fereday et al. 2008). Dette er alle nyere

studier. En ny systematisk litteraturstudie som har sett på jordmorstyrt omsorg kontra andre omsorgsmodeller for gravide. Den konkluderer med at jordmorledet omsorg er assosiert med flere fordeler for mor og barn og at ingen bakdeler er identifisert. Jordmorledet omsorg er definert som en type omsorg der jordmor er den ledende profesjonen i planlegging, organisering og gjennomføring av omsorgen for den gravide fra starten av svangerskapet til tidlig barseltid (Hatem et al 2008).

De to andre forskerspørsmålene i denne oppgaven går på helhet og kontinuitet og kvinnes opplevelse av dette i prosjektet, om dette er noe de er opptatt av generelt og om det er noe de mener fører til økt trygghet og mestring. Her er materialet fra fokusgruppene tolket i den hensikt å få tak i den underliggende mening og det latente innholdet i materialet er formulert i et tema for hvert av forskerspørsmålene. Forskerspørsmålene er tidligere begrunnet i innledning og bakgrunns litteratur og da særlig den folkehelsevitenskapelige delen.

Hva er kvinnes ønsker i forhold til kontinuitet og helhet?

Det som kvinnene trekker frem som viktig innen kontinuitet er informasjon. De vil ha mer standardisert informasjon som sikrer at de lærer det som er nødvendig for å mestre svangerskap, fødsel og barseltiden. Når det gjelder informasjon er det flere studier som peker på at kvinner vil ha mer av dette. De vil bli tilbudt informasjon, de vil ha lett tilgang til denne og den må være tilpasset individuelle behov (McCourt et al. 2006). Kvinnene i barsel hjemme er opptatt av at informasjonen er kvalitetssikret. De mener det er mye informasjon ute, og da særlig på internett, som gjør gravide engstelige. Flere av kvinnene kunne ønske seg et kvalitetssikret nettsted med oppdatert informasjon som er basert på kunnskapsbasert praksis.

Kontinuitet i informasjon er et av Haggertys aspekter innen dette begrepet. Både når det gjelder informasjonen som er tilgjengelig og hvordan den formidles (Haggerty et al. 2003). I Barsel hjemme har jordmødrene forholdsvis lik bakgrunn og lik filosofi, og dette ser ut til å ha sikret kontinuitet i informasjon. Kvinnen fra prosjektet opplevde denne som god, men flere nevnte at de ønsket mer informasjon. Et kvalitetssikret nettsted er også noe departementet ønsker å se på mulighetene for. Dette er nevnt i den nye stortingsmeldingen som et tiltak for å sikre kontinuitet (Det kongelige Helse og omsorgsdepartement 2009).

Et annet aspekt som kvinnene var opptatt av i denne kategorien, var informasjon i betydelse av opplysninger om de som gikk gjennom ulike nivåer og instanser i omsorgsapparatet. Ikke alle syntes det fungerete. Hvordan informasjonen flyter mellom instanser er den grunnleggende delen i Saultz hierarkiske modell om kontinuitet. Det er blant annet viktig for å sikre overføring av medisinske opplysninger for å sikre god medisinsk omsorg (Saultz 2003) Når enkelte opplever at dette ikke fungerer, er det på tvers av hva prosjektet har hatt som mål, nemlig å utvikle og bedre samarbeidet mellom første og andrelinjetjenesten som er to ulike nivåer innen tjenestene som omhandler gravide og nybakte familier (Ullevål universitetssykehus 2007, Ullevål universitetssykehus 2008).

I tillegg til informasjon er det personlige egenskaper hos jordmor som kommer opp som det mest vesentlige for kvinnene når det gjelder kontinuitet. Dette samsvarer med flere studier på området. Jordmors holdning ovenfor kvinnen hun har ansvar for og filosofien i omsorgen er sentrale komponenter i jordmoromsorg (McCourt et al. 2006). Det som er viktig i omsorgen er en grunntanke om at graviditet og fødsel er normale fysiologiske livsbegivenheter og kvinnen skal være i sentrum i denne omsorgen. Viktige aspekter er kontinuitet, overvåking av fysiske, psykiske, åndelige og sosial behov og individuell omsorg (Sandall et al. 2009). Det er også flere studier som viser at kvinner ønsker denne typen omsorg da det gir bedre tilgang til informasjon, deltagelse i avgjørelser og større kontroll under fødsel. Samt bedre forhold med omsorgsgiverne. Dette samsvarer med hva kvinnene har sagt de ønsker for kontinuitet i fokusgruppene.

Kvinnene gir uttrykk for at de foretrekker å treffe færrest mulig omsorgsgivere under graviditet, fødsel og barsel, men det viktigste for de er allikevel vedkommendes kompetanse, personlige egenskaper og evne til å vise omsorg. En studie av Green fra 2000 viser også dette. Det er møtet mellom kvinnen og omsorgsgiveren som er det viktigste og jordmors evne til å knytte personlige bånd og gi omsorg (Green, Renfrew og Curtis 2000). Denne studien sier at dette er viktigere enn den tradisjonelle betydningen av kontinuitet i omsorgen. Dette passer med hva kvinnene som har deltatt i fokusgruppen også sier.

Deltakerne i denne studien mener opplevelsen av kontinuitet avhenger av hva slags forventninger de har på forhånd. Prosjektet hadde i sin prosjektbeskrivelse fokus på helhet og kontinuitet, mens navnet på prosjektet: Barsel hjemme, har fått flere av kvinnene til å tro prosjektet var satt i gang for å spare liggedøgn og penger for sykehuset. De forventet aldri kontinuitet og har heller ikke savnet det. Det tyder på at forventninger og opplevelse av kontinuitet henger sammen. Andre studier støtter også dette. Når kvinner blir spurt direkte hvor viktig for eksempel en kjent omsorgsgiver er, så svarer de som har dette gjerne at det er viktig, mens de som ikke har det svarer at det ikke spiller noen rolle (Williams et al. 2009).

Hva betyr helhet og kontinuitet i omsorgen forhold til det å mestre av en ny tilværelse med barn?

Kvinnene i fokusgruppene hadde liten fokus på at helhet og kontinuitet i omsorgen hadde stor betydning for opplevelse av trygghet og mestring. De la mer vekt på egen trygghet og det å komme hjem. For kvinnene lå det mestring i det å komme hjem til egen bolig. Studier som er gjort når det gjelder tidlig hjemreise viser at dette å reise hjem tidlig påvirker selvtillitt og følelse av trygghet (Persson og Dykes 2002 Waldenstöm 2007, Løf, Svalenius og Persson 2006). Her spiller også støtte fra personalet inn, og en støttende adferd fra omsorgsgiverne er viktig for å skape en følelse av trygghet og sikkerhet for foreldrene. Dette gir kvinnene også uttrykk for i fokusgruppene, men de er ikke opptatt av at det nødvendigvis er den samme personen hver gang som gir de denne tryggheten, men de personlige egenskapene til omsorgsgiveren er igjen viktig. I dette tilfellet er det jordmødrene i Barsel hjemme som

de opplever er kompetente og opptatt av å støtte de som en ny familie. Dette har ført til økt mestring. Det henger også sammen med det de sier om helhet og kontinuitet, et det er gode relasjoner og god informasjon som øker tryggheten.

Det at de fikk hjemmebesøk gav de en følelse at sykehuset var tilgjengelig for dem. Det er også essensielt for følelsen av trygghet. De opplevde også en økt trygghet i det at sykehuset var nært fysisk. Alle kvinnene bodde i sykehusets nærområde (Ullevål universitetssykehus 2007). En studie fra 2002 peker Persson og Dykes på faktorer som er avgjørende for en følelse av trygghet når det gjelder det å reise tidlig hjem. Dette var faktorer som jordmors opptreden, samholdet i familien, fars rolle og opplevelse av delaktighet, retten til selvbestemmelse og følelsen av fysisk mestring. Her nevnes ikke kontinuitet som en avgjørende faktor (Persson og Dykes 2002). Det gjorde som sagt ikke kvinene i fokusgruppene heller. De var opptatt av egen trygghet fordi de mente at utfordringer og usikkerhet kommer uansett. Informasjon og tilgjengelighet mente de ville hjelpe på dette. I følge Lazarus og Folkman er dette er problemfokustert mestringsevne. De velger en handlingsorientert strategi og de søker å påvirke omgivelsene (Lazarus og Folkman 1984). Her ved å velge å delta i et prosjekt de opplever øker deres følelse av trygget og mestring i barseltiden.

Det finnes også studier som fremhever jordmors rolle og som støtter viktigheten av å ivareta kvinnenens individuelle behov. Betydelse av at jordmor møter kvinnen med respekt og en evne til å lytte fremheves. Dette gir også kvinnen en følelse av kontroll (Persson og Dykes 2002). Jordmor skal også være kompetent og behandle foreldrene som individer, involvere de i beslutninger som omhandler dem, være støttende og få kvinnene til å kjenne seg trygge (Persson og Dykes 2002, Hildingsson og Thomas 2007). Dette samsvarer med hva kvinnene har fremhevet i fokusgruppene når det gjelder informasjon og individuelle behov. En slik måte å opptre for jordmor gir en økt følelse av trygghet og mestring. Igjen går det på personlige egenskaper ikke nødvendigvis oppfølging gav samme person hele veien. Dette samsvarer med det studier sier om det kompliserte begrepet kontinuitet (Sandall 1995, Waldenström 1998, Hodnett 2000, Green, Renfrew og Curtis 2000). Fokuset kvinnene hadde på det individuelle, både når det gjaldt informasjon og oppfølging har ført til tema for dette innholdsområdet. Forfatteren av denne studien oppfatter dette som det latente innholdet og flere studier støtter viktigheten av at omsorgen som gis er basert på individuelle behov (Persson og Dykes 2002, Fredriksson, Högberg og Lundman 2003).

Det å ivareta individuelle behov i omsorgen støttes også av myndigheter og WHO. I forhold til pasientrettighetsloven skal omsorgen som ytes formes, så langt det er forsvarlig og mulig, i samsvar med pasienten (Helse og omsorgsdepartementet 2001). Dette er også den nye stortingsmeldingen opptatt av (Det kongelige Helse og omsorgsdepartement 2009). I WHOs anbefalinger for barselomsorg tilrådes det at kvinnene bør ha et ord med i laget når det gjelder hjemreise og behov for hjelp (Chalmers, Mangiaterra og Porter 2001). Barsel hjemme ivaretar disse behovene både i følge prosjektplan og kvinnen som deltok i prosjektet. Behovet for oppfølging var individuelt (Tall fra barsel hjemme tabell 11).

6.1 Metodekritikk

En triangulering er valgt for å sikre en bred evaluering. Det har også vært naturlig utifra forskerspørsmålene som har en todeling, selve evalueringen av prosjektet og kvinnes opplevelse av helhet og kontinuitet. Dette er også begrunnet utifra et folkehelseperspektiv i bakgrunnen.

Pasienttilfredshetsundersøkelsen er en etablert undersøkelse som er brukt over flere år på UUS. Det er en lokal undersøkelse og det er lite bakgrunnsinformasjon å finne om denne. Det den sier noe om er fornøydheten med sykehuset. Nå brukes en ny pasienterfaringsundersøkelse på UUS, som er en videreutvikling av den tidligere undersøkelsen, samt basert på nasjonale undersøkelser og retningslinjer (Ullevål universitetssykehus 2009). Denne har ennå ikke blitt brukt ved Ullevål hotell. Derfor er den gamle pasienterfaringsundersøkelsen brukt på tross av liten bakgrunnsinformasjon.

Selve rekrutteringen til prosjektet har vært viktig. Det kan synes at denne har vært noe tilfeldig. Det har variert hvor kvinnene har blitt rekruttert. Noe av dette skyldes at kvinner, særlig i oppstartfasen, ble rekruttert rett på sykehuset ikke på helsestasjon som planlagt. Dette var naturlig for å komme i gang med hjemmebesøk (Ullevål universitetssykehus 2007, Ullevål universitetssykehus 2008). Dette kan ha hatt betydning for hvordan kvinnene har evaluert prosjektet og skapt ulikt fokus hos kvinnene.

For å styrke validiteten, og også for kunne gjøre en mer grundig evaluering av prosjektet hjemme, er fokusgrupper valgt i tillegg. Under intervjuet ble en intervjuguide benyttet basert på forskerspørsmålene. Dette ble gjort for å ha samme tema i alle gruppene og for å sikre en diskusjon rundt forskerspørsmålene. Gruppene blir allikevel forskjellige og de enkelte temaene blir løftet frem på forskjellige måter. Dette kan være med på å svekke validiteten i en undersøkelse. Samtidig gjør gruppedynamikken at de forskjellige temaene blir belyst på en bred måte. Studien kunne blitt styrket om fokusgrupper også hadde blitt gjort med kvinner som har hatt sitt opphold på Ullevål hotell. På denne måten hadde sammenlikningsgrunnlaget blitt større. Begrunnelse for at dette ikke er blitt gjort ligger både i tidsbegrensning og fokus på oppgaven som har vært helhet og kontinuitet.

Demografiske data er ikke tatt med i spørreundersøkelsen og ingen konklusjoner kan derfor trekkes i forhold til hvem som har svart/ikke har svart på undersøkelsen. Nå er selve gruppen av kvinner som har deltatt i prosjektet relativt homogen. Det kan leses av data fra prosjektet (Ullevål universitetssykehus 2008). Det ble heller ikke purret, noe som kunne fått opp svarprosenten.

Når det gjelder selve fokusgruppene er disse forsøkt sammensatt av kvinner med forskjellig paritet for å øke generaliserbarheten. Det at det både er første og flegangsfødene med gjenspeiler to forskjellige grupper. Antallet kvinner som ble med i gruppene ble dessverre mindre enn planlagt og dette påvirker validiteten. Allikevel ble fire fokusgrupper gjennomført. Kvinnene har bidratt med mange synspunkter og

erfaringer som det ser ut til kan generaliseres til liknende grupper. Dette er også forsøkt vist i diskusjonsdelen ved hjelp av liknende studier fra andre land. Et viktig poeng er at selv om det er både første og flergangsfødene i fokusgruppene, er allikevel kvinnene forholdsvis like med hensyn til demografisk bakgrunn. De er alle norske med høyere utdanning, og de er gift eller har samboer. For eksempel har ingen enslige kvinner deltatt. Det er mulig at de ville hatt et annet behov i forhold til helhet og kontinuitet. Det er derfor viktig å se denne studien i den sammenheng den er utført.

Det at færre enn planlagt møtte opp til fokusgruppene kan også ha noe og si for resultatet. Andre aspekter kan ha kommet frem om gruppene hadde vært slik som opprinnelig planlagt.

Det kunne også vært et viktig bidrag til studien og hatt fokusgrupper med kvinner som ikke ville delta i prosjektet og eventuelle årsaker for dette. Det lot seg ikke gjennomføre da det ikke ble ført en oversikt over hvem som ble forsøkt rekruttert og hvem som ble rekruttert og ikke ønsket å delta når det kom til stykke. Dette kunne vært planlagt bedre og Øvretveit peker også på viktigheten av å planlegge evalueringen ved oppstart av et nytt prosjekt (Øvretveit 2001).

7 KONKLUSJON

Kvinnene som har deltatt i Barsel hjemme er meget fornøyd med prosjektet. De er gjennomgående mer fornøyd med omsorgen de har fått enn kvinner som har hatt barselopphold ved sykehuset. Alle ønsker å delta igjen om det hadde vært mulig. Aspekter som er viktig for kvinnene når det gjelder det å reise tidlig hjem i barsel, er at det er mer ro hjemme, at familien kommer raskere sammen, og de opplever en økt mestring i det å kunne ta seg av det nye barnet i eget hjem.

Når det gjelder helhet og kontinuitet er de ikke opptatt av dette i den forstand at samme person trenger å følge de i hele forløpet. Her spiller forventninger en viktig rolle. Det som er mest betydningsfullt for kvinnene når det kommer til kontinuitet, er personalets evne til å skape en god relasjon, skape følelse av trygghet og se individuelle behov. Det ligger også kontinuitet i dette. De ønsker også mer kontinuitet i informasjonen de får under svangerskap, fødsel og barseltid.

Barsel hjemme er et prosjekt som kvinnene anbefaler og skulle ønske fortsatte. Når det gjelder kontinuitet og helhet er dette avhengig av forventninger. Personlige relasjoner og det å bli møtt på individuelle behov er det viktigste. Det blir viktig å skape gode rammer for et godt møte. Her trenger helsepersonell å ha fokus på sine personlige egenskaper, ikke bare helhet og kontinuitet, for å gjøre svangerskap, fødsel og barseltiden til en gledelig begivenhet.

8 TAKK

En stor takk til alle mine informanter som velvillig har delt sine erfaringer!

Videre takk til min veileder på NHV professor Eva Johansson. Det har hjulpet med nyttig, klar og konkret tilbakemelding!

Takk til professor Britt Ingjerd Nesheim på Ullevål universitetssykehus for uvurderlig hjelp i oppstarten, og med alle søknader for å få prosjektet i gang.

Jordmødrene i Barsel hjemme som har delt av erfaringer og oppmuntret til arbeidet.

Og selvfølgelig min arbeidsgiver for støtte og gavmildhet med studiedager som har gitt meg muligheten til å fullføre denne masteren.

9 REFERANSER

- Akershus universitetssykehus 2007, *Sluttrapport prosjekt tidlig hjemreise etter fødsel ved fødeavdelingen på Akershus universitetssykehus*, Akershus universitetssykehus, Lørenskog.
- Andresen Bjertnæs, Ø., Aanjesen Dahle, K., Veenstra, M. & Søreide, O. 2005, *Nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Kartlegging av dagens situasjon og utviklingsmuligheter fremover*, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.
- Bowling, A. 2002, *Research methods in health: investigating health and health services*, Open University Press, Buckingham.
- Brown, S., Bruinsma, F., Darcy, M.A., Small, R. & Lumley, J. 2004, "Early discharge: no evidence of adverse outcomes in three consecutive population-based Australian surveys of recent mothers, conducted in 1989, 1994 and 2000", *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol. 18, no. 3, pp. 202-213.
- Brown, S. & Lumley, J. 1997, "The 1993 Survey of Recent Mothers: issues in survey design, analysis and influencing policy", *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, vol. 9, no. 4, pp. 265-275.
- Brudal, L.F. 2000, *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*, Fagbokforlaget., Bergen.
- Carlsen, K.C.L. & Staff, A. 2007, *Forskningshåndboken: fra ide til publisering*, Ullevål universitetssykehus, Oslo.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V. & Porter, R. 2001, "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course", *Birth (Berkeley, Calif.)*, vol. 28, no. 3, pp. 202-207.
- Davey, M.A., Brown, S. & Bruinsma, F. 2005, "What is it about antenatal continuity of caregiver that matters to women?", *Birth (Berkeley, Calif.)*, vol. 32, no. 4, pp. 262-271.
- Det kongelige Helse og omsorgsdepartement 2009, *St.meld.nr.12 En gledelig begivenhet*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Det kongelige Helse og omsorgsdepartement 2000, *St.meld.nr. 43 Om akuttmedisinsk beredskap*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo.

- Det kongelige Helsedepartement 2003, *St.meld.nr.16 Resept for et sunnere Norge*, Det kongelige Helsedepartement, Oslo.
- Ellberg, L., Högberg, U. & Lindh, V. 2008, "'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care", *Midwifery*, Epub ahead of print.
- Fenwick, J., Butt, J., Dhaliwal, S., Hauck, Y. & Schmied, V. 2009, "Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home", *Women birth*, Epub ahead of print.
- Fereday, J., Collins, C., Turnbull, D., Pincombe, J. & Oster, C. 2009, "An evaluation of Midwifery Group Practice. Part II: women's satisfaction", *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, vol. 22, no. 1, pp. 11-16.
- Fredriksson, G.E., Högberg, U. & Lundman, B.M. 2003, "Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation, and 'bonding'", *Midwifery*, vol. 19, no. 4, pp. 267-276.
- Freeman, L.M. 2006, "Continuity of carer and partnership. A review of the literature", *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, vol. 19, no. 2, pp. 39-44.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004, "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness", *Nurse education today*, vol. 24, no. 2, pp. 105-112.
- Green, J.M., Renfrew, M.J. & Curtis, P.A. 2000, "Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence", *Midwifery*, vol. 16, no. 3, pp. 186-196.
- 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 (Clinical research ed.)*, vol. 327, no. 7425, pp. 1219-1221.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. 2008, "Midwife-led versus other models of care for childbearing women", *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, vol. (4), no. 4, pp. CD004667.
- Helse og omsorgsdepartementet 2008, *Oppdragsdokument 2008 Helse Sør-Øst RHF*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Helse og omsorgsdepartementet 2006, *Nasjonal helseplan (2007-2010)*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Hildingsson, I. & Thomas, J.E. 2007, "Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems, and solutions", *Journal of midwifery & women's health*, vol. 52, no. 2, pp. 126-133.

- Hodnett, E.D. 2002, "Caregiver support for women during childbirth", *Cochrane database of systematic reviews*, issue 1.
- Hodnett, E.D. 2000, "Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth", *Cochrane database of systematic reviews*, issue 2.
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Olafsdottir, O.A. & Kirkham, M. 2008, "Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care", *Midwifery*, vol. 24, no. 2, pp. 132-137.
- Kitzinger, J. 1995, "Qualitative research. Introducing focus groups", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 311, no. 7000, pp. 299-302.
- Krueger, R.A. 2009, *Focus groups: a practical guide for applied research*, Sage, Los Angeles.
- Kirkeby, W.A. 2001, *Engels ordbok* 1st edn, Forlaget eBok A/S, Oslo.
- Lazarus, R.S. 1984, *Stress, appraisal and coping*, Springer Publ. Co., New York.
- Lindberg, I., Ohrling, K. & Christensson, K. 2008, "Expectations of post-partum care among pregnant women living in the north of Sweden", *International journal of circumpolar health*, vol. 67, no. 5, pp. 472-483.
- Lock, L.R. & Gibb, H.J. 2003, "The power of place", *Midwifery*, vol. 19, no. 2, pp. 132-139.
- Lof, M., Svalenius, E.C. & Persson, E.K. 2006, "Factors that influence first-time mothers' choice and experience of early discharge", *Scandinavian journal of caring sciences*, vol. 20, no. 3, pp. 323-330.
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. 2008, "Kvalitativ innehållsanalys" in *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, eds. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen, 1.th edn, Studentlitteratur, Lund, pp. 159-172.
- Luyben, A.G. & Fleming, V.E. 2005, "Women's needs from antenatal care in three European countries", *Midwifery*, vol. 21, no. 3, pp. 212-223.
- McCourt, C., Stevens, J., Sandall, J. & Brodie, P. 2006, "Working wiht women: developing continuity of care in practice" in *The New midwifery: science and sesitivity in practice*, eds. R. McCandlish & L.A. Page, Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia, Pa., pp. 141-165.
- McInnes, R.J. & Chambers, J.A. 2008, "Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis", *Journal of advanced nursing*, vol. 62, no. 4, pp. 407-427.

- Morgan, M., Fenwick, N., McKenzie, C. & Wolfe, C.D. 1998, "Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction", *Quality in health care : QHC*, vol. 7, no. 2, pp. 77-82.
- Norsk offentlige utredninger 1999:13 1999, *Kvinner helse i Norge*, Sosial- og helsedepartementet, Oslo.
- Øvretveit, J. 2001, *Metoder for utvärdering av hälso- och sjukvård och organisationsöfrändringar: ett användarorienterat perspektiv*, Studentlitteratur, Lund.
- Page, L. 2003, "One-to-one midwifery: restoring the "with woman" relationship in midwifery", *Journal of midwifery & women's health*, vol. 48, no. 2, pp. 119-125.
- Persson, E.K. & Dykes, A.K. 2002, "Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden", *Midwifery*, vol. 18, no. 1, pp. 53-60.
- Sandall, J., Hatem, M., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. 2009, "Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety", *Midwifery*, vol. 25, no. 1, pp. 8-13.
- Sandall, J. 1995, "Choice, continuity and control: changing midwifery, towards a sociological perspective", *Midwifery*, vol. 11, no. 4, pp. 201-209.
- Saultz, J.W. 2003, "Defining and measuring interpersonal continuity of care", *Annals of family medicine*, vol. 1, no. 3, pp. 134-143.
- Socialstyrelsen 2008, *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födselsregisteret 1973-2006*, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.T., Enger-Karlsen, T., Narum, I.G. & Nybo, A. 2002, "Empowerment in health promotion work", *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, vol. 122, no. 24, pp. 2379-2383.
- Sosial og helsedepartementet 1998, *NUN 1998:18 Det er bruk for alle*, Sosial og helsedepartementet, Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet 2005a, *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- Sosial og helsedirektoratet 2005b, *...Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*, Sosial og helsedirektoratet, Oslo.

- Statens Helsetilsyn 1999, *Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen*, Statens Helsetilsyn, Oslo.
- Sundhedsstyrelsen 2007, *Anbefalinger for Svangreomsorgen*, 1,0 edn, Sundhedsstyrelsen, København.
- The World Medical Association 2008, *Declaration of Helsinki*, Available at: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [Assesed 24.aug. 2009] .
- Thernlund, G. 1995, "Från psykodynamisk kristeori till copingbegrepp", *Socialmedicinsk tidskrift*, vol. 1995, no. 1, pp. 4-11.
- Turnbull, D., Baghurst, P., Collins, C., Cornwell, C., Nixon, A., Donnelan-Fernandez, R. & Antoniou, G. 2009, "An evaluation of Midwifery Group Practice. Part I: clinical effectiveness", *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, vol. 22, no. 1, pp. 3-9.
- Ullevål universitetssykehus 2008, *Prosjektrapport Barsel Hjemme 2008*, UUS, Oslo.
- Ullevål universitetssykehus 2007, *Prosjektbeskrivelse*, Ullevål universitetssykehus, Oslo.
- Ullevål universitetshåndbok 2009, *E-Håndbok*, UUS Oslo.
- Waldenström, U. 2007, *Föda barn: från naturligt till högteknologiskt*, Karolinska Institutet University Press, Stockholm.
- Waldenström, U. 1998, "Continuity of carer and satisfaction", *Midwifery*, vol. 14, no. 4, pp. 207-213.
- Williams, K., Lago, L., Lainchbury, A. & Eagar, K. 2009, "Mothers' views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital", *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2009.02.003
- World Health Organization 2005, *Making Every Mother and Child Count*, WHO, Geneva.
- World Health Organization 1988, *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*, WHO, Adelaide.

