

**Saumlaus overføring og helsefremmande effektar for  
mor og barn etter fødsel. Ein eksplorativ, longitudinell  
studie av samanhengar.**

av

**Hege Verpe**



Master i helsefag

Masterprogram i helsefremmende arbeid/helsepsykologi

HEMIL-senteret

Psykologisk fakultet

Universitet i Bergen

Vår 2015

## Forord

For fyrste gong i livet har eg fordjupa meg i eit emne over lang tid. Det har vore ei indre reise som har gjett meg meir enn eg trudde då eg byrja. Visst skjønnte eg at det ville bli gode dagar og mindre gode dagar, men at det skulle vere berikande og moro i tillegg var ei overrasking. Av alle ting er statistikk det emne som har interessert meg mest, utfordringa med å vri og vrenge på data for å sjå om det skjuler seg noko eg ikkje har oppdaga, er ein bonus eg ikkje hadde førestelt meg. Når det er sagt er det også den delen som har gjett meg mest hovudbry, og har lært meg at ein studie aldri kan planleggast godt nok.

Ein stor takk går til mine to rettleiarar dr. philos Siv Skotheim ved Uni Helse og birettleiar og stipendiat Margaret Søvik ved Hemil-senteret. Konstruktiv kritikk og innspel har drive oppgåva framover, og det kjennes som om dette aldri hadde gått utan dere to. Ein spesiell takk til Siv som har vore min hovudrettleiar og har brukt mykje av si tid på meg i vår.

Liten i Norge (LIN)-studien har gjeve meg tilgang til datamaterialet slik at det har vore mogleg å undersøke eit fagfelt eg er levande opptatt av – tusen takk for det. Forskingsassistenten i LIN i Fjell kommune, helsesøster Monica Melkevik har stilt opp og svart på mine spørsmål undervegs – ein stor takk går også til deg. Helsesøstrer og jordmødrer i Fjell gjer dagleg ein flott jobb for dei nye familiane, og denne oppgåva hadde ikkje vore til utan dere.

Ein stor takk også til familie og venner. Min mann Øyvind; din støtte, oppbakking og forståing er unik. Mine døtrer Kjersti og Kristense som er seg sjølv og bidrar fantastisk berre med å vere til. Mine foreldre som har gitt meg husly og skriveeksil i intense periodar, og alle venner som direkte og indirekte har hjelpt meg med denne oppgåva. Takk!

## **Innholdsliste**

<b>Samandrag</b>	<b>4</b>
<b>Abstract</b>	<b>5</b>
<b>1 Innleiing</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Helsefremmande perspektiv og nasjonale føringar for barselomsorg	8
<b>2 Teori og empiri</b>	<b>11</b>
2.1 Teoretisk rammeverk "Model of care"	11
2.2 Amming	13
2.3 Barseldepresjon	14
2.4 Stress, mestring og sosial støtte	16
2.5 Oppfølging i tidleg barseltid	22
2.6 To modellar for oppfølging i barseltid	23
2.7 Målet med studien	26
<b>3 Metodekapittel</b>	<b>28</b>
3.1 Design	28
3.2 Datainnsamling/prosedyre	28
3.3 Utval	29
3.4 Målingar	31
3.5 Statistiske analyser	35
3.5.1 Grunnleggjande føresetnader	35
3.5.2 Analyser mellom gruppene etter fødsel	38
3.6 Ethiske omsyn	39
<b>4 Resultat</b>	<b>40</b>
4.1 Analyser før fødsel	40
4.2 Amming	41
4.3 Barseldepresjon	44
4.4 Sårbare familiar	45
<b>5 Diskusjon</b>	<b>49</b>
5.1 Amming	49
5.2 Barseldepresjon	52
5.3 Sårbare familiar	55
5.4 Reorientering av helsetenester	58
5.5 Studien sine sterke og svake sider	59
<b>6 Konklusjon</b>	<b>62</b>
<b>REFERANSAR</b>	<b>63</b>
<b>VEDLEGG 1</b>	<b>72</b>
<b>VEDLEGG 2</b>	<b>73</b>

## Samandrag

**Bakgrunn:** Tidleg heimreise etter fødsel (<48t) er dei siste åra gjennomført i Norge, for kvinner og born som av spesialisthelsetenesta definerast som ferdigbehandla. Fleire sjukehus har oppretta poliklinikkar på sjukehuset som familiare må tilbake til fyrste veka etter heimreise, medan nokre kommunar har innført saumlaus oppfølging av jordmor etter fødsel.

**Hensikt:** Hensikta med studien var å eksplorere samanhengar mellom type oppfølging og eventuelle helsefremmande effektar.

**Metode:** Studien er ein ikkje-eksperimentell, longitudinell studie med ikkje-randomiserte grupper, med måletidspunkt før og etter fødsel. Sekundærdata frå Liten i Norge-studien er brukt for å samanlikne to ulike typar oppfølging ved to helsestasjonar. Utfallsvariablar er barseldepresjon og amming etter fødsel. I tillegg ser studien på om saumlaus oppfølging av jordmor har inkludert sårbare familiar.

**Resultat:** Gruppene vart samanlikna før fødsel med tanke på sosiodemografiske data og skår på Edinburgh postnatal depression score (EPDS). Resultata etter fødsel synte ikkje skilnader mellom gruppene korkje på EPDS eller amming. Derimot tyder resultata på at alle sårbare familiar var inkludert i saumlaus oppfølging.

**Konklusjon:** Andre mål på helsefremmande effektar enn barseldepresjon og amming, kan vere nyttig for å undersøke samanhengar mellom type oppfølging etter fødsel. Saumlaus oppfølging inkluderte alle med høgt livsstress, noko som kan indikere at denne type oppfølging opplevast som ikkje-stigmatiserande.

**Nøkkelord:** Helsefremmande effektar, saumlaus barseloppfølging, amming, barseldepresjon, EPDS, livsstress

## Abstract

**Background:** In most maternity wards in Norway, early discharge (<48h) has become standard for women in confinement and their babies. To monitor babies and women's health the first week after delivery, several hospitals are offering consultations, where families need to return to the hospital for check-up. A few municipalities offer domiciliary follow-up by midwives, where agreements between the hospital and municipality ensure seamless services for the family after childbirth.

**Aim:** The aim of this study was to explore relationships between different follow-up strategies in the postpartum period, and health promoting effects.

**Method:** This is a non-experimental, longitudinal study with non-randomized groups. Secondary data from the "Liten i Norge" study was used to compare the two different follow-up strategies, in two municipalities. The main outcomes were postpartum depression and breastfeeding. In addition the groups within one of the health services was compared to see if the seamless follow-up had included vulnerable families.

**Results:** The groups were compared with regards to sociodemographic variables and score on Edinburgh postnatal depression score (EPDS) before birth. After birth there were no differences between the groups neither on EPDS nor on breastfeeding. On the other hand the study showed that seamless follow-up included all women with scores over cut-off measured by adverse life events.

**Conclusion:** Other measures on health promoting effects than postpartum depression and breastfeeding, may lead to different outcomes when comparing two different follow-up strategies. However, results show that vulnerable families joined domiciliary care, which can indicate that this type of follow-up is regarded as safe and supportive and non-stigmatizing.

**Keywords:** Health promoting effects, postpartum period, postpartum depression, EPDS, breastfeeding, adverse life events, seamless follow-up

# 1 Innleiing

Hensikta med denne studien er å sjå på eventuelle helsefremmande effektar av saumlaus overføring mellom sjukehus og helsestasjon etter fødsel. Studien vil samanlikne to typar oppfølging i tidleg barseltid, kor den eine er lokal saumlaus oppfølging via heimebesøk av jordmor, og den andre er ordinær oppfølging der familiane reiser tilbake på sjukehuset for polikliniske konsultasjonar ein eller fleire gonger den fyrste veka etter fødsel. Globalt er det fleire studiar som ser på barselomsorg, medan det i Norge er få slike studiar. Helsedirektoratet (2014b) har i ”Retningslinjer for barselomsorgen” belyst dette, og seier i innleiinga (s.6): ”..det er mangel på evalueringar, nytte- og kostnadsanalyser, kvalitetsindikatorar og statistiske data for å analysere dagens situasjon i barselomsorgen”.

## 1.1 Bakgrunn

Mor og barn si helse er eit globalt tema, og Verdas helseorganisasjon (WHO) legg føringar for nasjonale helsemål og retningslinjer. Spesielt jobbar WHO med fattige delar av verda, men også for land med god velstand, slik som Norge, er desse måla viktige og dannar grunnlaget for nasjonale føringar i Norge. Fem strategiar frå WHO er nemnt som viktige for dei nasjonale retningslinjene for barselomsorga. Den fyrste strategien er demedikalisering av perinatalfasen, den andre er ”mor-barn vennlig initiativ” for å fremme amming, og den tredje skal fremme god ernæring hjå spedbarn ved å fremme amming og føre kontroll over mjølkeerstatningsprodukt. Den fjerde strategien er vekststandard som skal danne grunnlag for diagnostisering av over- og undervekt, og den siste er screening for å førebygge eller behandle sjukdom på eit tidleg stadium (Helsedirektoratet, 2014b; WHO, 2006).

Gapet mellom utskriving frå barselavdelinga til helsestasjonen tek kontakt er stort, og trugar pasienttryggleiken, er konklusjonen til statens Helsetilsyn etter tilsyn med barselomsorga i 2010 (Helsetilsynet, 2011). Dei siste tiåra har det skjedd ei gradvis endring i liggetida til barselkvinner og nyfødde etter fødsel, frå liggetid på i snitt 4-5 dagar mot slutten av 90-talet til utskriving 6-48 timar etter fødsel i dagens sjukehusordning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a; Petrou m fl., 2004).

Barseltida er definert til fire til seks veker etter fødsel, og er i stor grad lik i ulike delar av verda. Historisk er barseltida i dei fleste kulturar sett på som ei sårbar tid for kvinna,

og i det gamle bondesamfunnet fødte dei fleste kvinner heime med eller utan kvalifisert hjelp (Eberhard-Gran, Nordhagen, Heiberg, Bergsjø & Eskild, 2003). Det var vanleg for den fødande å få hjelp, støtte og rettleiing av andre kvinner i familien og nærmiljøet. På 1950-talet vart fødsel- og barseltid for alvor hospitalisert og medikalisert, og liggetida kunne vere opp mot eit par veker. På 60- og 70-talet var det vanleg at sjukehuspersonalet bestemte kor tid mor skulle amme, kvile og sove. I takt med kvinneopprøret på den tida vart ”rooming-in” meir vanleg på sjukehusa, der mor og barn atter skulle vere saman heile tida, men på mange sjukehus hang den gamle organiseringa igjen til langt inn i 80-talet (Eberhard-Gran m fl., 2003). Fram mot årtusenskiftet vaks ei motrøysle fram der fødsel og barseltid vart sett på som ei frisk livshending (Fink, 2011). ”Tilfriskninga” av den fødande i kombinasjon med meir effektiv sjukehusdrift, kvinners eige ønske og økonomiske prioriteringar, resulterte i redusert liggetid i den vestlege verda (Helsetilsynet, 2011). Denne ”tilfriskninga”, eller handtering av fødsel som ein normal og frisk hending, kan stå i vegen for adekvat profesjonell barselomsorg, hevdar Hjälmhult og Lomborg (2012), implisitt at statusen på barseltida som sårbar tid er redusert. Sett i eit historisk lys har pendelen svingt frå førti dagars ”karantene” med støtte frå kvinnene i nærmiljøet (Eberhard-Gran m fl., 2003), til inntil to døgn opphald på barselavdeling med fleire polikliniske kontrollar fyrste dagane etter heimkomst (Helse-Bergen, 2012).

Førebygging, oppdaging og oppfølging av barseldepresjon er ei viktig oppgåve både i svangerskapet og etter fødsel. Ekstra sårbare er dei familiare som opplever negative livshendingar (livsstress) som dødsfall i nær familie, økonomiske problem og problematiske parforhold. Fleire nasjonale meldingar legg vekt på ei tilpassa omsorg til denne gruppa for å førebygge og oppdage barseldepresjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a; Helsedirektoratet, 2014b). Støtte og profesjonell hjelp kan vere viktig for mestring og tilknytning i denne sårbare perioden, og sårbarhet for mellom anna barseldepresjon kan reduserast dersom praktisk og sosial støtte etter fødsel er tilgjengeleg (Cohen & Wills, 1985).

I Dagbladet (2014) siterast den kjende fødselslegen Gro Nylander; ”Når det gjelder barselomsorgen, holder rike Norge på å spare seg til fant. En dårlig start for mor og barn kan skape livslange – og kostbare – problemer”. Her viser ho blant anna til at reduksjonen i tilbodet til sjukehusa har vorten gjennomført, før der føreligg tilstrekkeleg

oppfølging heime. Tidleg heimreise krev tettare oppfølging av helsestasjonstenesta i kommunane. Likevel er redusert liggetid gjennomført utan ein tilsvarande oppbygging i primærhelsetenesta (Helsetilsynet, 2011).

Fleire nasjonale meldingar omtalar barselomsorg og helsefremmande perspektiv knytt til denne tida. I kapitlet som kjem vert dei mest sentrale føringane omtalt.

## **1.2 Helsefremmande perspektiv og nasjonale føringar for barselomsorg**

Ottawacharteret (WHO, 1986) er grunnlagsdokumentet for helsefremmande arbeid. Helsefremmande arbeid er i dette dokumentet definert som "the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health". Dokumentet omtalar fem grunnpilarar for helsefremmande arbeid, kor ein av dei er "reorientering av helsetenester". Dette punktet fokuserer på at helsetenestene bør flyttast i ein meir helsefremmande retning, ved å opne kanalar mellom helsetenestene og andre område, samt ved å fokusere på ei holistisk tilnærming til velvære og helse. Fleire stortingsmeldingar, rapportar og retningslinjer understreker punktet om reorientering av helsetenester i fødsels- og barselomsorga (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a, 2009b; Helsedirektoratet, 2014b; Helsetilsynet, 2011), der eit samanhengande og saumlaust helsesystem sikrar den enkelte familie rett hjelp til rett tid, ved eit helsefremmande og førebyggjande perspektiv i perinatalfasen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a).

Folkehelsemeldinga slår fast at god tilknytning frå fødselen av, beskyttar barn mot belastningar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Tidlegare heimreise etter fødsel gjev difor eit ekstra stort ansvar til helsestasjonstenesta i oppfølging av nye familiar, og helsepersonellet bør ha kompetanse på å fange opp foreldre som er usikre i foreldrerolla og i forhold til spedbarnet sitt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I 2010 gjennomførte Helsetilsynet eit tilsyn med barselomsorga i Norge. Dei konkluderte i sin rapport med at gapet mellom utskrivning frå sjukehus til familiane får kontakt med lokal helsestasjonsteneste, er for lang og trugar pasienttryggleiken. Majoriteten av kvinnene reiser ut 2-3 dagar etter fødsel, der brorparten ikkje har etablert amming og fått opp mjølkeproduksjon. Helsetilsynet (2011) utheva i si anbefaling følgjande punkt (s. 5):

- Klare faglege krav til barselomsorga frå styresmaktene



- Ei tydeleg fordeling av oppgåver og ansvar
- Forpliktande samhandling mellom tenestenivåa
- Individtilpassa barselomsorg ved fødeinstitusjonen
- Individtilpassa barselomsorg ved helsestasjonen

I Stortingsmelding nr 12 ”En gledelig begivenhet” (2009a) skisserast ein ny orientering, som adresserer den nye trenden med tidleg heimreise etter fødsel. Stortingsmeldinga er ikkje klar på kven som skal ha ansvaret her, og opnar for lokale variantar av oppfølging – det vil seie at både sjukehus eller helsestasjon kan følgje opp. Meldinga er derimot klar på at oppfølginga bør skje av jordmødrer fyrste veka etter fødsel. I 2014 kom ”Retningslinjer for barselomsorgen” (Helsedirektoratet, 2014b), som konkretiserer korleis kommunane kan legge til rette for oppfølging i tidleg barseltid. Mellom anna peikar dei på at det mest sannsynleg vil verta fleire ambulante fødselar i framtida, der liggetida vil vere 4-24 timar etter fødsel. Retningslinjene skisserer ein minimumsstandard for oppfølging av mor og barn ved tidleg heimreise; besøk av jordmor innan eitt til to døgn etter heimreise innan 24 timar etter fødsel, eller besøk av jordmor innan tre døgn ved seinare heimreise. Denne minimumsstandarden legg til grunn at kommunane har utbygd jordmor- og helsestasjonstenesta til å handtere denne pasientgruppa (Helsedirektoratet, 2014b).

Meldingane er ikkje konkret i kven som er ansvarleg for oppfølginga i tidleg barseltid, berre at det er viktig. Helsetilsynet (2011) si klåre anbefaling i rapporten frå barselomsorga er, som nemnt i førre avsnitt, ei tydeleg fordeling av oppgåver og ansvar. Det er framleis uavklart kor lenge spesialisthelsetenesta har ansvar for mor og barn etter fødsel. I dei nye retningslinjene for barselomsorga (Helsedirektoratet, 2014b) står det på side 13:

Det foreslås at en kvinne som ønsker å amme, enten får være på barselavdelingen inntil ammingen fungerer tilfredsstillende og barnet ernæres med morsmelk, eller at føde-/barselavdelingen ved utskriving har forsikret seg om at kvinnen vil få tilstrekkelig hjelp ved hjemmebesøk og konsultasjon på helsestasjon.

Her foreslår ein ei ordning der det er opp til den enkelte føde-/barselavdeling å vurdere lengda på opphaldet, der amming er eit viktig omsyn å ta. Det er heller ikkje formulert som eit pålegg, men som eit forslag. Når spesialisthelsetenesta definerer pasienten som ferdigbehandla, er det i følgje Samhandlingsreformen kommunen sitt ansvar å overta pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009b). Tenesteavtalene som er forankra i Helse- og omsorgstenestelova, har som intensjon å bygge saumlause tenester mellom kommunar og lokale sjukhus. Avtalane byggjer igjen på stortingsmeldingar og samhandlingsreformens intensjonar (Helse Bergen, 2012; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). For tenesteavtale 8 (Helse Bergen, 2012), som omhandlar svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga, inneber det at helseføretaka og kommunane gjer gjensidig forpliktande avtalar om oppfølging av denne gruppa. Sidan meldingane ikkje gjev eintydig svar på kven som har ansvar for kva, er det opp til kvart føretak og tilhøyrande kommunar å verta einige om ansvarsfordelinga, der ei fordeling av ansvar inneber også ei fordeling av økonomiske byrder (Helse Bergen, 2012).

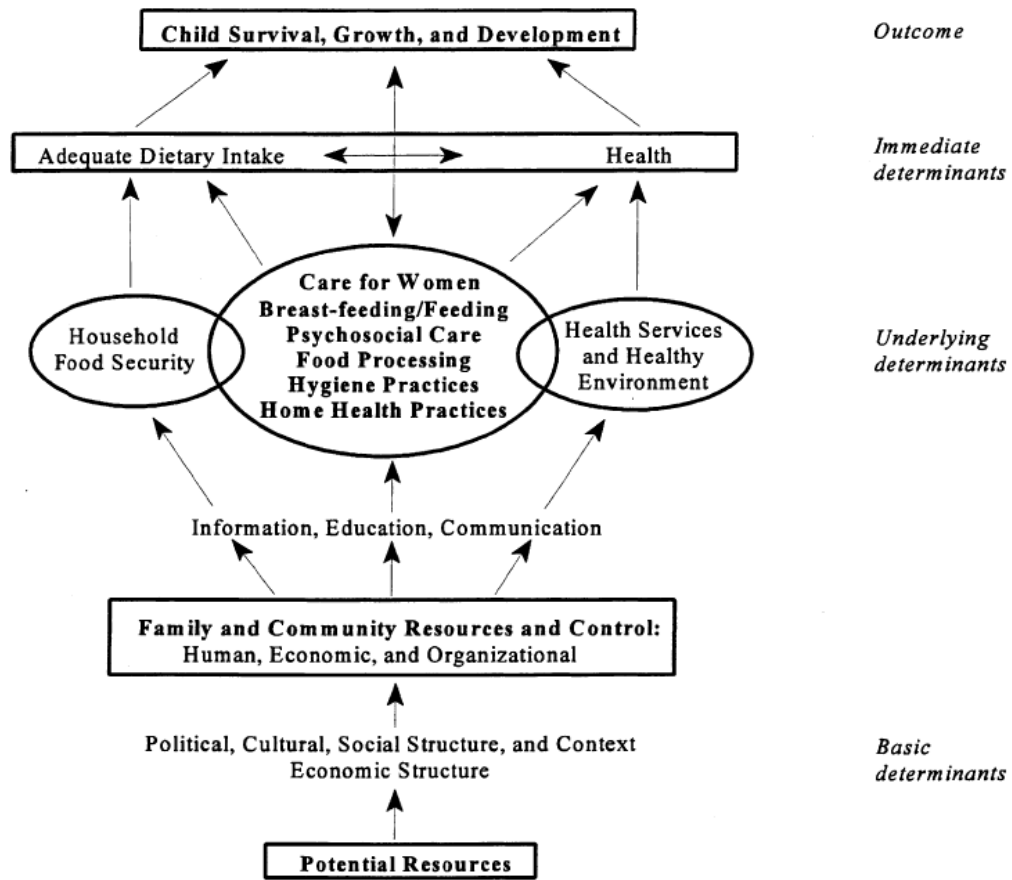
## 2 Teori og empiri

I det følgjande vil UNICEF sin modell for omsorg og ernæring verta belyst. Deretter relevant helsefremmande teori og forskning om tema som amming, barseldepresjon, sosial støtte og livsstress. Artiklane som inngår har i hovudsak ein psykologisk vinkling på depresjon og samspel mellom mor og barn, årsakssamanhengar til barseldepresjon, og på kva måte amming, depresjon, sosial støtte og negative livshendingar (livsstress) er relatert til kvarandre. Målet er å belyse at saumlaus oppfølging i tidleg barseltid kan vere gunstig for sårbare familiar, og at depresjon og amming kan vere gode og fornuftige utfallsmål på samanlikning av ulike typar oppfølging etter fødsel.

### 2.1 Teoretisk rammeverk ”Model of care”

I 1990 presenterte UNICEF eit overordna teoretisk rammeverk omkring ernæring, helse og omsorg for nyfødde og barn opp til tre år (UNICEF, 1990). Den var opphavleg utvikla for utviklingsland, der underernæring er eit stort problem, og hovudfokuset var på mat, helse og eit trygt miljø. Modellen vart vidareutvikla av Engle, Lhotska og Armstrong (1997), og dei legg vekt på omsorg som ein tredje underliggande determinant i forhold til barns utvikling og helse. Denne determinanten var underkommunisert i UNICEF sin opphavlege modell, i følgje forfattarane. Ved inkludering av denne determinanten er modellen også meir anvendeleg globalt og ikkje berre i verdas fattigaste land, der utfallsmålet ofte er overlevnad. I sin artikkel presenterer forfattarane følgjande definisjon på omsorg (s. 1310): *”..currently care is defined as the practices of caregivers that affect nutrient intake, health, and the cognitive and psychological development of the child”*. For å være i stand til å yte omsorg, må foreldre/føresette ha nok kunnskap, tid og støtte. Støtte til omsorgspersonar frå familie eller samfunnet, er ifølge forfattarane eit eige omgrep, som dei kallar *”care for women”*.

Figur 1. Model of care



Source: Engle, Lhotska, and Armstrong(1997)

Modellen (figur 1) legg vekt på at framtida til det enkelte barn er avhengig av miljøet rundt barnet og kva for ressursar den enskilde familien har (underlying determinants), i tillegg til den overordna konteksten, som omhandlar politisk styresett, kultur, økonomi og sosiale velferdsordningar (basic determinants). Utfallet i denne modellen er barnet sin overlevnad, vekst og utvikling. Det Engle, Menon og Haddad (1999) i fyrste rekke har tilført modellen, er ei utdjuing av underliggende determinantar. Dei underliggende determinantane for vekst og utvikling hjå barnet, er blant anna betinga av omsorg til mor, støtte til amming/mating av barnet og psykososial støtte. Desse aspekta er relevant i norsk kontekst og understreka i fleire nasjonale strategiar, stortingsmeldingar og rapportar (Helsedirektoratet, 2014b; Helsetilsynet, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a).

## 2.2 Amming

Amming er sentralt i dei fleste nasjonale og internasjonale føringane som omtalar organisering av barselomsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a; Helsedirektoratet, 2014b; WHO, 1998), samt i den tidlegare omtalte ”model of care” (Engle m fl., 1997). Støtte til ammeetablering er sett på som viktig for å nå mål om høgast mogleg ammefrekvens blant barselkvinner. Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) har eksistert sidan 1999. Opphavet til etablering av NKA var i stor grad prosjektet om ”Mor-barn vennlig initiativ”, som sertifiserer føde- og barselavdelingar til mor/barn vennlege. Sertifiseringa byggjer på WHO sine ”10 trinn for vellykket amming” omtalt i ”Baby friendly initiative” – eit verdsomspennande initiativ for å fremme mor og nyfødde si helse gjennom tilrettelegging for amming og tilknytning etter fødsel (Nasjonale kompetansetjeneste for amming, 2011; WHO/Wellstart/UNICEF, 1999).

Internasjonalt ligg Norge i verdstoppen på tal over barn som vert amma (Helsedirektoratet, 2014b). I ei landsomfattande kartlegging av ammefrekvens i Norge i 2013, fann dei at andelen barn som del- eller fullamma ved seks veker etter fødsel var 91 prosent. Tilsvarende for seks månaders alder var 71 prosent (Helsedirektoratet, 2014a). Kartlegginga samanlikna undersøkinga med tidlegare undersøkingar frå 1998 og 2006, og konkluderte med at nivået var likt pluss/minus eitt til to prosentpoeng.

Amming har fleire helseeffektar for både mor og barn. Morsmjølk er, forutan å vere optimal og tilpassa næring til spedbarnet, også førebyggjande i forhold til infeksjonar, samt bidreg til modning av barnet sitt eige immunapparat (Løland, Bærug & Nylander, 2007). For mor sin del er amming forbunde med auka utskilling av oxytocin, som fører til samantrekning av livmora, som i sin tur førebygg store blødingar etter fødsel (Bergsjø, 2010). Av meir langsiktige verknader for mor, er amming forbunde med lågare førekomst av visse typar bryst- og endometriekreft, samt redusert risiko for utvikling av diabetes type 2 og revmatoid artritt, for å nemne nokon (Løland m fl., 2007).

### *Amming, tilknytning og barseldepresjon*

I ein longitudinell studie frå Istanbul, Tyrkia, undersøkte Akman m fl. (2008) samanhengar mellom psykisk tilpassing hjå mødrer etter fødselen og amming. Funnet i

studien tyder på at tidleg oppdaging og behandling av depressive plager hos mor etter fødsel, vil kunne ha ein positiv verknad på kor lenge kvinna ammar, noko som igjen er forbunde med positive utfall for barnet. Eit liknande funn, men med motsett forteikn, vart gjort i ein studie frå USA, der eit utval kvinner med negative ammeerfaringar, hadde større sjanse for høgare depressive symptom to månader etter fødsel (Watkins, Meltzer-Brody, Zolnoun & Stuebe, 2011). Andre studiar har undersøkt samanhengen mellom amming og tilknytning, og har funne at ammande mødrer hadde høgare sensitivitet i samspelet med nyfødde, som i sin tur er assosiert med trygg tilknytingsstil ved eitt års alder (Britton, Britton & Gronwaldt, 2006).

### 2.3 Barseledepresjon

Barseledepresjon skil seg ikkje frå depresjon som oppstår i andre livsfasar (Eberhard-Gran & Slinning, 2007), og ein oversiktsstudie viser at prevalensen for depresjon er tilnærma lik mellom kvinner som har født og andre kvinner (Gavin m fl., 2005). Det spesielle er tidspunktet barseledepresjonen opptrer på, då samspelet mellom mor og barn kan påverkast av mors sinnstilstand (Skotheim m fl., 2013). I kjølvatnet av depresjon fylgjer ofte angstplager – det skjer også ved barseledepresjon (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). For at ein barseledepresjon skal fylle dei medisinske kriteria, må han oppfylle diagnosen klinisk depresjon i ”Diagnostic and statistical manual of mental disorders” (DSM-IV), alternativt det europeiske kodesystemet ”Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer” (ICD-10). Alvorleg depresjon som debuterer innan seks veker etter fødsel, er ifølge ICD-10 definert som barseledepresjon, medan DSM-IV har eit tidsintervall på fire veker (APA, 2000; WHO, 2004). Barseltårer eller ”Maternity blues”, skil seg frå barseledepresjon ved fleire kjenneteikn. Den opptrer mellom dag tre til ti etter fødsel, med flest tilfelle femte dag postpartum. Dette meiner ein har biologisk samanheng med fall i svangerskapshormonar i same tidsrom. Barseltårer er forbigåande innan dagar, og ein treng ikkje behandling (Buttner, O’Hara & Watson, 2012; Eberhard-Gran & Slinning, 2007). I motsett ende finn ein barselpsykose, som er ein akutt psykose som debuterer innan dei fyrste fire vekene etter fødsel. Ofte kan barselpsykose vere starten på ei bipolar lidning, eller som ein følgjetilstand då kvinner med bipolar lidning er meir utsett for psykose i barseltida (Eberhard-Gran & Slinning, 2007; Sit, Rothschild & Wisner, 2006).

### *Førekomst og årsaker til barseldepresjon*

Ein av fire kvinner er forventta å få ein større depresjonsepisode i løpet av livet, og majoriteten får den i sin reproduktive fase (Hatton m fl., 2005). Prevalensen på barseldepresjon er estimert til omlag 10-20 prosent i fleire internasjonale artikkelar (Hasselmann, Werneck & Silva, 2008; Hatton m fl., 2005), mens ein i Norge operer med tal rundt 10-15 prosent (Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2014a). Desse tala er ofte henta frå sjølvrapporterte spørjeskjema, og ikkje basert på kliniske intervju. Det er, i alle fall foreløpig, ikkje belegg for å hevda at depresjon i barseltida har andre årsakssamanhengar enn ordinær depresjon, men forskingsfunn kan tyde på at barselperioden, som i likskap med graviditeten, er ei sårbar og emosjonell tid som kan utløyse eller reaktivere gamle traume og bekymringar (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Biologisk skjer det ei tilpassing til graviditet med auka svangerskaphormon, som progesteron og østrogen. Det er kjend at desse hormona også påverkar humør og emosjonell stabilitet, men nokon direkte assosiasjon til barseldepresjon er ikkje påvist. Omkring tre til fem dagar etter fødsel vil fall i østrogen og progesteron påverke emosjonell balanse, og er i dei fleste tilfelle assosiert med barseltårer eller ”maternity blues” (Buttner m fl., 2012). Ein kan også tenke seg at den ekstra sårbarheten er konstruert for at mor skal knytte seg sterkare til sitt barn, då ho er meir mottakeleg for emosjonelle inntrykk, både positivt og negativt.

Risikofaktorar som er assosiert med høgare førekomst av barseldepresjon er fleire. Den sterkaste assosiasjonen er dersom den fødande har hatt depresjon tidlegare i livet eller under graviditeten (Goecke m fl., 2012; Milgrom m fl., 2008; Ngai & Ngu, 2015). Stressfulle livshendingar som alvorleg sjukdom eller død hjå nære pårørande, økonomiske vanskar eller konfliktfylte parforhold, er også sterke prediktorar for depresjon etter fødsel (Eberhard-Gran & Slinning, 2007; Milgrom m fl., 2008; Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004). I forhold til paritet (tal på barn) viser ein større studie frå USA ein svak, men signifikant, positiv samanheng mellom tal på barn og depresjon etter fødsel (Horowitz, Horowitz, Murphy & Gregory, 2011). I ein norsk studie fann Berle, Aarre, Mykletun, Dahl og Holsten (2003) tilsvarande høgare risiko for barseldepresjon hjå kvinner med fleire enn eitt barn. I andre studiar er der ikkje påvise nokon samanheng mellom paritet og depresjon, noko ein oversiktstudie

med fokus på risikofaktorar for barseldepresjon viste (Robertson m fl., 2004). Tilsvarande funn er rapportert i ein oversiktsartikkel som omhandlar førekomst og utbreiing av barseldepresjon (Gavin m fl., 2005).

### *Barseldepresjon og påverknad på spedbarnet*

Depresjon hos mor kan påverke barnet både før og etter graviditeten. Ein metaanalyse utført av Grote m fl. (2010) viste at depresjon hjå mor i svangerskapet, har samanheng med for tidleg fødsel og låg fødselsvekt. Forfattarane peikar på at depresjon er assosiert med røyking, diabetes type 2, hypertensjon og stoffavhengighet – risikofaktorar som kan vere med å forklare uheldige fødselsutfall. Ein stor kohortstudie frå Nederland viste tilsvarande funn, ved at kvinner med høg score på depresjon og angst, gav auka fare for preterm fødsel (for tidleg fødsel) og dysmaturitet (lite barn for alderen) (Loomans m fl., 2013).

Ubehandla depresjon i svangerskapet kan føre til ei forseinka tilknytning mellom mor og barn. Tilknytninga startar allereie i graviditeten, og ein studie frå Tyskland viser samanhengar mellom tilknytning i tredje trimester og symptom på barseldepresjon. God tilknytning i tredje trimester var korrelert positivt med færre depressive symptom etter fødselen. Studien konkluderer med at å fremme god tilknytning allereie i graviditeten, kan påverke førekomst av depressive symptom (Goecke m fl., 2012). Fleire utfordringar er observert hjå barn som har deprimerte mødrer. Sosio-emosjonelle, sosiale og kognitive vanskar kan assosierast med depresjon hjå mor, der utfallet er ulikt avhengig av barnets alder og grad av depressive symptom. Generelt vil eit barn takle mors depresjon betre dess eldre han er, då barnet er meir robust og psykologisk modning er meir utvikla. Barseldepresjon kjem difor på eit svært sårbart tidspunkt for barnet (Goodman & Gotlib, 1999).

## **2.4 Stress, mestring og sosial støtte**

Antonovsky sin salutogene modell er brukt for å belyse stressfylde livshendingar (livsstress), mestring og betydinga av sosial støtte i tidleg barseltid. Fyrst kjem ein kort oppsummering av modellen og det han kallar generelle motstandsressursar, deretter ei utdjuping av omgrepa sosial støtte og livsstress.



### *Salutogenese – helsesyn og motstandsressursar*

Som nemnt i innleiinga har barselkvinnar si status som sårbar endra seg i takt med framveksten av svangerskap, fødsel og barseltid som ei medisinsk hending. Sjuk/frisk dikotomien har ikkje med seg sårbarhet som eit alternativ, og implisitt ligg det at sjuke menneske treng omsorg og behandling, medan friske er i stand til å ta vare på seg sjølv (Eberhard-Gran m fl., 2003; Hjälmhult & Lomborg, 2012). Antonovsky (2000) skriv i si bok "Helbredets mysterium" at den salutogene orientering avviser sjuk/frisk dikotomien, og plasserer i staden menneske langs eit kontinuum som går frå dårlig helse til god helse. Salutogenesen er ein motpol til patogenesen, der spørsmålet som vert utleda er kva som fører til god helse, og ikkje som i patogenesen der fokuset er risikofaktorar for sjukdom. Teorien baserer seg på ei hypotese om at heterostase (mangel på balanse og at liding er tilstade), auka entropi (kaos, uorden) og aldring, er vesenskjenne-teikn for alle levande menneske (Antonovsky, 2000; Langeland, 2014). I motsetnad til patogenesen sitt fokus på opphavet til sjukdom, fokuserer salutogenesen på mennesket si totale historie, inklusiv sjukdom. Kva for ressursar har den enkelte som kan bevare eller fremme helse på kontinuumet? Desse faktorane omtaler Antonovsky som motstandsressursar (GRR<sup>1</sup>). Motstandsressursar er viktige for handteringa av spenning, som følgje av påverknad frå stressfaktorar, som er tilstade i alle menneske sine liv i større og mindre grad. Stressfaktorane er ikkje nødvendigvis einstynde med negative påkjenningar, men kan og vere helsefremmande. Jamfør tema i denne oppgåva, som er det å bli forelder, og som dei fleste ser på som ei stressfylt men positiv hending (Leahy Warren, 2012). I staden for å leite etter ein kur som kan gjere oss friske, oppmuntrar salutogenesen til å finne kjelder som kan fremme negativ entropi – orden ut av kaos (Antonovsky, 2000).

GRR er ifølge Antonovsky "...enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning" (Langeland, 2014). GRR vert delt inn i fire hovudområder; biologisk, psykologisk, mellommenneskelig og sosiokulturelt område. Figur 2, henta frå Taylor (2004), viser karakteristika på dei enkelte områda.

---

<sup>1</sup> Generalized resistance resources

<sup>3</sup> grunnskule eller vidaregåande/høgskule, universitet 3 år/høgskule, universitet 4 år

Figur 2. Motstandsressursar (GRR)

The GRRs (Antonovsky)	Notes	Collapsed category
Physical characteristics	No explanation needed	Biological domain
Biochemical characteristics	No explanation needed	
Cognitive characteristics	No explanation needed	Psychological domain
Emotional characteristics	No explanation needed	
Valuative–attitudinal characteristics	Flexible and rational coping strategies	Interpersonal domain
Interpersonal–relational characteristics	Including social support	
Artefactual–material characteristics	Access to money	Sociocultural domain
Macrosociocultural characteristics	Religion, philosophy and culture	

På det biologiske område er det fysiske og biokjemiske karakteristika ved individet som er med på å bestemme den enkelte sin motstandsressurs. På det psykologiske området er den enkelte sine ressursar avhengig av kognitive og emosjonelle karakteristika. På det mellommenneskelege området vil haldningar og verdiar den enkelte har, påverka graden av fleksible og rasjonelle mestringsstrategiar, i tillegg til relasjonelle karakteristika som har betydning for grad av sosial støtte (Taylor, 2004). Det sosiokulturelle området inkluderer materielle verdiar, religion, filosofi og kultur.

Områda GRR er definert under (figur 2) går igjen i ”model of care”, som er omtalt i byrjinga av kapitlet. Aspekt, dimensjonar og karakteristika ved det sosiokulturelle området i GRR, kan sjåast i samanheng med ”model of care”, som også tar høgde for globale perspektiv som politikk og miljø innan basis determinantane. Underliggende determinantar i ”model of care” referer til psykologisk, inter-relasjonelt og fysiske område i inndelinga til Taylor. Umiddelbare determinantar er den aktuelle helsa her og nå, påverka av dei andre determinantane, eller grad av motstandsressursar om ein har Taylor sin modell i mente. Med andre ord omtalast både makro- og mikrostrukturelle tilhøve, som er med på å forme det enkelte individ i begge modellane.

### *Sense of coherence og stress (livsstress)*

Den salutogene teorien er operasjonalisert ved det sentrale omgrepet "sense of coherence" (SOC), som på norsk vert oversett med "oppleving av samanheng". SOC er ein grunnleggjande haldning som utrykker i kor stor grad ein har ein gjennomgåande, dynamisk men stabil tillit, eller kjensle, til stimuli som stammar frå indre eller ytre omgjevnader i livet (Antonovsky, 2000; Langeland, 2014). Tre omgrep er brukt for å konkretisere SOC; forståing av ytre eller indre stimuli (begripelighet), at det er handterbart (håndterbarhet) og at det gjev mening (meningsfullhet). Desse tre komponentane bidreg i følgje Antonovsky (2000) til ulike gradar av helse, mestring og velvære. I det følgjande kjem ei utdjuping av desse tre komponentane slik Antonovsky har omtalt dei i boka "Helbredets mysterium" (2000).

Begripelighet viser til i kva for grad ein opplever indre og ytre stimuli som forståelige, samanhengande, ordna og strukturerte. Den som har ein sterk oppleving av begripelighet forventar at dei stimuli han vert møtt med er forutsigbare. Dersom stimuli kjem som ei overrasking vil ein person med høg grad av begripelighet kunne sette det inn i ein samanheng og forklare fenomenet, også ved hendingar som ikkje er ønska (til dømes krig, dødsfall). Den andre komponenten i SOC er håndterbarhet. Håndterbarhet er i kor stor grad personen opplever å ha ressursar til rådighet til å klare dei krav som indre eller ytre stimuli bringer. I den grad ein har ein sterk håndterbarhet vil den vise seg ved at personen ikkje kjenner seg hjelpelaus eller som eit offer for situasjonen, men tvert om akseptere at uønska hendingar skjer, handterer dei og gå vidare. Den siste komponenten er meningsfullhet. Antonovsky beskriv denne som omgrepet (SOC) sitt motivasjonselement. Den viser til om personen opplever at livet er forståelig reint kjenslemessig, og om dei krav og hendingar som skjer er verdt å engasjere tid og krefter i. Kor sterke eller svake dei generelle motstandsressursane er, dannar grunnlaget for sterk eller svak SOC. Med andre ord er ein person med svak SOC meir sårbar for stressfaktorar, enn ein med sterk SOC (Antonovsky, 2000). Ein studie som undersøkte samanhengen mellom "family sense of coherence" og depresjon etter fødsel, synta at låg SOC var assosiert med depresjon hjå både mor og far seks månader etter fødselen (Ngai & Ngu, 2015).

Antonovsky (2000) skil mellom stressande livssituasjon og stressande livshendingar. Stressande livshendingar, eller livsstress som er omgrepet målt i denne studien, er

hendingar i livet som påverkar livskvaliteten i ein slik grad, at det kan utgjere ein risikofaktor for psykisk og fysisk helse. Eksempel på denne type stressorar er konfliktfylt forhold til partner, dødsfall i nær relasjon, separasjon, graviditet og ny jobb (Abidin, 1995). Stressorar kan også vere positive, som ny jobb eller graviditet, men medfører likevel ei livsendring som i sum kan vere belastande. Ein stressande livssituasjon er eit stabilt press over tid, og fører på den måten til eit motstandsunderskot og svakare SOC. Stressande livshendingar meiner han er det vi generelt tenker om stressfaktorar; at det er eit krav som det ikkje finnast ei løysing på her og no. Hypotesen Antonovsky utleda av resonnementet omkring SOC og livsstress, er at ein person med sterk SOC har tillit til at han klarer utfordringane og vil løyse spenninga som kan oppstå ved stressande livshendingar, i tillegg vil han i mindre grad tolke stimuli som stressfaktorar, enn ein med svak SOC. Kingston, Heaman, Fell, Dzakpasu og Chalmers (2012) fann i sin studie av gravide, at tre eller fleire stressfulle livshendingar var assosiert med høgare opplevd stress. Funnet var bekrefta av Milgrom m fl. (2008), som også identifiserte stressfulle livshendingar som ein av risikofaktorane for barseldepresjon, saman med tidlegare eller noverande depresjon/angst, lite praktisk/sosial støtte og manglande støtte frå partner. I ”model of care” er psykososial støtte til omsorgsgjevar eit eige punkt som har betydning for barnet sin vekst og trivsel. Dette er særleg relevant i forhold til tidleg barseltid, der barnet er avhengig av stell og omsorg. Tidlegare forskning har belyst betydninga av sosial støtte til mor (og far) i barseltida, og dei neste avsnitta vil ha med relevant forskning om emnet.

### *Betyding av sosial støtte i barseltida*

Ottawacharteret vektlegg betydninga av støttande miljø som ein helsefremmande ressurs, og inkluderer på den måten også reorientering av helsetenester som ein viktig bidragsyter til å skape støttande miljø rundt pasientar/brukerar (WHO, 1986). Sosial støtte kan definerast i to hovudkategoriar; funksjonell og strukturert (Leahy Warren, 2012). Funksjonell støtte er ei utdjuping av kva som ligg i omgrepet sosial støtte, og er vidare delt opp i fleire underkategoriar; instrumentell, emosjonell, informativ støtte, samt integrering i eit sosialt fellesskap. Instrumentell støtte reflekterer praktisk og materiell støtte. Emosjonell støtte går på at ein person er verdsatt og akseptert, og informativ støtte er hjelp til å forstå og begripe problematiske hendingar og utfordringar (Cobb, 1976; Leahy Warren, 2012). Å vere integrert i eit sosialt fellesskap kan vere med å redusere stress, og er også referert til som diffus støtte (Cohen & Wills, 1985).

Den strukturelle sosiale støtta kan delast inn i formell og uformell støtte (Leahy Warren, 2012). Formell støtte viser til organisert støtte som for eksempel helsetenester, eller i denne samanheng profesjonell barselomsorg. Den uformelle støtta er familie- venne- og fritidsnettverk (Cohen & Wills, 1985). Kategoriane er ikkje utelukkande. Det vil seie at dei påverkar kvarandre og at det er sannsynleg at om ein har eit sterkt sosialt nettverk, har ein også betre tilgang på for eksempel instrumentell og informativ støtte (Cohen & Wills, 1985).

Sosial støtte som ein moderator mot livsstress, er overskrifta på essayet til Cobb (1976). Der viser han mellom anna til forskning frå Nuckolls, Cassel og Kaplan (1972). Dei undersøkte om svangerskapskomplikasjonar hadde samanheng med stressfulle livshendingar og sosial støtte hjå gravide. Dei fann at kvinner med høg grad av stressfulle livshendingar og liten grad av sosial støtte, hadde tre gonger så mange svangerskapskomplikasjonar som dei med stor grad av sosial støtte og høg grad av livsstress. Antonovsky (2000) kommenterer også denne studien i si bok ”Helbredets mysterium”, kor han snur det heile på hovudet og seier at høg grad av stressfaktorar kombinert med høg grad av sosial støtte er helsefremmande.

Det er overvekt av studiar som fokuserer på risikofaktorar for barseldepresjon, og liten grad av sosial støtte går igjen som prediktor i mange studiar (Goecke m fl., 2012; Janssen, Heaman, Urquia, O'Campo & Thiessen, 2012; Milgrom m fl., 2008; Robertson m fl., 2004). Leahy Warren (2012) fann i sin studie at fyrstegongsfødande med låg uformell støtte (familie og venner), var signifikant relatert til barseldepresjon, og vektlegg betydinga av at helsepersonell (formell støtte), oppmodar og initierer hjelp til å styrke nettverket. Tradisjonelt har kvinnelege familiemedlemmar og venninner spelt ei stor rolle i samband med fødsel (Eberhard-Gran m fl., 2003), og før hospitaliseringa på 1950-talet, var storfamilien viktig som støttenettverk. Etter denne tid har også fødselsomsorga, som for eksempel eldreomsorga, blitt institusjonalisert. Storfamilien er oppløyst, familiar er mobile og flyttar oftare enn før, og har difor lengre avstand til familienettverket. Dei fleste kvinner, inkludert bestemødrer og tanter, er yrkesaktive. Summen av desse faktorane i vår samtid kan bidra til at ein del av dagens unge foreldre står aleine i ei svært krevjande og sårbar tid. Far har velferdspermisjon for å vere med mor og barn etter fødsel og dermed også forventning om at han skal bidra med omsorg

det kvinnelege nettverket tidlegare bidrog med; amming, barnestell og avlastning (Eberhard-Gran m fl., 2003).

## 2.5 Oppfølging i tidleg barseltid

Fleire internasjonale studiar viser at det er trygt med tidleg heimreise for mor og barn, etter eit ukomplisert barseloppald (Boulvain m fl., 2004; Brown, Small, Faber, Krastev & Davis, 2002; Sainz Bueno m fl., 2005). I ein randomisert kontrollert studie frå Spania vart tidleg utreise (før 24 timar etter fødsel) med oppfølging heime, samanlikna med ordinær oppfølging som inkluderte minimum innlegging i 48 timar og med kontrollar sju til ti dagar etter heimreise (Sainz Bueno m fl., 2005). Funn i studien viste at det ikkje var auke i korkje barseldepresjon, amming eller reinnlegging, men at kvinnene var signifikant meir fornøgd med tilbodet ved tidleg heimreise. Konklusjonen til forskarane er at det er billigare og like trygt med oppfølging heime, som på sjukehus. Tilsvarande konklusjon vart funne i ein randomisert kontrollert studie gjort i Sveits av Boulvain m fl. (2004). I ein norsk studie konkluderer derimot forfattarane med at reinnlegging av nyfødde med alvorlig store vekttap (over 12 % vekttap), har auka mellom 2002-2008, i takt med redusert liggetid på barselavdelinga. Dei med tidleg heimreise har i denne studien fått poliklinisk oppfølging på sjukehuset (Tjora, Karlsen, Moster & Markestad, 2010).

I ein klynge-randomisert studie frå England fann MacArthur m fl. (2002) signifikant færre med teikn på alvorleg depresjon i gruppa som fekk forsterka oppfølging etter fødsel, i forhold til kontrollgruppa. Intervensjonsgruppa fekk differensiert (basert på sjekkliste) oppfølging i seks veker etter fødsel, med fokus på ekstra oppfølging av sårbare grupper, medan kontrollgruppa fekk ordinær oppfølging som besto av heimebesøk av jordmor, men utan ekstra fokus på psykisk helse og teikn på depresjon. Fink (2011) viser til USA si lange historie med tidleg heimreise, og konkluderer med at det er viktigare med kvalitet, enn kvantitet. Det vil seie at innhaldet i oppfølginga, er viktigare enn tal på heimebesøk. Dei hevdar også at nærleik til fødsel er viktig; at oppfølginga skjer i forlenginga av utskrivninga, og ikkje veker etterpå.

Alle studiane som hevdar at det er trygt med tidleg utskrivning frå sjukehus, har inkludert oppfølging av profesjonell hjelp heime. Kor viktig tidleg oppfølging er, understreka

av funna i Tjora m fl. (2010) sin studie, som viste ein samanheng mellom tidleg utskriving og store vekttap hos barnet. I denne studien har ikkje familien fått oppfølging heime, men tilbod om poliklinisk oppfølging på sjukehus. Det er på bakgrunn av dette interessant å sjå på korleis ein modell med saumlaus oppfølging i tidleg barseltid verkar inn på mor og barn si helse, samanlikna med ordinær oppfølging.

## 2.6 To modellar for oppfølging i barseltid

Vanleg liggetid for friske kvinner og born er om lag 48 timar. For å bøte på manglande oppfølging ved tidleg heimreise, har ulike prosjekt og modellar vakse fram. Eit av dei fyrste pilotprosjekta i Norge, er JordmorHeim, der Fjell kommune saman med Helse Bergen utforma ein samhandlingsmodell basert på kommunal barseljordmoroppfølging etter utskriving frå sjukehus. Prosjektet starta januar 2011, og gjekk i januar 2014 inn som ordinær drift i den aktuelle kommunen. Prosjektet er modell for fleire kommunar i Norge, og har mottatt støtte frå Helsedirektoratet (Granheim & Forstrøm, 2012). Lokale variantar av ordinær oppfølging kan førekomme, noko omtalen av ordinær modell ikkje tek høgde for.

### *Saumlaus oppfølging (JordmorHeim)*

Eit overordna mål i prosjektet JordmorHeim, er forutan å gje tilpassa barselomsorg heime, å tilby saumlause tenester mellom aktørane innan svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg; sjukehus, jordmortenesta og helsesøstertenesta (Nordvik, 2009).

JordmorHeim vert introdusert i svangerskapet, og kvinner som av ulik årsak står fram som sårbare, er spesielt oppmoda til å takke ja til tilbodet. Vidare er jordmødrer og helsesøstrer samlokalisert, slik at både uformell og formell informasjonsflyt kvalitetssikrar den saumlause oppfølginga. I overføringa av informasjon, vert problemstillingar i samband med amming, livssituasjon, spesielle forhold omkring fødseloppleving og psykisk helse belyst, noko som fører til at dei mest sårbare familiane får tidligare og auka oppfølging frå helsesøster. Til vanleg er det ikkje automatisk overføring av journal frå jordmor/lege i svangerskapet til helsesøster.

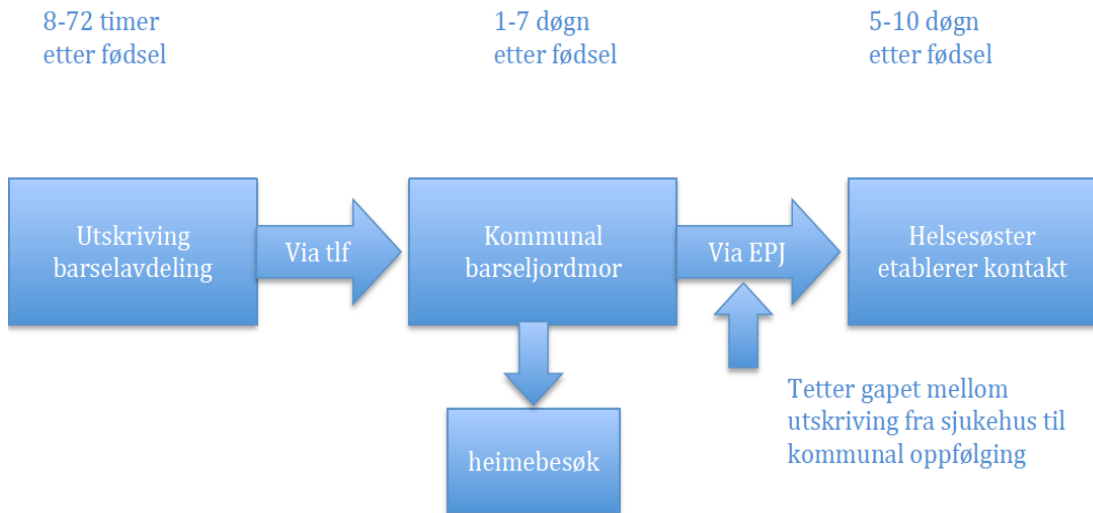
Inklusjonskriterier i JordmorHeim er friske kvinner og born som reiser heim innan 72 timar. Før oppstart av prosjektet rekna ein med at om lag 65 prosent av dei 300 fødande per år i kommunen ville takke ja til tilbodet. Det fyrste året var det om lag denne

prosentandelen som fekk oppfølging, men interne tal frå prosjektet viser ei auke på 20 prosent dei påfølgande åra. Orsaka er ifølge jordmødrer som jobbar i prosjektet, auka interesse for tilbodet blant brukarane. Den auka interessa fører også til at enkelte kvinner som ikkje er i målgruppa, slik som kvinner med keisarsnitt eller premature fødsler med tidleg heimreise, får tilbodet gitt at dei elles er friske. Tal frå ein evalueringsrapport om JordmorHeim frå 2012, viser at gjennomsnittleg liggetid i 2011 blant kvinner som fekk JordmorHeim var 36 timar, og mindre enn fem prosent låg over 60 timar (Granheim & Forstrøm, 2012). Kvinner som låg på sjukehus over 72 timar gjekk i hovudsak direkte over i ordinær oppfølging, som vil seie direkte til helsesøstertenesta etter utskrivning frå sjukehus. Det er likevel vert å merke seg at også kvinner med tidleg heimreise stod fritt til å avslå tilbodet om JordmorHeim, utan at det ekskluderte dei frå ordinær oppfølging.

I JordmorHeim tilbodet er medisinske tilstandar som treng tilsyn, avklart med sjukehuset før utreise, og ei samhandlingsavtale mellom aktørane gjer at kvinner med komplikasjonar knytt til barsel og born med stort vekttaap eller gulsott, kan tilvisast direkte til kvinneklinikken av jordmor på heimebesøk. Alle andre medisinske problemstillingar vert tilvist det kommunale legetilbodet i kommunen. Heimebesøka frå jordmor er tilpassa familien sitt behov, og inneheld blant anna kontroll av vekt, hørsel og gulsott hos barnet, samt rettleiing i forhold til amming og barnestell. I tillegg blir sting og livmor hos kvinna kontrollert, og jordmor observerer og rettleiar i forhold til tilknytning og emosjonelle reaksjonar etter fødsel. Tidsrammene er innanfor normalarbeidstid, og all oppfølging utanom vanlig arbeidstid rettast til kvinneklinikken ved sjukehuset (Nordvik, 2009).



Figur 3. Overføring sjukehus-jordmor-helsesøster ved saumlaus oppfølging i JordmorHeim



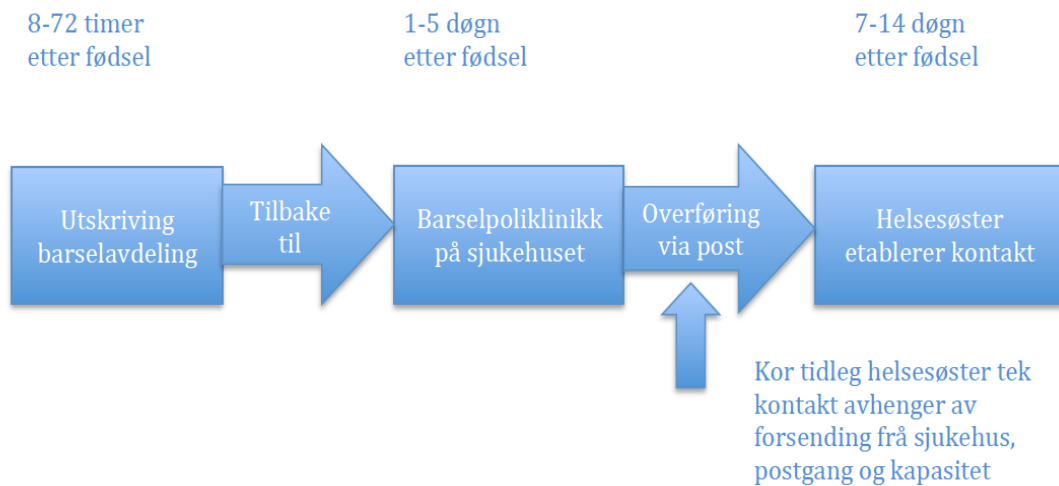
Figur 3 gir en detaljert illustrasjon av den lukka/saumlause overføringa mellom tenestene i JordmorHeim prosjektet. Ved utskrivning frå og med åtte timar etter fødsel, er det telefonkontakt mellom sjukehuset og kommunal barseljordmor som sikrar tidleg oppfølging av familien. Kommunal barseljordmor overtar sjukehuset sine oppgåver, og familiane slepp å reise tilbake til sjukehuset for oppfølging på barseloliklinikk. Overføring frå jordmor til helsesøster skjer via elektronisk pasientjournalsystem (EPJ), der helsesøster kan lese journalnotat frå heimebesøka/konsultasjonane (Nordvik, 2009)

### *Ordinær oppfølging*

Ordinær oppfølging i kommunen inneber at familiane som reiser heim innan 72 timar etter fødsel, må tilbake til sjukehuset for oppfølging på barseloliklinikk ein eller fleire gonger den fyrste veka etter fødsel. Helsesøster får vite at mor og barn er utskreve frå sjukehuset ved ein fødselsmelding, som blir sendt med posten. Fødselsmelding inneheld opplysningar om fødsel og barseloppald. Dersom postgangen er sein, er det ein del familiar som tek kontakt med helsestasjonen utan formell avtale. Vanleg liggetid for dei med vaginal fødsel er om lag 48 timar, og ei brukarundersøking frå 2012 syner at berre to-tre prosent av kvinner med vaginal fødsel ligg lenger enn 72 timar (Langeland & Tunestveit, 2013). For keisarsnitt er normal liggetid tre til fire dagar (Helse-Bergen, 2012). Kvinner med premature spedbarn (gestasjonsalder <37 veker) ligg i snitt lenger enn dei født til termin, grunna at dei oftare har gulsot og problem med ernæringsinntak.

Desse familiane blir, som tidligare omtalt, direkte overført til helsesøstertenesta etter utskrivning frå sjukehuset. Figur 4 viser en meir detaljert illustrasjon av ordinær oppfølging av barselkvinner.

Figur 4. Overføring sjukehus-helsesøster i ordinær oppfølging



Ein pilotundersøking frå Oslo stadfestar at 43 prosent av familiane ikkje hadde fått kontakt med helsestasjonen innan to veker etter fødsel (Iversen, Holmboe & G, 2011).

Vidare i oppgåva vil "saumlaus oppfølging" og "JordmorHeim" bli brukt synonymt, der det tilvisast studien i denne oppgåva.

## 2.7 Målet med studien

### *Mål*

Målet med studien er å sjå på eventuelle helsefremmande effektar av saumlaus oppfølging. Studien vil samanlikne kvinner som har fått saumlaus barseloppfølging, med kvinner som har fått ordinær oppfølging ved to ulike helsestasjonar i helseregion vest, og undersøke om dette verkar inn på grad av amming og depressive plager hjå mor etter fødsel. I tillegg vil studien belyse om modellen fangar opp sårbare kvinner.

Følgjande forskings spørsmål vil bli undersøkt:

### *Forskingsspørsmål*

1. Er det samanheng mellom kva for type barseloppfølging familien har fått og hyppigheten av amming seks veker og seks månader etter fødselen?
2. Er det samanheng mellom kva for type barseloppfølging familien har fått og nivået av depressive plager hjå mor seks veker og seks månader etter fødselen?
3. Fangar forsterka barseloppfølging opp sårbare kvinner som rapporterer meir depressive plagar og auka livsstress i graviditeten?

## 3 Metodekapittel

### 3.1 Design

Studien har eit non-eksperimentelt, longitudinelt og prospektivt design med ikkje-randomiserte grupper.

### 3.2 Datainnsamling/prosedyre

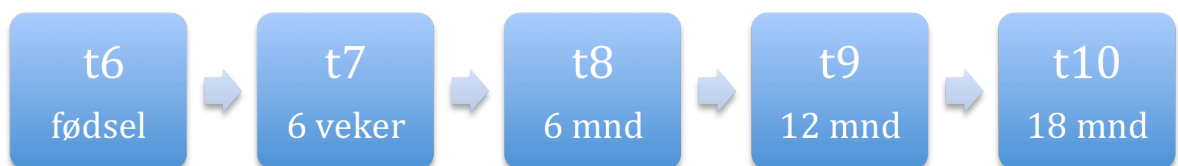
Datamaterialet som inngår, er henta frå studien ”Liten I Norge” (LIN-studien). LIN-studien er ein longitudinell studie av barn si utvikling frå graviditet og fram til barnet er 18 månader, kor eit av hovudmåla er å bidra med ny kunnskap om sped- og småbarns psykiske helse, slik at hjelp og intervensjon kan settast i verk på eit tidleg tidspunkt. Studien er initiert av spedbarnsnettverket ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Sør og Øst), og samarbeider med dei andre regionale sentra som driv med forskning- og kompetanseheving knytt til barn og unge si psykiske helse i Norge (RKBU Vest, RKBU Nord, RKBU Midt). Studien har også etablert eit forskingssamarbeid med Nasjonalt institutt for ernærings- og sjømatforskning (NIFES), og har derfor samla inn data om ernæring hos både mor og barn. Data vart samla inn fleire gonger gjennom svangerskap og fram til barnet var 18 månader (Figur 5). I denne oppgåva inngår data som vart samla ved måletidspunkta t1, t5, t6, t7 og t8.

Figur 5. Måletidspunkta i LIN-studien

Før fødsel



Etter fødsel

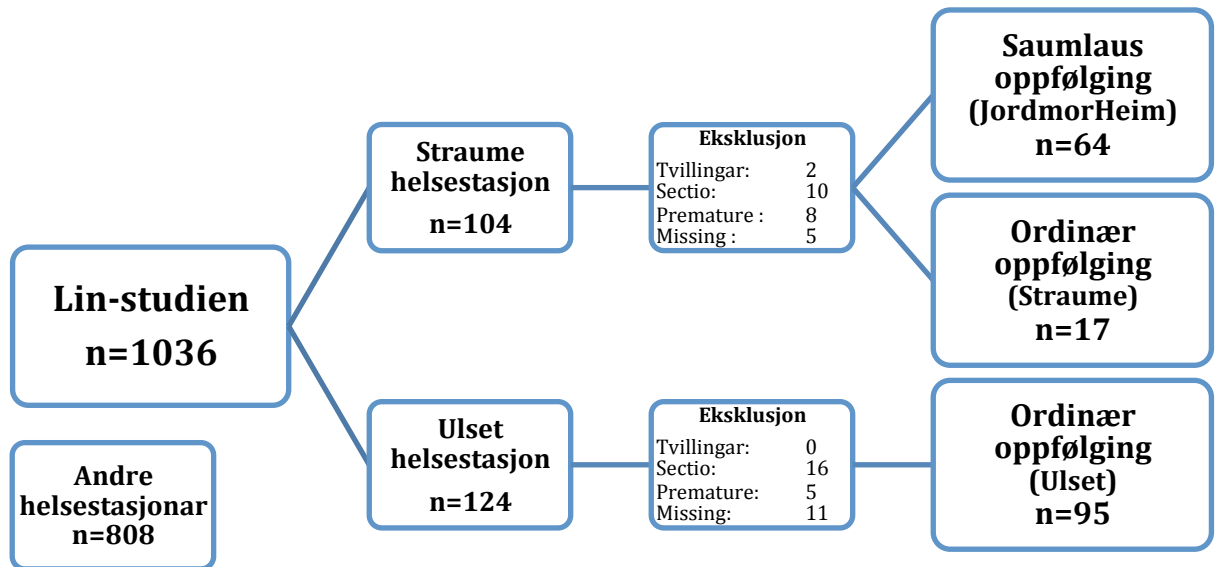


Mødrer vart rekruttert i svangerskapet ved fyrste kontroll hos jordmor. Rekrutteringa skjedde frå september 2011 til november 2012. Dei fekk utdelt informasjonsbrosjyre, der siste side var samtykkeerklæring kor mor samtykka i eigen og barnets deltaking i studien (vedlegg 1). Det vart opplyst om at deltaking i undersøkinga var frivillig, og at familiane sto fritt til å trekke seg utan særskild årsak på eitkvart tidspunkt i undersøkinga, utan at det ville få konsekvensar for anna oppfølging. Eigen forskingsassistent (jordmor/helsesøster ved helsestasjonen) var tilsett ved dei ulike helsestasjonane, og det var desse jordmødrene/helsesøstre som utførde intervju og målingar gjennom heile studien. Spørjeskjema vart distribuert på helsestasjonen eller via e-post til respondentane. Undervegs var oppdateringar i form av nyhendebrev sendt ut til respondentane og andre involverte i studien. I tillegg vart oppdateringar lagt ut på RBUP Sør-Øst sine internettsider.

### 3.3 Utval

Helsestasjonar frå alle dei fire helseregionar er representert i LIN-studien, og til saman er 1036 familiar rekruttert til studien. Denne studien tek utgangspunkt i ein av dei fire helseregionane, og data som vart samla inn er henta frå to ulike helsestasjoner. Totalt er det rekruttert 228 familiar, kor 104 familiar er rekruttert frå Straume helsestasjon, medan 124 familiar er rekruttert frå Ulset helsestasjon. Ved Straume helsestasjon fekk fleire av familiane, som blei rekruttert til LIN-studien, tilbod om JordmorHeim, medan dei resterande fekk ordinær oppfølging. Ved Ulset helsestasjon fekk familiane berre den ordinære oppfølginga. Figur 6 viser ein detaljert oversikt over utvalet som inngår i dei ulike analysane.

Figur 6. Utvalsprosessen



Eksklusjonskriteriene var tvillingar, keisarsnitt og gestasjonsalder under 37 veker.

Kriteria for eksklusjon er gjort for å sikre at ein i størst mogleg grad inkluderer kvinner med kort liggetid på sjukehuset og som anten har motteke saumlaus oppfølging via JordmorHeim, eller oppfølging frå barselpoliklinikk dei to første vekene etter fødselen. Missing i utvalet er dei respondentane der gestasjonsalder på barnet ikkje er oppgitt, og som difor ikkje kan utelukkast er født før veke 37, samt der det ikkje er oppgitt type fødsel.

Det endelige utvalet som inngjekk i analysane var derfor 64 i saumlaus oppfølging (JordmorHeim), 95 i ordinær oppfølging Ulset, og 17 i ordinær oppfølging Straume.

Fokus i oppgåva er i hovudsak retta mot å samanlikne familiane som har motteke saumlaus oppfølging ved Straume helsestasjon, med dei familiane som har motteke ordinær oppfølging ved Ulset helsestasjon. Årsaka til at denne løysninga blei valt, var at familiane som mottok ordinær oppfølging ved Straume helsestasjon var svært liten, samt at det var usikkerhet knyta til kvifor dei ikkje hadde motteke tilbodet om JordmorHeim. Ulike forklaringar kan vere at dei låg lengre enn 72 timer på sjukehuset, at dei hadde takka nei, at dei ikkje hadde blitt spurt (JordmorHeim hadde stengt

helligdagar/helgar), eller at overføringa frå sjukehuset glapp. Analyser på denne gruppa er likevel inkludert i enkelte analyser på data innhenta før fødselen, i det det var ein målsetting i prosjektet JordmorHeim å informere alle, inkludert sårbare familiar, om saumlaus oppfølging alt i svangerskapet.

### 3.4 Målingar

Ulike mål og måleinstrument vart nytta for å samle inn data på dei ulike tidspunkta. Denne oppgåva nyttar primært rapporteringar gjort av mor via spørjeskjema, der forhold knytt til mor si helse og demografiske forhold som tal på barn, utdanning og sivil status er kartlagt, i tillegg til informasjon om amming og barnet sine matvaner. Også registreringar gjort på sjukehuset ved fødsel, og ved seks veker og seks månader på helsestasjonen er samla inn.

Gruppene vart samanlikna på tilgjengelege variablar før fødsel, for å sjå kor vidt dei var like eller ulike før ordinær eller saumlaus barseloppfølging kom inn etter fødsel. Variablane som inngjekk var sosiodemografiske forhold, EPDS før fødsel, livsstress før fødsel samt data omkring fødsel og fødselsmåte. I det følgjande kjem omtale av dei ulike variablane som inngår i denne studien.

#### *Sosiodemografiske forhold*

I kategorien sivil status var det fire alternativ; gift=1, samboer=2, enslig=3 og annet=7. Etnisitet var kartlagt ved å svare på om dei høyrde til ei minoritetsgruppe, kor svaralternativa var nei=0 og ja=1. Utdanning var kartlagt i fire nivå; grunnskule=1, vidaregåande=2, høgskule eller universitet inntil 4 år=3 og høgskule/universitet over 4 år=4. Paritet er ein ordinal variabel, som i dette utvalet rangerer frå null til fire barn.

#### *Røyking og bruk av medikament*

Røyking og medikamentbruk var kartlagt ved både t1 og t5 (svangerskapet). Det var spørsmål som gjekk på om kvinna røykte/snuste/brukte medikament på gjeldande tidspunkt, eller om ho hadde brukt tidlegare i graviditeten. Også omfang og type medikament var kartlagt. I denne oppgåva er det berre om kvinne røykte/snuste eller brukte medikament ved 36. svangerskapsveke (t5) som er tatt med.

### *Forhold ved barnet og fødselen:*

Opplysningar om vitale mål hos barnet er henta frå fødselsmelding frå sjukehuset og ved målingar utført på helsestasjonen ved seks veker og seks månader. Opplysningane som inngjekk var fødselvekt, -lengde, hodvudomkrets, apgar skår, kjønn og gestasjonsalder. Apgar skår er ein skala frå 0-10 som vert skåra eitt, fem og ti minutt etter fødsel. Målingane som vert gjort, er observasjon av farge, respirasjon, hjerteaksjon, tonus og refleks. Skåringa er 0=ingen respons, 1= noko respons og 2= full respons. Denne studien nyttar skår frå fem minuttar. Foreldre hadde også rapportert desse opplysningane sjølv, men då det ikkje var samsvar med helsesøster sine opplysningar, samt fleire missing ved denne rapporteringa, er opplysningar gitt av helsesøster nytta.

Type fødsel er registrert ved to anledningar; ved fødsel (t6) av helsesøster, og ved seks veker (t7) av foreldre sjølve. Variabelen som nyttast er den som er registrert av helsesøster ved fødsel. Der det ikkje var opplyst om type fødsel i denne registreringa, vart dette supplert dersom registreringane gjort av foreldra ved seks veker, viste type fødsel.

### *Amming*

Amming er kartlagt både ved seks veker og seks månader postpartum. Det vil seie at det er kartlagt kor vidt barnet får morsmjølk, blanding av morsmjølk og morsmjølkserstatning (MME), eller ikkje morsmjølk i det heile. Det er også kartlagt om barnet har fått anna drikke/mat. Ved kvart måletidspunkt vart det spurt retrospektivt om barnet har fått morsmjølk i vekene før kartleggingstidspunktet. Denne måten å kartlegge på, er i samsvar med den nasjonale kosthaldsundersøkinga på spedbarn utført i 2013 (Helsedirektoratet, 2014a). Variablane om amming ved seks veker og seks månader er kategorisert i fire utelukkande kategoriar; 1=barnet får berre morsmjølk, 2=barnet får berre morsmjølk og morsmjølkserstatning, 3=barnet får ikkje morsmjølk nå, men har fått tidlegare, 4=barnet har ikkje fått morsmjølk. Då kategori tre og fire inneheldt færre respondentar enn fem, vart desse slått saman til ein kategori, slik at føresetnaden for analysane ikkje vart broten. Den nye variabelen ser slik ut; 1=fullamming, 2=delamming og 3=ikkje amming.



## *EPDS*

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (vedlegg 1) er eit screeninginstrument utvikla for å vurdere teikn på barseldepresjon (Cox, Holden & Sagovsky, 1987).

Skjemaet utelet spørsmål som omhandlar til dømes søvn, appetitt og energinivå då dette er forhold som er påverka av graviditet, fødsel og barseltid (Cox m fl., 1987; Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2014b; Hanssen-Bauer & Welandervatn, 2012).

Skjemaet er oversett til over 60 språk og validert i fleire land (Eberhard-Gran m fl., 2014b). EPDS er i Norge validert i to utgåver; Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Schei og Opjordsmoen (2001) og Berle, Aarre, Mykletun, Dahl, og Holsten (2003). Denne studien bruker versjonen til Eberhard-Gran m fl. (2001). Kvinna vert beden om å svare på ti spørsmål omkring oppleving av nedstemtheit dei siste sju dagane. Påstandane er delt i ein fire-punkt-skala, der null står for aldri/nei og tre poeng står for ja/alltid.

Skåringa er i nokre spørsmål reversert for å hindre systematisk avkryssing. Eit eksempel er spørsmål tre (vedlegg 1); Har du siste 7 dagar bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt? Skåringa er: 0=ja, nesten hele tiden. 1=ja, av og til. 2=ikke særlig ofte. 3=nei, aldri (Eberhard-Gran m fl., 2001).

Sumskår på EPDS varierer frå 0-30, og ein cut-off på 12 betyr at det er sannsynleg at kvinna faktisk er deprimert i klinisk forstand (Cox m fl., 1987). Det vil seie at det er sannsynleg at kvinna ville fått diagnosen depresjon dersom ho hadde blitt vurdert ut i frå meir omfattande diagnostiske kriterier gitt i ICD-10 eller DSM-V (APA, 2000; WHO, 2004). Ein cut-off på 12 på EPDS gjev en sensitivitet på 86 prosent og en spesifisitet på 78 prosent, som betyr at EPDS fangar opp 86 prosent av dei som faktisk er deprimert og at 14 prosent vil være falske negative (deprimerte kvinner som ikkje blir fanga opp). Vidare vil 78 prosent bli riktig klassifisert som ikkje-deprimerte, medan 22 prosent vil være falske positive (ikkje-deprimerte klassifisert som deprimerte) (Cox m fl., 1987). Val av cut-off vil alltid være ein vurdering av sensitivitet og spesifisitet, i det ein høgare cut-off fører til at andelen falske positive reduserast samtidig som andelen falske negative aukar. I praksis har det derfor vore vanleg å bruke ein cut-off på 10 for å fange opp så mange deprimerte kvinner som mogleg, og samtidig inkludere kvinner som er i høg risiko for å utvikle depresjon dersom dei ikkje får oppfølging (Eberhard-Gran m fl., 2001). Ulempa er at andelen falske positive aukar. I denne oppgåva er

Eberhardt-Gran (2001) si versjon av EPDS nytta, og hennar valideringsarbeid synte at ein cut-off på 10 gav en sensitivitet på 100 prosent og ein spesifisitet på 87 prosent. EPDS som måleinstrument bør vere påliteleg, og ein føresetnad for validitet er reliabilitet. Ein måte å kontrollere reliabiliteten i ein skala, er å måle den indre konsistensen mellom spørsmåla ved Chronbach`s alfa. Chronbach`s alfa bør vere over .70 (Pallant, 2013). Reliabiliteten kan variere med utvalet, og er difor viktig å sjekke på alle måletidspunkt. I tabell I visast Chronbach`s alfa for EPDS på dei ulike måletidspunkta og utvala som inngår i analysane.

Tabell I. Intern konsistens målt ved Chronbach`s alfa på EPDS subskala ved måletidspunkt før (t1 og t5) og etter (t7 og t8) fødsel.

Måletidspunkt	t1		t5		t7		t8	
	n	Chrb`s alfa	n	Chrb`s alfa	n	Chrb`s alfa	n	Chrb`s alfa
JordmorHeim	64	.81	58	.83	62	.69	62	.71
Ordinær Ulset	95	.73	85	.84	87	.79	83	.85
Ordinær Straume	17	.65	13	.81	17	.53	16	.26

Den indre konsistensen for dei ulike utvala er akseptabel med unntak av ordinær oppfølging Straume etter fødsel (t7 og t8).

### *Livsstress*

Parenting Stress Index (PSI) er eit instrument der det primære målet er å identifisere foreldre som er under stress og i risiko for å utvikle dysfunksjonell foreldreåtfærd. Livsstress (LS) (vedlegg 2) er ein delskala av PSI, og omhandlar spørsmål omkring eksterne stressorar (Abidin, 1995). Den norske oversetninga av John A Rønningen, er basert på tredjeutgåva av PSI (Kornør & Martinussen, 2011). Heile PSI består av 123 spørsmål og delskalaen LS av 21 spørsmål (102-123), og er svart på ved fyrste konsultasjonen i graviditeten. Spørsmåla dekker forhold som skilsmisse, død i nære relasjonar, jobbforhold, økonomi, rus i nære relasjonar og kronisk og/eller alvorleg sjukdom. Svaralternativa er dikotome (ja/nei), der det enkelte spørsmål er vekta ulikt i kategorien. ”Ja” har verdien 2-8 og ”nei” har verdien 0. Spørsmålet er utforma slik; ”Har noen av de følgende hendelsene forekommet i familien i løpet av de siste 12

måneder (ja/nei)". Svaralternativa er både (antatt) positive og negative stressorar, og døme er "begynt i ny jobb", "skilsmisse" og "nær venn av familien er død". Ein skår på over 16 indikerer at den som fyller ut skjemaet kan ha behov for oppfølging (Abidin, 1995).

Variabelen livsstress er brukt både som kontinuerleg og kategorisk, for å sjå tal på respondentar under og over cut-off.

### **3.5 Statistiske analyser**

Denne oppgåva har nytta SPSS versjon 21 for alle statistiske analyser. Datafil er tilsendt frå LIN-studien sentralt, og berre utvalde variablar frå dei to inkluderte helsestasjonane er tilgjengelig i denne oppgåva. Datafil er sjekka for feil og missing verdiar, og der det var mogleg, supplerte forskingsassistenten i LIN-studien ved Straume helsestasjon missing data på type fødsel ved denne helsestasjonen.

#### **3.5.1 Grunnleggjande føresetnader**

For samanlikning av grupper er det ifølgje Pallant (2013) nokre generelle føresetnader som ligg til grunn. Den fyrste er tilfeldig utval frå ein populasjon, den andre er målenivå, den tredje er uavhengige observasjonar, og den siste er at variansen i gruppene er antatt lik. I det følgjande vil det fyrst bli gjort greie for dei generelle føresetnadane, deretter dei spesielle som ligg til grunn for analyser nytta i denne studien.

Eit tilfeldig utval er at respondentane er tilfeldig utvalde til å representere ein populasjon. Deltakarar i LIN-studien har takka ja til å delta, det vil seie at utvalet ikkje er tilfeldig, men basert på frivillig deltaking. Den andre føresetnaden er målenivå. Høgast mogleg målenivå, det vil seie kontinuerlege variablar, er å føretrekke for å kunne nytte dei mest robuste og avanserte statistiske analysane som parametriske analysar. Normalfordeling er ein av føresetnadane for bruk av parametriske testar (Polit & Beck, 2012), men i eit utval med menneske som respondentar eksisterer ikkje ein perfekt normalfordelt fordeling. Ein viss grad av skeivhet, toppar eller avflating av kurva er akseptert (Pallant, 2013). Den tredje føresetnaden er at observasjonane er uavhengige. Det vil seie at ein observasjon ikkje må vere påverka av ein annan. Det kan skje dersom

data er innhenta i ei gruppe, eller respondentane har ein eller annan kontakt med kvarandre (Aarø, 2007). I denne studien har kvar enkelt svart på spørjeskjema via e-post eller på konsultasjon på helsestasjonen. Den siste føresetnaden er varianshomogenitet, det vil seie at gruppene er forholdsvis like. Ein måte å kontrollere dette på, er Levene`s test, som er automatisk utført i SPSS. Ved t-test er der eit alternativt signifikansnivå dersom denne føresetnaden er broten (Pallant, 2013).

Handtering av missing data kan gjerast både ved å ekskludere data pairwise eller listwise. Fordelen med pairwise missing er å oppretthalde eit størst mogleg utval, da listwise missing slettar alle svar den respondenten har gitt, medan pairwise tar med data frå det enkelte måletidspunkt (Roth, 1994). Valet i denne oppgåva er pairwise missing i analyser som samanliknar grupper, og listwise missing i korrelasjonsanalyser. Dette for å sikre same respondentar ved eksplorering av samanhengar.

#### *Føresetnader ved kji-kvadrat analyser*

For amming, som er ein kategorisk variabel, er kji-kvadrat test nytta for å teste samanhengar. Pearson kji-kvadrat er sensitiv for små utval då ein føresetnad er at det er minimum fem respondentar per kategori i minst 80 prosent av cellene (Aalen & Frigessi, 2006). Ved brot på denne føresetnaden, bør Kji-kvadrat likelihood ratio nyttast (McHugh (2013)). I denne oppgåva er det særskilt analysane som omhandlar amming og livsstress som har færre respondentar enn anbefalt, og der kji-kvadrat likelihood-verdien vil bli rapportert. Faren for type-1 og type-2 feil aukar ved bruk av denne testen, og det kan vere riktig å ta med styrken på samanhengen ved eit signifikant resultat (McHugh, 2013).

#### *Føresetnader ved parametriske analyser*

Variablane som måler barseldepresjon (EPDS) og livsstress er kontinuerlige, og parametriske testar som t-test og para t-test er brukt. Førebuande deskriptive analyser er gjort for å sjekke normalfordeling på kontinuerlege variablar (tabell II, III og IV).

Tabell II. Normalfordeling av kontinuerlege variablar i JordmorHeim

<b>JordmorHeim</b>							
<b>Kontinuerleg variabel</b>	<b>n</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>Skewness</b>		<b>Kurtosis</b>	
				<b>verdi</b>	<b>SE</b>	<b>verdi</b>	<b>SE</b>
Livsstress t1	64	0	41	1.62	.30	3.33	.59
EPDS t1	64	0	19	1.53	.30	3.23	.59
EPDS t5	58	0	14	.88	.31	.51	.62
EPDS t7	62	0	11	.72	.30	-.10	.60
EPDS t8	62	0	12	1.02	.30	.95	.60

Tabell III. Normalfordeling av kontinuerlege variablar i ordinær oppfølging Ulset

<b>Ordinær oppfølging Ulset</b>							
<b>Kontinuerleg variabel</b>	<b>n</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>Skewness</b>		<b>Kurtosis</b>	
				<b>verdi</b>	<b>SE</b>	<b>verdi</b>	<b>SE</b>
Livsstress t1	95	0	32	1.66	.25	3.71	.49
EPDS t1	95	0	13	.84	.25	-.00	.49
EPDS t5	85	0	19	1.10	.26	1.50	.52
EPDS t7	87	0	12	.83	.26	-.29	.51
EPDS t8	83	0	23	2.46	.26	10.19	.52

I gruppa ordinær oppfølging Straume er der i tabell IV bare tatt med måletidspunkta før fødsel grunna låg intern konsistens etter fødsel.

Tabell IV. Normalfordeling av kontinuerlige variablar i ordinær oppfølging Straume

Ordinær oppfølging Straume							
Kontinuerleg variabel	n	min	max	Skewness		Kurtosis	
				verdi	SE	verdi	SE
Livsstress t1	17	0	12	.39	.55	-1.38	1.06
EPDS t1	17	0	9	.24	.55	-1.45	1.06
EPDS t5	13	0	15	1.47	.62	3.56	1.19

Alle variablane viser positiv skewness, som betyr ei forskyving av normalfordelingskurva mot venstre; det er fleire som har respondert mot 0 (låg skår på livsstress og EPDS). Det største utslaget er på EPDS t8 i ordinær oppfølging, med skewness på 2.46 og kurtosis på 10.19. Enkelt scatterplot viser at det er ein respondent som påverkar fordelinga. Denne respondenten vart fjerna for å kunne oppnå ei tilfredstillande normalfordeling. Etter å ha fjerna denne respondenten frå analysen EPDS t8 i ordinær oppfølging Ulset, er skewness redusert til 1.05 og kurtosis redusert til .85. Ved vidare analysar som omhandlar EPDS t8, vil denne respondenten vere ekskludert.

Så lenge normalfordelingskurva ikkje er alvorleg krenka, er risikoen for å feilaktig avvise nullhypotesen, såkalla type 1-feil, minimal (Nimon, 2012). Den andre typen feilslutning er å feilaktig godta nullhypotesen, type 2-feil. Ved å kontrollere for den eine, aukar sjansen for at den andre type feil oppstår (Pallant, 2013).

### 3.5.2 Analyser mellom gruppene etter fødsel

På bakgrunn av lite utval (n=17), uklår ekskludering og svak intern konsistens på EPDS etter fødsel i ordinær oppfølging Straume, vil hovudanalysar vere mellom JordmorHeim og ordinær oppfølging Ulset. I tabell V er ein oppsummering av kva for grupper som inngår på dei ulike måletidspunkta.

Tabell V. Analysar før fødsel (t1, t5, t6) og etter fødsel (t7, t8).

	<b>t1, t5 og t6</b>	<b>Analysar t7 og t8</b>	
	Samanlikning før fødsel	Amming	EPDS etter fødsel
JordmorHeim og ordinær Ulset	x	x	x
JordmorHeim og ordinær Straume	x	-	-

### 3.6 Etiske omsyn

LIN-studien er støtta av Norges forskningsråd, og godkjent av regional etisk komité (REK Sør-Øst). Ein informasjonsbrosjyre vart utlevert til alle familiane på ein av dei fyrste svangerskaps konsultasjonane hos jordmor, og her ble det framheva at deltaking i studien var frivillig og at deltakarane når som helst kunne trekke seg frå studien utan grunn. Mødrer som ynskte å delta, signerte på ei eiga samtykkeerklæring som vart utvikla for studien, og mor samtykka på vegne av spedbarnet, jamfør kapittel 3, paragraf 17 i helseforskningsloven om samtykkekompetanse når det gjeld barn (Helseforskningsloven, 2008). Familiane som deltok fekk eit unikt id-nr, og dette nummeret vart nytta ved alle analyser av data, inkludert data som inngår i denne oppgåva. Datafil vil bli returnert til LIN-studien etter bruk.

Dersom studien avdekka forhold hjå foreldre eller barn som trong tilsyn, tilvising eller behandling, var det eigne oppfølgingskriterie for det. Til dømes gjaldt det dersom EPDS avdekka at mor trong ekstra oppfølging av anten jordmor, helsesøster og/eller fastlege.

Underteikna har hatt ei sentral rolle i utforming av prosjektet JordmorHeim. Forutan at prosjektet er ei god inspirasjonskjelde for skriving av denne oppgåva, er det viktig å vise seg varsam ved tolking av resultat, samt vere medviten om kva for analyser som ligg til grunn for resultata. Etiske refleksjonar kring eigen rolle er ekstra viktig, når banda til det ein undersøker er tett, som i dette tilfellet.

## 4 Resultat

### 4.1 Analyser før fødsel

Gruppene vart samanlikna og testa for homogenitet ved tre måletidspunkt; svangerskapsveke 16 (t1), svangerskapsveke 36 (t5), og fødsel (t6). Dette vart gjort for å undersøke om det var systematiske forskjellar mellom gruppene før dei ulike typane for barsleoppfølging vart satt inn (tabell VI).

Tabell VI. Samanlikning av JordmorHeim og ordinær oppfølging Ulset, før og under fødsel.

Variablar før og under fødsel		JordmorHeim		Ordinær Ulset		p-verdi
		n	mean/kategori	n	mean/kategori	
Mors alder	t1	64	29.31	95	28.86	.52
Sivil status <sup>2</sup>	t1	64	28/34/1/1	95	39/54/1/1	.96
Utdanning <sup>3</sup>	t1	64	20/24/20	95	29/36/30	.99
Tal på barn frå før	t1	64	.78	95	.79	.95
Etnisk minoritet (nei/ja)	t1	64	61/3	95	90/5	.99
Livsstress	t1	64	8.03	95	6.42	.21
EPDS	t1	64	4.59	95	4.11	.37
EPDS	t5	58	4.45	85	4.54	.88
Røyk/snus (nei/ja)	t5	58	53/5	85	84/1	.04*
Medikamentbruk (nei/ja)	t5	58	41/17	85	74/11	.01*
Fødsel (normal/tang/vakum)	t6	64	60/2/2	95	82/5/8	.31
Kjønn (gutt/jente)	t6	64	31/33	95	45/50	.51
Apgar 5 min	t6	64	9.67	95	9.59	.56
Fødselsvekt	t6	64	3586	95	3702	.10
Fødselslengde	t6	62	50.84	95	50.92	.82
Hodeomkrets	t6	64	35.20	94	35.47	.26
Gestasjonsalder	t6	64	39.61	95	39.81	.31

\*p<0.05

<sup>3</sup> grunnskule eller vidaregåande/høgskule, universitet 3 år/høgskule, universitet 4 år eller meir



Avhengig av om variablane som vart undersøkt var kontinuerlege eller diskontinuerlig (kategoriske), vart det nytta parametriske (uavhengig t-test) og ikkje-parametriske (kji-kvadrat) testar. Resultata viser at det i svangerskapet var signifikant fleire i JordmorHeim som nytta snus/røyk og medikament samanlikna med gruppa som fekk ordinær oppfølging etter fødselen. Ein inspeksjon av type medikament i datamaterialet syner at det i hovudsak var middel mot allergi, antibiotika og i nokre høve vitamintilskot som vart ført opp. Ein respondent i JordmorHeim rapporterte bruk av psykofarmaka.

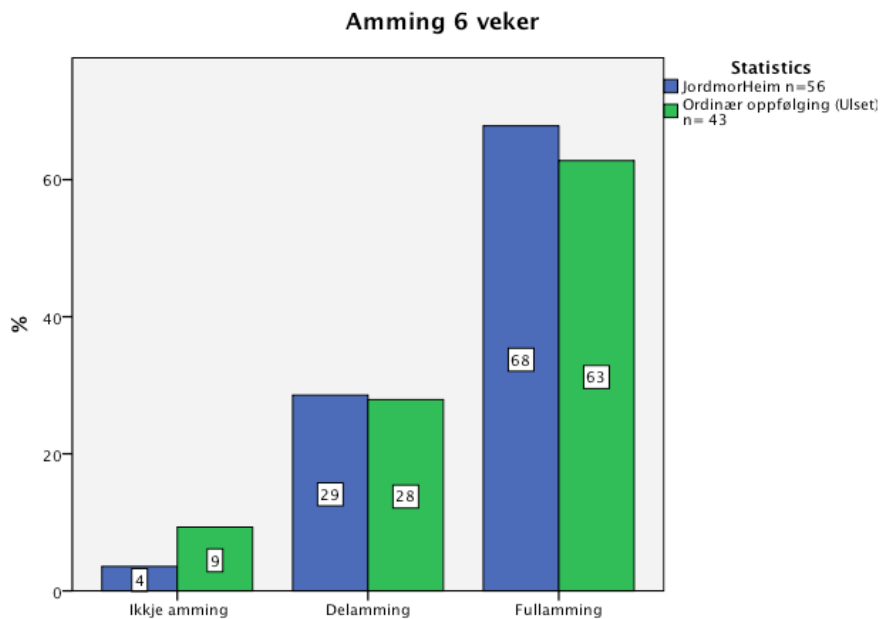
## 4.2 Amming

Kjikkvadrat test vart nytta for å undersøke om det var skilnader mellom JordmorHeim og ordinær oppfølging Ulset, med tanke på frekvensen av amming ved seks veker og seks månader etter fødsel. Ammevariabelen målt ved seks veker hadde ein stor andel missing, særleg i gruppa som fekk ordinær oppfølging (55 %). Andelen missing i JordmorHeim var 12.5 prosent ved seks veker. Tilsvarande var andelen missing ved seks månader 19 prosent i gruppa som fekk ordinær oppfølging Ulset, og seks prosent i JordmorHeim.

### *Samanlikning mellom JordmorHeim og ordinær oppfølging Ulset*

Figur 7 er ein visuell framstilling av krysstabellen mellom gruppene og variabelen amming (ikkje amming/delamming/fullamming) ved seks veker.

Figur 7. Prosentvis amming i Jordmorheim og ordinær oppfølging Ulset ved seks veker.



Kolonnane er visuelt relativt like, men viser prosentvis fleire som del- og fullammar i JordmorHeim (97%), enn i gruppa som har fått ordinær oppfølging (91%) ved seks veker. For å teste om det var signifikante skilnader mellom gruppene vart kji-kvadrat test nytta (tabell VII).

Tabell VII. Kji-kvadrat test mellom type oppfølging og amming ved seks veker

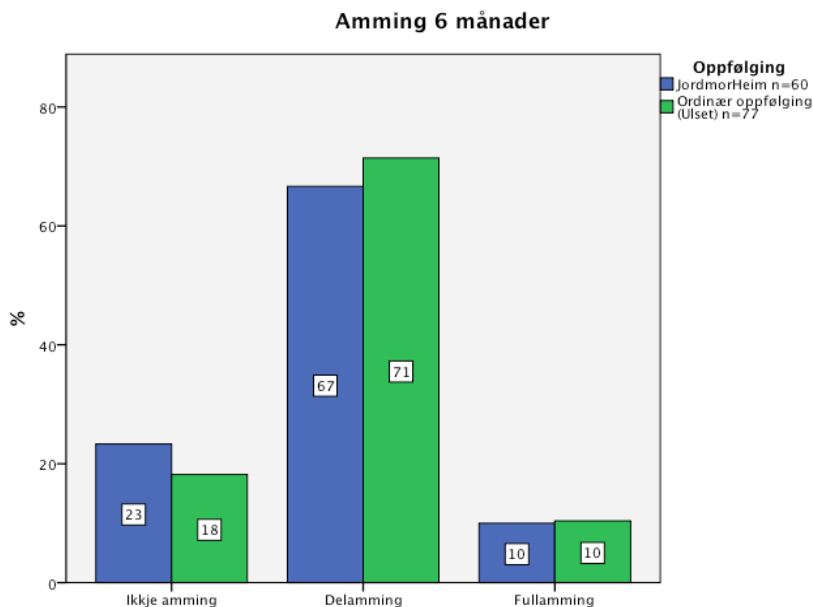
Oppfølging	Amming 6 veker				Cramer's V
	n	verdi	df	p-verdi	
JordmorHeim	56	1.41 <sup>1</sup>	2	.49	.12
Ordinær Ulset	43				

<sup>1</sup>Likelihood ratio

Resultatet viste at det ikkje var ein signifikant forskjell i amming mellom dei to gruppene med tanke på amming ved seks veker.

Tilsvarande analysar vart gjort for å samanlikne dei to gruppene ved seks månader (figur 8, tabell VIII).

Figur 8. Prosentvis amming i Jordmorheim og Ordinær oppfølging Ulset ved seks månader.



Ved seks månader var det prosentvis fleire i gruppa som fekk ordinær oppfølging som del- og fullamma (81%), samanlikna med gruppa som fekk JordmorHeim ( 77%). Samanlikning av gruppene ved kji-kvadrat test ( tabell VIII), viste at skilnaden ikkje var signifikant.

Tabell VIII. Kji-kvadrat test mellom amming og oppfølging ved seks månader.

Oppfølging	Amming 6 måneder				
	n	verdi	df	p-verdi <sup>1</sup>	Cramer's V
JordmorHeim	60	.55 <sup>1</sup>	2	.76	.06
Ordinær Ulset	77				

<sup>1</sup> Pearson Kji-kvadrat

### 4.3 Barseldepresjon

#### *Type oppfølging og barseldepresjon*

Uavhengig t-test er brukt for å vurdere ein eventuell samanheng mellom type barseloppfølging og depressive symptom hos mor etter fødselen. To målingar var utført etter fødsel; seks veker (t7) og seks månader (t8), mellom JordmorHeim og ordinær oppfølging Ulset (tabell IX).

Tabell IX. T-test for uavhengige grupper ved seks veker (t7) og seks månader (t8)

EPDS	JordmorHeim			Ordinær Ulset			Sig
	n	mean	SD	n	mean	SD	p
6 veker	62	3.35	2.57	87	3.74	3.38	.44
6 månader	62	2.94	2.65	82	3.09	2.86	.75

Hovudeffekten av å samanlikne dei to type oppfølgingane i forhold til EPDS-skår, var ikkje signifikant, korkje ved seks veker ( $t=-.78$ ,  $df=146$ ,  $p=.44$ ), eller seks månader ( $t=-.32$ ,  $df=142$ ,  $p=.75$ ).

I tabell X var det brukt para t-test for å sjå om det var skilnader mellom gruppene, når det gjeld endringar i gjennomsnittskåre på EPDS i frå seks veker til seks månader etter fødsel for kvar enkelt gruppe.

Tabell VI. EPDS. Para t-test seks veker (t7) og seks månader (t8) etter fødsel

Oppfølging	n	t7		t8		95% CI	r	p
		M	SD	M	SD			
JordmorHeim	61	3.38	2.59	2.87	2.61	-.07 – 1.08	.63***	.08
Ordinær Ulset	80	3.81	3.46	3.06	2.86	.16 – 1.34	.66***	.01*

\*  $p < .05$ .    \*\*  $p < .005$     \*\*\*  $p < .001$

Resultata viser at det var ein signifikant nedgang i gjennomsnittskår for EPDS frå seks veker til seks månader for mødrene som fekk ordinær oppfølging ( $t= 2.52$ ,  $df 79$ ,  $p=.01$ ). I JordmorHeim nærmar funnet seg signifikant ( $t=1.77$ ,  $df=60$ ,  $p=.08$ ).

#### 4.4 Sårbare familiar

For å undersøke om JordmorHeim fanga opp sårbare familiar, vart gruppene internt ved Straume helsestasjon samanlikna. Ordinær oppfølging Ulset, inkluderte alle familiane, medan Jordmorheim hadde særleg fokus på å fange opp dei mest sårbare familiane. Det er derfor i desse analysane meir naturleg å samanlikne JordmorHeim med ordinær oppfølging Straume. Ulset er tatt med som referansegruppe. Tabell XI viser samanlikning i svangerskapet mellom JordmorHeim og ordinær oppfølging Straume på utvalde variablar.

Tabell XI. Samanlikning av JordmorHeim og ordinær oppfølging Straume før fødsel.

Variablar før fødsel	JordmorHeim			Ordinær Straume		p-verdi
		n	mean/kategori	n	mean/kategori	
Mors alder	t1	64	29.31	17	30.53	.32
Sivil status <sup>1</sup>	t1	64	28/34/1/1	17	9/7/0/1	.59
Utdanning	t1	64	20/24/20	17	6/5/6	.83
Tal på barn frå før	t1	64	.78	17	1.35	.02*
Livsstress	t1	64	8.03	17	4.24	.08 <sup>(*)</sup>
EPDS	t1	64	4.59	17	4.29	.76
EPDS	t5	58	4.45	13	5.23	.47

\* p<.05, <sup>(\*)</sup> p<.10 <sup>1</sup> Likelihood ratio er brukt der det er <5 respondentar i 20 % av cellene

Samanlikninga viser at det var signifikant (p=.02) fleire fyrstegongsfødande i JordmorHeim, enn i ordinær oppfølging Straume. Vidare er det ein tilnærma signifikant forskjell i livsstress mellom gruppene, der fleire i JordmorHeim rapporterte auka livsstress i svangerskapet, samanlikna med ordinær oppfølging Straume ( p=.08). Dei andre parameterane viste ikkje signifikante skilnader internt mellom desse to gruppene. Vidare analyser vart utført for å eksplorere desse skilnadane. Ordinær oppfølging på Ulset vart tatt med som referansegruppe i denne samanheng. I tabell XII er den kontinuerlige variabelen transformert til ein dikotom variabel med cut-off på 16 (Abidin, 1995).

Tabell XII. Oversikt over mødrer som skåra over/under cut-off på livstress i svangerskapet

<b>Oppfølging</b>	<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>=&lt; 16 (n)</b>	<b>&gt;= 17 (n)</b>	<b>%</b>
JordmorHeim	64	8.03	54	10	15.6
Ordinær Straume	17	4.24	17	0	0
Ordinær Ulset	95	6.42	88	7	7.4

Resultatet viser at JordmorHeim fanga opp alle som skåra over 16 på livsstress i svangerskapet, samanlikna med ordinær oppfølging Straume, der ingen skåra over 16 på livsstress. Vidare analyser var gjort for å undersøke om det var signifikante skilnader mellom gruppene.

Tabell XIII. Kji-kvadrat test mellom type oppfølging og livstress (dikotom variabel)

<b>Oppfølging</b>	<b>n</b>	<b>df</b>	<b>p-verdi</b>	<b>Cramer's V</b>
JordmorHeim og ordinær Straume <sup>1</sup>	81	1	.024*	.19
JordmorHeim og ordinær Ulset <sup>2</sup>	159	1	.16	.13

\*p<.05

<sup>1</sup>Likelihood ratio

<sup>2</sup>Yates continuity correction

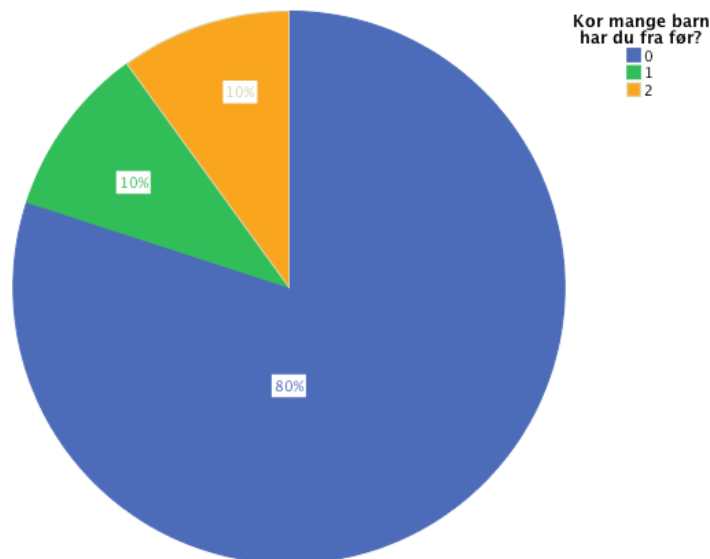
Resultatet viser at det var signifikant skilnad mellom JordmorHeim og ordinær oppfølging ved Straume helsestasjon. Ein slik skilnaden vart ikkje funne mellom JordmorHeim og ordinær oppfølging ved Ulset.

### *Livsstress og paritet*

I gruppene internt ved Straume helsestasjon var det signifikant fleire fyrstegongsfødande i JordmorHeim, enn i ordinær oppfølging Straume (tabell XI). Figur 9 viser kor mange med skår over 16 på livsstress, som var fyrstegongsfødande eller fleirgongsfødande i JordmorHeim.

Figur 9. Tal på barn og livsstress

Tal på barn og livsstress > 16 i JordmorHeim (n=10)



Figuren viser at åtte av ti som skåra høgt på livsstress var fyrstegongsfødande.

#### *Livsstress og korrelasjon med depresjon*

For å undersøke samanhengar mellom livsstress i svangerskapet og depressive symptom hos mor i svangerskapet og etter fødselen, va dette målt ved korrelasjonsanalyse i JordmorHeim gruppa, som viste signifikant fleire med høg skår på livsstress (tabell XIV).

Tabell XIV. Korrelasjon mellom EPDS og livsstress før og etter fødsel

Livsstress t1	EPDS		EPDS		EPDS		EPDS	
	n	t1	n	t5	n	t7	n	t8
<b>JordmorHeim</b>	64	.37**	58	.29*	62	.43**	62	.36**
<b>Ordinær Straume</b>	17	-.47 <sup>(*)</sup>	13	-.50				
<b>Ordinær Ulset</b>	95	.08	84	.12	87	.15	82	.26*

\*p<.05

\*\*p<.005

Resultatet viser positiv korrelasjon mellom livsstress og EPDS på alle måletidspunkta i JordmorHeim. Styrken på korrelasjonen er middels (Pallant, 2013). I ordinær

oppfølging Straume er det ikkje funne korrelasjon før fødsel, medan etter fødsel er ekskludert på grunn av dårlig intern konsistens. I ordinær oppfølging Ulset er det berre funne korrelasjon som er signifikant ved måletidspunktet ved seks månader.



## 5 Diskusjon

Hensikta i denne oppgåva var å sjå på eventuelle positive helsefremmande effektar av saumlaus oppfølging i tidleg barseltid. Oppgåva har samanlikna saumlaus oppfølging (JordmorHeim) med ordinær oppfølging, og sett på om dette kan ha betyding for amming og depressive symptom hos mor etter fødselen, samt om saumlaus oppfølging fangar opp sårbare familiar. Familiane som inngår i studien er rekruttert frå to ulike helsestasjonar i helseregion vest og inngår som ein del av datagrunnlaget i ein større longitudinell studie av tidleg utvikling hjå barn (LIN studien). Funna viste ingen skilnad mellom gruppene som fekk saumlaus oppfølging og ordinær oppfølging når det gjaldt amming, korkje ved seks veker eller seks månader etter fødselen. Det var heller ingen skilnader mellom gruppene med omsyn til nivå av depressive symptom hos mor seks veker og seks månader etter fødselen. Derimot var det ein skilnad mellom gruppene som hadde motteke saumlaus oppfølging og ordinær oppfølging innanfor same helsestasjon, når det gjaldt sjølvrapportert livstress i svangerskapet. Alle som skåra høgt på livstress (over terskelverdien) var blitt fanga opp og inkludert i gruppa som hadde teke imot saumlaus oppfølging.

### 5.1 Amming

Funna frå denne studien viste at gruppa som hadde motteke saumlaus oppfølging frå jordmor ikkje amma meir eller lengre enn dei som hadde motteke ordinær oppfølging etter fødselen. Retningslinene for barselomsorga (Helsedirektoratet, 2014b) seier at barnet skal ha ein vektkontroll to til fire døgn etter fødsel, og nyfødtscreening skal takast 48-72 timar etter fødsel. For mange med tidleg heimreise og ordinær oppfølging inneberer dette ei uroleg fyrste veke etter fødselen, med gjentekne kontrollar på barselpoliklinikk på sjukehuset. Særskilt gjeld det dei med lang reiseveg, eller som av ulike grunnar treng fleire oppfølgingstimar etter kvarandre, som ved heimreise innan 24 timar, gulsott, ammeproblem eller store vekttap. Born med store vekttap (over 10%) er spesielt utsett fyrste veka etter fødsel, før mor si mjølkeproduksjon er etablert. Reinnlegging, med til dels alvorlege konsekvensar for den nyfødde, kan vere resultatet av manglande etablering av amming (Tjora m fl., 2010). Tidlegare forskning som har samanlikna tidleg heimreise og oppfølging ved heimebesøk, med lengre liggetid på sjukehuset har funne at tidleg heimreise ikkje påverkar amming i negativ retning (Boulvain m fl., 2004; Sainz Bueno m fl., 2005). Blant anna amma mødrene som fekk

heimebesøk lenger (Sainz Bueno m fl., 2005) og dei hadde same ammeffrekvens (Boulvain m fl., 2004) som dei som hadde ligge lengre på sjukehuset. I begge studiane fann ein også at kvinner som hadde fått heimebesøk var meir fornøyd enn dei som hadde fått oppfølging frå sjukehuset. I tillegg hadde kvinnene i Sainz Bueno m fl. (2005) sin studie færre komplikasjonar i samband med amming. Sjølv om funna frå denne oppgåva ikkje er direkte samanliknbar med funna frå dei to studiane som er skissert over, så gjev det likevel eit bilete på oppfølging heime versus oppfølging frå sjukehuset. Uro over nedbygging av hospitalisert barselomsorg har mellom anna gått på om ein vil klare å oppretthalde same ammeffrekvens, og eit positivt funn i både denne oppgåva og dei omtalte studiane, er at ammeffrekvensen ikkje har gått ned, som ein konsekvens av tidleg heimreise.

Kvinner i både saumlaus og ordinær oppfølging rapporterte om høg ammeffrekvens ved seks veker og seks månader, noko som tyder på at ammeetablering har gått bra for dei fleste. Tala for JordmorHeim og ordinær oppfølging Ulset er respektive 97 og 91 prosent ved seks veker, og 81 og 84 prosent ved seks månader. Den høge ammeffrekvensen vert stadfesta av ei nasjonal kartlegging frå 2013 som syner ein gjennomsnittleg ammeffrekvens på 91 prosent ved seks veker og 71 prosent ved seks månader (Helsedirektoratet, 2014a). Ei tolking av den høge ammeffrekvensen i Jordmorheim ved seks veker, kan skyldast ei tettare saumlaus oppfølging ved heimebesøk av jordmor og helsesøster. Resultata i denne oppgåva harmonerer såleis med funn frå studiane omtalt over, som har funne høgare eller same ammeffrekvens ved tidleg heimreise og oppfølging heime, i staden for på sjukehus (Boulvain m fl., 2004; Sainz Bueno m fl., 2005). Heimebesøksordning som JordmorHeim er i denne studien ikkje ein avgjerande faktor med tanke på ammeetablering. Spørsmål ein kan stille seg er kva for verdi saumlaus oppfølging gjev i forhold til å etablere og oppretthalde amming, dersom det ikkje er skilnad mellom dei som får heimebesøk kontra dei som har konsultasjonar på sjukehuset sin barselpoliklinikk. Dersom ein berre tar eit overblikk over førekomst av amming, kan det sjå ut til at tiltaket ikkje er avgjerande for høg ammeffrekvens.

Sjølv om det ikkje er skilnader mellom gruppene i forhold til ammeffrekvens, er der andre aspekt ved amming som må takast omsyn til. Ein norsk studie viser til at ro og kvile i barseltida er viktig for ammeetablering, spesielt for kvinner som har hatt

langvarige fødsler (Eberhard-Gran, Eskild, Opjordsmoen & Schei, 2000). Studien fokuserte på rooming-in, som er at mor har babyen inne hos seg frå fødselen av, noko som for alvor vart etablert på barselavdelingane i Norge på 80-talet (Helsing & Klernes, 1985). Utfordringa med rooming-in er nok kvile og søvn, i det fleire kvinner og babyar ofte ligg på same rom på sjukehuset. I ein kvalitativ studie frå Australia fann ein at kvinner med tidleg heimreise rapporterte om større emosjonell tryggleik, samanlikna med dei som hadde motteke oppfølging på sjukehuset (Lock & Gibb, 2003). Kvinnene i studien la stor vekt på ro, kjende omgjevnader og at jordmor var tilstade berre for ho på heimebesøket. I motsetnad opplevde dei sjukehuset som ein trygg stad med tanke på tilgang til medisinsk ekspertise. Ein kan tenke seg at for kvinner som får JordmorHeim, vil det kunne vere med å forsterke ro og kvile i eit kjend miljø, fordi dei slepp tilbake til poliklinikk på sjukehuset og har tilgang på hjelp ved avtalte heimebesøk og telefontilgang til jordmor. På den måten kan det å vere heime i tidleg barseltid vere eit helsefremmande aspekt, ved at det kan vere positivt for kvaliteten på ammesituasjonen, og dermed motivere til vidare amming.

I ein norsk studie var mødrer intervjuet med tanke på handtering av den nyfødde fyrste veka etter fødsel. Alle dei inkluderte høyrde til sjukehus med tidleg utskrivning og barselpoliklinisk oppfølging fyrste veka etter fødsel. Det som gjekk igjen, var ei oppleving av manglande støtte til amming og at kvinnene uttrykte at dei kjende seg sårbar og "hormonelle". Konklusjonen til forfattarane var at det mangla eit saumlaust system som fangar opp familiane etter fødsel, og at synet på barselkvinna som "frisk", står i vegen for adekvat barselomsorg (Hjälmhult & Lomborg, 2012). JordmorHeim si styrke er det saumlause aspektet, der familiane skal føle seg teke i vare heilt frå graviditeten av, og ikkje minst at helsesøstrene får den informasjonen som er naudsynt for at adekvat ammerettleiing kan få ein god start. Andre studiar har også vist at det er ein samanheng mellom amming og barseldepresjon (Akman m fl., 2008; Watkins m fl., 2011). Sjølv om retninga på samanhengen er uklar, så viser forskinga at kvinner med negative ammeerfaringar fyrste veka etter fødsel, hadde større fare for depresjon to månader etter fødsel (Watkins m fl., 2011). JordmorHeim tilbyr ein kombinasjon av praktisk støtte til amming og kunnskap om endringar som kan oppstå i kropp og sinn i barseltida. Kombinert med at tiltaket utførast i eigen heim kan ein tenke seg at det kan utgjere ein skilnad i forhold til korleis informasjon og støtte vert teke imot.

Håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet er dei tre kjerneomgrepa som utgjer opplevelse av samanheng (SOC). Ifølge Antonovsky (2000) er det dei fysiske, kognitive, sosiale og psykologiske motstandsressursane den enkelte har som er avgjerande for ein sterk eller svak SOC, og dermed også bestemmende for korleis ein responderer på stress. For mange er etablering av amming ei stressande hending, og tilgang på støtte i denne fasen kan for nokon vere avgjerande for ein vellykka start på amming. Ein studie frå Israel fann at barselkvinner har forbigåande kognitiv svikt fyrste dagane etter ein barnefødsel. Spesielt gjeld det korttidshukommelse (Eidelman, Hoffmann & Kaitz, 1993). Kjende omgjevnader (heime) som opplevast som trygge, kan i ein slik samanheng vere med på å minske forstyrrande element, som eit framand sjukehusmiljø, og ein kan tenke seg at personar som ikkje opplever situasjonen med eit spedbarn som handterbar og forståeleg, lettare vil kunne vere mottakeleg for ammerettleiing om det skjer i trygge omgjevnader. Den høge ammeprosenten ved seks veker i JordmorHeim (97%) kan tyde på at det har vore gunstig med ammeetablering heime.

Sjølv om funna frå denne studien ikkje viste at gruppa som hadde motteke saumlaus oppfølging i større grad amma etter fødselen samanlikna med gruppa som hadde motteke ordinær oppfølging, så viste funna at dei fleste mødrene i denne studia anten del-eller fullamma etter fødselen, og at tala for begge gruppene var på nivå med eller over nasjonale nivå når det gjaldt forekomsten av amming. Samanlikna med andre land ligg Norge svært høgt i forhold til andelen kvinner som ammar etter fødselen. Det er difor mogleg at det skal meir til enn saumlaus oppfølging frå jordmor etter fødselen for å auke andelen kvinner som ammar i Norge.

## 5.2 Barseledepresjon

I denne oppgåva vart det heller ikkje funne ein forskjell mellom gruppa som hadde motteke saumlaus oppfølging frå jordmor og dei som hadde motteke ordinær oppfølging, når det gjaldt depressive symptom hos mor etter fødselen. Tidligare forskning har samanlikna tidleg heimreise der oppfølging frå jordmor/sjukepleiar er utført ved heimebesøk, med lengre liggetid på sjukehuset, og funne at kvinner med tidleg heimreise ikkje hadde eit høgare nivå av depressive plager etter fødselen samanlikna med dei som hadde ligge lengre på sjukehuset (Boulvain m fl., 2004; Sainz

Bueno m fl., 2005). Konklusjonen frå desse studiane var at det var «trygt» med tidleg heimreise. Sjølv om denne oppgåva ikkje har samanlikna forsterka jordmoroppfølging med forlenga sjukehusopphald, så viser funna at kvinnene som hadde motteke ordinær oppfølging og som måtte tilbake på sjukehuset den første tida etter fødselen ikkje hadde meir depressive symptom enn dei kvinnene som hadde motteke saumlaus oppfølging heime i same periode. Dette funnet kan tyde på at tidleg heimreise er «trygt» i begge tilfelle og at saumlaus oppfølging ikkje påverkar i kva for grad mor utviklar depressive symptom i perioden etter fødselen eller ikkje.

Å måle barseldepresjon seks veker etter fødsel er eit mål på mor si psykiske helse. Det er ikkje synonymt med at denne gruppa ikkje har hatt nytte av saumlaus heimebesøksordning. Innan seks veker har familien fått tid til å bli kjend med barnet sitt og tolke dei ulike signala spedbarn gir. Rutinar på matning, søvn og våken tid er betre etablert, og barnet byrjar gradvis å søke meir direkte kontakt med foreldra (Harwood, Harwood & McLean, 2007). Ein studie frå Australia undersøkte fyrstegongsforeldre sine forventningar i graviditeten og dei faktiske opplevingane etter at dei hadde fått barn, fire månader etter fødsel. Dei fann at dei fleste med positive forventningar hadde like gode eller betre opplevingar når barnet var født. Ein svakhet forfattarane påpeikte var tidspunktet for undersøkinga etter fødsel. Fleire hadde svart at på gjeldande tidspunkt (fire månader etter fødsel) var det å vere forelder like bra eller betre enn forventa, men at diskrepansen mellom forventning og dei faktiske erfaringane var meir negative i tida like etter fødsel (Harwood m fl., 2007). Fyrste tidspunkt for EPDS-screening etter fødsel, er som regel fire til seks veker etter fødsel (Gavin m fl., 2005). I ein artikkel av Howard og Bick (2010) set dei lys på tidspunkt for EPDS-screening og konkluderer med at det ser ut til at tidspunkta seks veker, tre månader og seks månader er mest brukt fordi det fell saman med rutinekontrollar på helsestasjonen. Tidspunkta er praktiske men ikkje nødvendigvis dei rette tidspunkta. I denne studien kan ein tenke seg at dersom ein hadde målt ved eit tidlegare tidspunkt, kunne det gjeve større skilnader mellom gruppene. På den andre sida er den fyrste tida etter ein barnefødsel ein hormonell berg- og dalbane i tillegg til innkjøring av nye og krevjande rutinar, som kan vere med på å problematisere normale svingingar til patologiske svingingar (Eberhard-Gran m fl., 2014a). Sett i det lyset kan det i tidleg barseltid vere meir nyttig å undersøke faktorar som forskning har belyst som prediktorar for barseldepresjon, som sosial og

praktisk støtte (Milgrom m fl., 2008), låg SOC (Ngai & Ngu, 2015) og negative livshendingar (Robertson m fl., 2004).

Ein studie frå Storbritannia synte signifikant lågare depresjonsskår i gruppa som fekk tilpassa heimebesøk av jordmor etter fødsel. Intervensjonen i dette tilfellet var differensiering av oppfølginga med identifisering og ekstra oppfølging av sårbare kvinner, for på den måten å førebygge, eller fremme helse, hjå familiarne (MacArthur m fl., 2002). Systemet i England, som det er referert til i denne studien, inkluderer heimebesøk av jordmor etter fødsel, i relativt mange veker (seks veker) i både intervensjon- og kontrollgruppa. Skilnaden var opplæring og ekstra fokus på sårbare kvinner i forhold til utvikling av depresjon. I JordmorHeim er den type differensiering ikkje satt i system, men aktualiserast på bakgrunn av den enkelte jordmor/helsesøster si vurdering av tettare oppfølging. Ein evalueringsrapport av JordmorHeim frå 2012, viser at tal på heimebesøk varierte frå eitt til fem besøk, noko som kan tyde på differensiering av oppfølginga (Granheim & Forstrøm, 2012).

Resultata i denne oppgåva viser ei nedgang i depresjonsskår frå seks veker til seks månader i begge gruppene. Ser ein på den kliniske relevansen er gjennomsnitt frå seks veker til seks månader beskjeden i begge gruppene, med nedgang på 0.3-0.4 i poengskår. Funna i denne oppgåva tyder på at type oppfølging ikkje har påverka depressive symptom hjå mor frå seks veker til seks månader. Eit aspekt kan vere at intervensjonen ikkje er designa for å behandle depressive plager, men har meir eit element av formell støtte. Samstundes er det verdt å merke seg at utvalet i JordmorHeim hadde fleire kvinner som skåra høgare på livsstress samt ein sterkare korrelasjon mellom EPDS og livsstress enn ordinær oppfølging Ulset. Fleire studiar har funne samanhengar mellom stressfulle livshendingar og depresjon etter fødsel (Milgrom m fl., 2008; Robertson m fl., 2004). Eit resonnement kan vere at depresjonsskåren i JordmorHeim kunne vore høgare dersom denne gruppa ikkje hadde fått saumlaus oppfølging etter fødsel, då utvalet er meir sårbart for utvikling av depressive symptom, fordi det var fleire i denne gruppa med store livsbelastningar.

Sjølv om funna i denne studien ikkje viser skilnader på førekomst av depressive symptom mellom helsestasjonane etter fødsel, har dei sårbare kvinnene, som har rapportert høg grad av livsstress vorten fanga opp. Det kan sjå ut til at det er gunstig

med ei særskild satsing på sårbare kvinner i tillegg til ei saumlaus oppfølging som JordmorHeim. Av studiane som er inkludert i denne oppgåva, er det berre kombinasjonen av heimebesøk og målretta innsats mot sårbare familiar som har vist nedgang i depresjonsskår (MacArthur m fl., 2002). Det kan tale til JordmorHeim sin fordel at dei har fanga opp alle som har rapportert høgt skår på livsstress, og på den måten ha bidrege til tettare oppfølging og moglegvis forhindra vidare utvikling av depresjon.

### 5.3 Sårbare familiar

Funna frå denne oppgåva tyder på at JordmorHeim fangar opp sårbare familiar, i det det var fleire i JordmorHeim gruppa som skåra over cut-off på livsstress i svangerskapet, samanlikna med dei som fekk ordinær oppfølging frå same helsestasjon. I denne analysen var kvinnene som inngjekk i JordmorHeim, samanlikna med både kvinnene som fekk ordinær oppfølging frå same helsestasjon og kvinnene som fekk ordinær oppfølging Ulset, og funna viste at det berre var ein forskjell internt på same helsestasjon. I følgje Abidin (1995), bør familiar med skår over cut-off på livsstress få ekstra oppfølging, då negative livshendingar kan påverke evne og overskot til å vere forelder. At berre Jordmorheim gruppa har skår over terskelverdien, kan ha samanheng med at kvinner som er identifisert som sårbare i graviditeten, vart spesielt oppmoda om å ta imot tilbodet. Det er verdt å merke seg at det ikkje er ein systematisk undersøking av sårbarhet, men ein vurdering av den enkelte jordmor. Også på barselavdelinga på sjukehuset er det fokus på oppfølging etter heimkomst, då spesielt på fyrstegongsfødande. Evaluering av prosjektet syner at JordmorHeim er godt kjent blant tilsette på barselavdelinga (Granheim & Forstrøm, 2012).

Ein epidemiologisk studie frå Canada undersøkte gravide kvinner i forhold til stressfulle livshendingar (livsstress) og opplevd stress (Kingston m fl., 2012). Dei fann at berre 30 prosent som skåra over terskelverdien for livsstress også rapporterte opplevd stress. Det er et interessant poeng som kan sjåast i samanheng med kor godt den enkelte mestrer stress. I salutogenesen er høg grad av motstandsressursar, samt høg SOC, sett i samanheng med betre mestrings av stress (Antonovsky, 2000). Det kan bety at sjølv om der var fleire i JordmorHeim som skåra over terskelverdien er det ikkje dermed stadfesta at dei treng ekstra oppfølging. På den andre sida synta resultatata at det berre var

i JordmorHeim ein fann samanheng mellom depresjon og livsstress ved seks veker og seks månader etter fødsel, som igjen kan tyde på at denne gruppa er sårbar for utvikling av depressive symptom.

I modellen ”model of care”, inngår ”care for women”, som visar til at barnet er avhengig av at omsorgsgjevar har tilstrekkeleg støtte for å kunne gje god støtte og omsorg til barnet. Grunnleggande for barnet si helse er mellom anna ammerettleiing og psykososial støtte til mor (Engle m fl., 1997). Antonovsky (1979) omtalar sosial støtte som ein av dei viktigaste ressursane. Støtte frå partner og andre nære er sett på som ein buffer mot depresjon, og verkar positivt inn på evna til å handtere livsstress (Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985). Støtte frå partner og andre nære er rekna som uformell støtte, medan støtte og oppfølging frå helsepersonell er rekna som formell støtte (Cohen & Wills, 1985; Leahy Warren, 2012). Eit sterkt familie- og vennenettverk verkar førebyggjande på depresjon og uheldige fødselsutfall, som dysmaturitet og prematur fødsel (Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985). Kvinner som har god tilgang på uformell støtte som familie og venner, har også lettare tilgang til formell støtte, då eige initiativ for hjelp er større (Cohen & Wills, 1985). Resultata i denne studien, tyder på at JordmorHeim har fanga alle med høg skår på livsstress ved Straume helsestasjon. Det kan vere uttrykk for at familiar som er i ein sårbar livssituasjon, søker til eit slikt tiltak, blant anna fordi dei vart oppmoda om å ta i mot ekstra oppfølging allereie i svangerskapet. I prosjektmodellen JordmorHeim omhandlar ikkje inklusjonskriteriene mental helse eller sårbarhet. Det kan vere ein faktor at denne oppfølginga ikkje selekterer i forhold til psykisk helse/sårbarhet, og at familieane på den måten såg på det som ikkje-stigmatiserande å ta imot tilbodet.

I JordmorHeim finn ein sterkare samanheng mellom livsstress og høg EPDS skår ved seks veker, enn ved seks månader. Det kan vere fleire årsaker til det, og den mest openbare er nærleik i tid. Livsstress var målt ved den fyrste konsultasjonen i svangerskapet. Den siste målinga på EPDS er gjort om lag eit år seinare. Det er naturleg å tenke at mykje kan ha skjedd på den tida, og at stressorar kan ha funne si løysing. Eit anna aspekt er at graviditet og den fyrste tida etter fødsel er meir sårbar for mor (Eberhard-Gran & Slinning, 2007), og naturleg vil også stressande hendingar eller situasjonar vere meir belastande i ei fase med eit nyfødt spedbarn. Desse funna samsvarar med andre studiar, som har funne samanhengar mellom livsstress (adverse



life events) og barseldepresjon (Goecke m fl., 2012; Milgrom m fl., 2008). Med Antonovsky (2000) sin teori om oppleving av samanheng (SOC), kan ein tenke seg at dei med høg grad av ressursar, lettare vil kunne takle stressande livshendingar. Ein kan spekulere i om samanhengen mellom livsstress og depresjon skyldast ein lågare SOC, eller om det er ein konsekvens av at livsbelastningane er blitt så store at det også påverkar grad av depressive symptom, ein samanheng som kan vere interessant å utforske med tanke på kven som kan ha nytte av tettare oppfølging. Denne studien tyder på at dei som rapporterer høgt livsstress, er blitt fanga opp og inkludert i saumlaus oppfølging. For desse familiane kan JordmorHeim være eit særskilt viktig tilbod, ikkje minst fordi helsesøster som skal følgje familien over tid, også vert informert om familien sin livssituasjon.

Eit anna aspekt er at nedbygginga av barselomsorga, parallelt med endra familiestruktur, der mannen erstattar bestemor eller andre kvinner, kan føre til eit auka behov for støtte og rettleiing av profesjonelle. Barselomsorg blir i det perspektivet ikkje berre eit profesjonelt bidrag, men erstattar også i stor grad eit kvinnefellesskap som tradisjonelt har vore viktig ved barnefødsler (Eberhard-Gran m fl., 2003). Som tidlegare nemnt er ro og kvile viktig for kvinnene i den fyrste tida (Hjälmhult & Lomborg, 2012), og det har i eit historisk lys vore eit av dei viktigaste bidraga familien har gitt barselkvinna (Eberhard-Gran m fl., 2003). For kvinner med auka livsbelastningar, kan ein tenke seg at eit system med heimebesøk der ein slepp å reise fram og tilbake til sjukehuset ikkje berre gjev gevinst i form av ro og kvile, men også mindre emosjonelt stress fordi omgjevnadane er kjende og trygge for dei fleste. Mange barselkvinner vil i saumlaus oppfølging, i motsetnad til ordinær oppfølging, treffe kjent jordmor frå svangerskapskonsultasjonane i barseltida. Det kan, i dei fleste tilfelle, vere positivt og trygt for familien, og på den måten lettare føre til ei differensiert omsorg dersom styrker og utfordringar er kjende for begge partar.

Overgangsfasar i livet er karakterisert ved store omveltingar og nyorientering. Å bli forelder for fyrste gong er ei slik hending, og er ein sårbarhet i seg sjølv (Harwood m fl., 2007). Ein av skilnadane i utvala ved Straume helsestasjon var tal på barn. Det var fleire som fekk barn for fyrste gong i JordmorHeim, enn i ordinær oppfølging på Straume. JordmorHeim og ordinær oppfølging Ulset hadde om lag det same snittet (0.7 barn), medan det i ordinær oppfølging Straume var fleire fleirgongsfødande (1.35 barn).

Av dei med høg skår på livsstress, var åtte av ti fyrstegongsfødande i JordmorHeim, og ein kan tenke at denne gruppa er meir sårbar for stressorar som kjem i tillegg til overgangen med å få eit barn. Mangel på søvn, endra livsstil og nytt og stort ansvar, i tillegg til å tolke kva eit spedbarns behov er, er nokre av utfordringane (Leahy Warren, 2012). Ein av forklaringane på at det er overvekt av fyrstegongsforeldre i JordmorHeim gruppa, kontra ordinær oppfølging Straume, kan vere at fyrstegongsforeldre aktivt søker tilbod og støtte etter fødsel, medan dei som har født før kjenner seg tryggare på kva som ventar.

#### **5.4 Reorientering av helsetenester**

I eit helsefremmande perspektiv kan saumlaus oppfølging sjåast på som ei reorientering av helsetenester (WHO, 1986), der brukarane som ynskjer heim så tidleg som åtte timar etter fødsel kan nytte seg av tilbodet, om dei er innanfor inklusjonskriteriene. På den måten vert også kapasitet på sjukehuset frigjort til kvinner med trong for medisinsk tilsyn. Samarbeid og samhandling mellom helsetenestene vert framheva som eit viktig poeng i Ottawacharteret (WHO, 1986), for å få til nye brukarvennlege retningar. Mellom anna er det som tidlegare nemnt i kapitlet om amming, viktig med ro og kvile i barseltida, ikkje minst med tanke på ammeetablering. Kvinner og born som ikkje treng medisinsk tilsyn etter fødsel kan reise heim så tidleg som seks til åtte timar etter fødsel i prosjektet JordmorHeim. Ei slik reorientering tek omsyn til både kvinnene sine behov for ro, kvile og samstundes rettleiing frå fagfolk, i tillegg til frigjering av kapasitet på sjukehusa.

Slinning, Holme og Valla (2012) hevdar i sin fagartikkel at det er eit paradoks at ikkje fleire kvinner med depresjon i graviditet og barseltid vert oppdaga, då det er 95-98% oppslutnad om svangerskapsomsorga. Eit aspekt kan vere at det i ordinær oppfølging ikkje eksisterer eit flyt-system mellom lege, jordmor og helsesøster i kommunehelsetenesta, og heller ikkje mellom sjukehus og kommune etter fødsel. JordmorHeim har eit flyt-system mellom instansane uavhengig om familiarne er sårbare. For dei familiarne som fekk saumlaus oppfølging i staden for ordinær oppfølging, følgde det også med ei grundig anamnese til helsesøster om barnet, samt om mor dersom det var forhold som var viktige for familien eller barnet. Det betyr at sjølv om der ikkje var skilnad på gruppene med tanke på depressive symptom, vart informasjonen fanga opp

og vidareformidla i JordmorHeim. Det helsefremmande perspektivet er difor i stor grad at JordmorHeim fanga opp dei sårbare familiane, samt vidareformidla viktig informasjon til helsesøster/lege, i tillegg til fordelene med kjende omgjevnader og den betydninga det kan ha på emosjonelt stress. Saumlause tenester i svangerskap, fødsel og barseltid er nemnt i fleire nasjonale meldingar, og trongen for elektronisk flyt mellom instansane er vektlagt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a, 2009b; Helsedirektoratet, 2014b). Ei nasjonal kartlegging frå 2013 viste at 43 prosent av familiane ikkje hadde fått kontakt med helsestasjonen innan to veker etter fødsel (Iversen, Holmboe & Kjøllesdal, 2011), og Helsetilsynet sin rapport frå barselomsorga konkluderer med at gapet mellom utskrivning frå sjukehus til helsestasjonen tar kontakt trugar pasienttryggleiken (Helsetilsynet, 2011). Dette understrekar betydninga av formidling mellom instansane frå graviditet til barseltid.

## **5.5 Studien sine sterke og svake sider**

Fleire forhold ved design, utval og datainnsamling vil vere med å prege gyldigheten til datamaterialet som er samla inn, og på den måten også påverke reliabilitet, validitet og moglegheit for generalisering.

Denne studien har eit non-eksperimentelt design, der hensikta er å sjå på eventuelle samanhengar mellom ulike type oppfølging etter fødsel og utfallsmål som amming og barseldepresjon. I denne studien er ein av styrkene det longitudinelle designet som gjev moglegheit til gjentekne måletidspunkt før og etter fødsel. I tillegg er det mogleg å relatere variablar målt ved ulike tidspunkt opp mot kvarandre, som til dømes barseldepresjon etter fødsel og livstress målt i graviditeten. Det var relativt lite fråfall mellom målingar gjort i graviditeten, og til målingar utført etter fødsel. Eit unntak var amming, som hadde eit stort fråfall i ordinær oppfølging Ulset ved seks veker, og noko mindre, men likevel stort ved seks månader. Det svekker tilliten til resultatane frå desse måletidspunkta.

Studien har ein intervensjon etter fødsel, JordmorHeim på Straume helsestasjon, som samanliknast med Ulset helsestasjon. Gruppene er ikkje randomisert, men er delt inn etter kva for helsestasjon dei høyrer til, og deretter kven som har mottatt saumlause oppfølging via JordmorHeim. Det største trusselen mot intern validitet i eit ikkje-

eksperimentelt design er at vi ikkje veit om gruppene er like før intervensjonen (May, 2012). Denne studien har samanlikna gruppene før fødsel, det vil seie før intervensjonen. Samanlikninga viste ikkje signifikante skilnader mellom gruppene med tanke på forhold som alder, utdanning, sivilstatus og depresjonsskår. Det einaste signifikante innslaget var bruk av medikament og røyk/snus i graviditeten, som var signifikant høgare i JordmorHeim i forhold til ordinær oppfølging Ulset. Det er ein styrke ved studien at gruppene var like med tanke på sosiodemografiske variablar og depresjon før intervensjonen, noko som i stor grad kan eliminere mange feilkjelder som kan truge intern validitet ved ikkje-randiomiserte grupper (May, 2012).

Ein svakheter ved studien er at den samanliknar oppfølging ved to ulike helsestasjonar. Det kan vere spesifikke forhold ved organiseringa av ordinær oppfølging Ulset som denne studien ikkje har tatt høgde for. Begge helsestasjonane soknar til same sjukehus, og det er ein styrke at dei same utskrivingsrutinane gjeld for begge helsestasjonane. Det ideelle hadde vore å samanlikne to grupper frå same helsestasjon, kor den eine hadde fått JordmorHeim og den andre ordinær oppfølging, for å eliminere eventuelle feilkjelder i samband med å høyre til ulike helsestasjonar. Utvalet ved ordinær oppfølging ved Straume helsestasjon var lite med berre 17 respondentar etter seleksjon, noko som gjer det vanskeleg med adekvate statistiske analyser ved samanlikning av grupper, og er ein av orsakane til at denne gruppa ikkje var med på samanlikning etter fødsel. Eit døme er at den interne konsistensen på EPDS etter fødsel i denne gruppa ikkje var tilfredstillande, og det er sannsynleg at den ville vore adekvat dersom utvalet hadde vore større. Det var likevel interessant å sjå om der var skilnader på gruppene internt på Straume helsestasjon med tanke på kven som fekk JordmorHeim-tilbodet. På bakgrunn av det vart denne gruppa med i samanlikning av utvalde variablar før fødsel.

Ein studie vil aldri eller sjeldan få tak i heile populasjonen, som i denne studien er alle gravide og barselkvinner i kommunen, og målet er derfor å få tak eit representativt utval (Polit & Beck, 2012). I mange samanhengar, som i denne studien, er det ikkje mogleg og/eller etisk riktig å skilje på kven som får intervensjon eller behandling, og følgjeleg vert det også vanskelegare å trekke slutningar. Med andre ord kan ein seie at moglegheit for generalisering, eller den eksterne validiteten, vert redusert i takt med dårlegare kontroll på eventuelle feilkjelder (Polit & Beck, 2012). I forhold til utvala og kor representative dei er, viste samanlikning av gruppene før fødsel ein skilnad mellom

JordmorHeim og ordinær oppfølging Straume når det gjaldt tal på barn. Det var fleire i ordinær oppfølging Straume som var fleiregongsfødande, enn i JordmorHeim. Orsaka til det kan være at dei sjølv meinte at dei ikkje hadde behov for saumlaus oppfølging eller at påtrykket frå fagpersonar om å velje JordmorHeim var sterkare for fyrstegongsfødande. Når det gjeld kven som vel å takka ja til å delta på ein studie som LIN, har denne studien med ein variabel om utdanning, som er eit av elementa som inngår i sosioøkonomisk status. Analysane viste at ein stor del av kvinnene som inngjekk i denne oppgåva hadde høgare utdanning. Samanlikna med fylkesvise tal så hadde 32% av kvinnene som inngjekk i denne studia høgare utdanning mot 7,5% elles i Hordaland i 2013 (Statistisk sentralbyrå, 2013). Tilsvarande hadde 25 prosent av dei inkluderte vidaregåande skule, medan nasjonale tal er 39 prosent (Statistisk sentralbyrå, 2013).

LIN-studien, som datamaterialet er henta frå, er designa for eit anna formål enn å måle denne intervensjonen. Det kan vere ein styrke i denne samanheng at både rekruttering og innsamling av data er utført med tanke på eit anna føremål, då banda mellom forfattar av denne oppgåva og intervensjon er tett. På den andre sida er ein prisgitt andre variablar og måletidspunkt enn det som er optimalt for denne intervensjonen. Måletidspunkta er cirka fem veker etter intervensjonen, og det er mogleg at måletidspunkt nærare tiltaket ville gjeitt andre resultat med tanke på utfallsmålet barseldepresjon. Måling av barseldepresjon er ei indirekte måling av helsefremmande effektar i denne samanheng, då JordmorHeim ikkje tilbyr behandling av barseldepresjon, men støtte og oppfølging heime i tidleg barseltid. For betre å fange helsefremmande effektar, kan det vere andre mål som er betre eigna for å måle denne type intervensjon. Det er velkjend at familiar med låg sosioøkonomisk status har fleire sosiale- og helseutmaningar, og det er i nasjonale interesser å spesielt fange opp denne gruppa (Helsedirektoratet, 2014b; Stegeman & Costongs, 2012). Ein studie frå Sverige viste klare samanhengar mellom sosioøkonomisk status (SØS) og amming, der kvinner med lågare sosioøkonomisk status amma kortare enn dei med høg status (Flacking, Nyqvist & Ewald, 2007). På same måten er sosial støtte, spesielt frå partner, sett på som viktig prediktor for depresjon (Leahy Warren, 2012). Måling av SOC kan vere relevant å måle før og etter fødsel, for å sjå på om det er samanheng mellom mestring og ulik type oppfølging etter fødsel. Også tilfredshet og måling av formell og uformell støtte kan vere meir relevante mål på om intervensjonen har helsefremmande effekt.

## 6 Konklusjon

Det er stor semje blant nasjonale myndigheiter om at nedbygginga av barselomsorga har vore for drastisk, og at ei oppbygging er naudsynt i tråd med samhandlingsreforma (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a, 2009b; Helsedirektoratet, 2014b). Det er også stor semje om at sårbare grupper (låg sosioøkonomisk status, minoritetsgrupper, psykisk sjuke, rus) er dei som det er viktigast å tilby tilpassa omsorg til, og som har størst potensiale når det gjeld helsefremming og førebygging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a). Korkje barseldepresjon eller amming synte skilnader mellom type oppfølging. Det kan indikere at andre mål på helsefremmande effektar kan vere tenleg. Ein veg å gå vidare innan forskning på dette området, er å fokusere på mestringsperspektivet. Antonovsky (2000) si operasjonalisering av salutogenesen, via "sense of coherence", kan vere ein helsefremmande vinkling, der grad av motstandsressursar er kartlagt for på den måten identifisere kvinner som er sårbare for handtering av stress og ny livssituasjon. Self-efficacy eller mestringstru, er ein annan innfallsvinkel det kan vere naturleg å undersøke, der grad av opplevd kontroll korresponderer med grad av opplevd mestring (Bandura, 1997). Det er spesielt relevant med tanke på fyrstegongsforeldre, der tap av kontroll kan henge saman med manglande erfaring.

Når det gjeld implikasjonar for praksis, har erfaringar frå JordmorHeim vist at saumlaus oppfølging fører til tettare oppfølging hjå helsesøster på eit tidlegare tidspunkt, enn ved ordinær oppfølging. Studien har vist at saumlaus oppfølging fangar opp brorparten av dei som rapporterer høgt livsstress i graviditeten. Ein kan tenke seg at dette er ein konsekvens av at saumlaus oppfølging i JordmorHeim er forankra lokalt, og der berre fødselen, og eventuelt den fyrste tida etter fødsel, vert handtert på sjukehuset. Det kan sjå ut til at eit system der den kommunale helsestasjonstenesta har ansvar saman med sjukehuset for oppfølging i tidleg barselstid, kan tette gapet mellom nivåa. Ein slik samanheng vil kunne forsvinne dersom barseloppfølging til dømes er organisert med utgangspunkt i helseføretaket. Resultatet av saumlause tenester i dette tilfellet kan vere at sårbare kvinner og deira familiar lettare blir fanga opp og følgt opp. Oppfølginga gjeld ikkje berre den fyrste veka etter fødsel, men har betydning for helsesøster si oppfølging, som skal vare i mange år.

## REFERANSAR

- Abidin, RR. (1995). Manual for the parenting stress index. *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.*
- Akman, İ, Kuscı, M. K, Yurdakul, Z, Özdemir, N, Solakoğlu, M, Orhon, L, . . .  
Özek, E. (2008). Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. *Journal of Paediatrics and Child Health, 44(6)*, 369-373. doi: 10.1111/j.1440-1754.2008.01336.x
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping.* San Fransisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (2000). Helbredets mysterium [The Mystery of Health]. *Reitzels Forlag, Koebenhavn.*
- APA. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. *Washington, DC: American Psychiatry Association, 371.*
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. *Harvard Mental Health Letter, 13(9)*, 4.
- Bergsjø, P. (2010). *Obstetrik og gynekologi* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berle, J Ø, Aarre, TF, Mykletun, A, Dahl, AA, & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression: validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 76(1)*, 151-156.
- Boulvain, M, Perneger, T V, Othenin-Girard, V, Petrou, S, Berner, M, & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG, 111(8)*, 807-813. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00227.x
- Britton, J R, Britton, H L, & Gronwaldt, V. (2006). Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics, 118(5)*, e1436-e1443.
- Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev(3)*, CD002958. doi: 10.1002/14651858.cd002958
- Buttner, M M., O'Hara, M W., & Watson, D. (2012). The Structure of Women's Mood in the Early Postpartum. *Assessment, 19(2)*, 247-256. doi: 10.1177/1073191111429388

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S, & Wills, T A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Cox, J, Holden, J M, & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Dagbladet. (2014). Sendes hjem seks timer etter fødselen. Retrieved 07.01.15, from <http://www.dagbladet.no/2014/06/19/nyheter/innenriks/fodsel/barsel/barselavdeling/33936190/>
- Eberhard-Gran, M, Eskild, A, Opjordsmoen, S, & Schei, B. (2000). Barselomsorg-sovn, hvile og tilfredshet. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 120(12), 1405-1408.
- Eberhard-Gran, M, Eskild, A, Tambs, K, Schei, B, & Opjordsmoen, S. (2001). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry*, 55(2), 113-117. doi: 10.1080/08039480151108525
- Eberhard-Gran, M, Nordhagen, R, Heiberg, E, Bergsjø, P, & Eskild, A. (2003). Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. *TIDSSKRIFT-NORSKE LAEGEFORENING*, 123(24), 3553-3556.
- Eberhard-Gran, M, & Slinning, K. (2007). Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*.
- Eberhard-Gran, M, Slinning, K, & Rognerud, M. (2014a). Screening for barseldepresjon--en kunnskapsoppsummering 297-301. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Eberhard-Gran, M, Slinning, K, & Rognerud, M. (2014b). Screening for postnatal depression--a summary of current knowledge. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*, 134(3), 297-301.



- Eidelman, AI, Hoffmann, NW, & Kaitz, M. (1993). Cognitive deficits in women after childbirth. *Obstetrics and gynecology*, 81(5), 764-767.
- Engle, P L, Lhotska, L, & Armstrong, H. (1997). The care initiative: guidelines for analysis, assessment, and action to improve nutrition. *New York: UNICEF*.
- Engle, P L, Menon, P, & Haddad, L. (1999). Care and nutrition: concepts and measurement. *World Development*, 27(8), 1309-1337.
- Fink, A M. (2011). Early hospital discharge in maternal and newborn care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 40(2), 149-156. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01225.x
- Flacking, K H, Nyqvist, U, & Ewald, U. (2007). Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *European Journal of Public Health*, 17(6), 579-584.
- Gavin, N I, Gaynes, B N, Lohr, K N, Meltzer-Brody, S, Gartlehner, G, & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5, Part 1), 1071-1083.
- Goecke, T W, Voigt, F, Faschingbauer, F, Spangler, G, Beckmann, M W, & Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(2), 309-316. doi: 10.1007/s00404-012-2286-6
- Goodman, S H, & Gotlib, I H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review*, 106(3), 458.
- Granheim, K, & Forstrøm, F A. (2012). Evaluering av Jordmorheim Høvik: Fjell kommune.
- Grote, N K, Bridge, J A, Gavin, A R, Melville, J L, Iyengar, S, & Katon, W J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1012-1024.

- Hanssen-Bauer, K , & Welander-Vatn, A. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Regionsssenter for barn og unges psykiske helse (R-BUP Øst og Sør)*.
- Harwood, K, Harwood, N, & McLean, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Developmental psychology*, 43(1), 1-12.
- Hasselmann, M H, Werneck, G L, & Silva, C V C. (2008). Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, s341-s352.
- Hatton, D C, Harrison-Hohner, J, Coste, S, Dorato, V, Curet, L B, & McCarron, D A. (2005). Symptoms of Postpartum Depression and Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 21(4), 444-449. doi: 10.1177/0890334405280947
- Helse Bergen. (2012). *Tenesteavtale 8. Samhandling innan svangerskaps-, fødsels og barselomsorga*. Bergen: Retrieved from [http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK\\_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2012068638-3407912.pdf](http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2012068638-3407912.pdf).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009a). *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsel og barselomsorg*. (St.meld nr 12 2008-2009). Oslo: Retrieved from <http://www.regjeringen.no>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009b). *Samhandlingsreformen*. (St.meld. nr 47 2008-2009). Oslo: Retrieved from <http://www.regjeringen.no>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen*. (Meld. St. 34 2012-2013). Oslo: Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Helse- og omsorgstjenesteloven*. lovdata.no: Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.

- Helse-Bergen. (2012). Kvinneklinikken. Barsele post 2. Retrieved 14.09, 2013, from <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/fodeseksjonen/Sider/barsel-post-2.aspx>
- Helsedirektoratet. (2014a). *Amming og spedbarns kosthold. Landsomfattende undersøkelse 2013*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aming-og-spedbarns-kosthold-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013/Publikasjoner/aming-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2014b). *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Oslo: helsedirektoratet.
- Helseforskningsloven. (2008). *Helseforskningsloven*. Lovdata Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_4).
- Helsetilsynet. (2011). *Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinnar og det nyfødde barnet i barseltida?* (Rapport frå tilsyn med barselomsorga). Oslo: 07 Express AS.
- Helsing, E, & Klernes, E. (1985). *Acta paediatrica*, 74(3), 332-337.
- Hjälmhult, E, & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(4), 654-662.
- Horowitz, J A, Horowitz, C A, Murphy, K E, & Gregory, J. (2011). A Community-Based Screening Initiative to Identify Mothers at Risk for Postpartum Depression. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 40(1), 52-61.
- Howard, L, & Bick, D (2010). When should women be screened for postnatal depression? *Expert Rev. Neurother*, 10(2), 151-154.
- Iversen, H H , Holmboe, O, & G, Kjøllesdal J. (2011). *Kvinnens og partners erfaringer fra svangerskaps-, fødsels og barselomsorgen. Resultater fra en pilotundersøkelse*. (ISBN: 978-82-8211-419-4). <http://www.kunnskapssenteret.no>: Kunnskapssenteret.
- Iversen, Hilde Hestad, Holmboe, Olaf, & Kjøllesdal, Johanne Gran. (2011). *Kvinnens og partners erfaringer fra svangerskaps-, fødsels- og*

*barselomsorgen: resultater fra en pilotundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

- Janssen, P A, Heaman, M I, Urquia, M L, O'Campo, P J, & Thiessen, K R. (2012). Risk factors for postpartum depression among abused and nonabused women. *Am J Obstet Gynecol*, 207(6), 489.e481-489.e488. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.09.022>
- Kingston, D, Heaman, M, Fell, D, Dzakpasu, S, & Chalmers, B. (2012). Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Maternal and child health journal*, 16(1), 158-168.
- Kornør, H, & Martinussen, M. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Parenting Stress index, 3. versjon (PSI). *Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R-BUP Øst og Sør)*.
- Langeland, B K, & Tunestveit, J. (2013). Rapport fra brukerundersøkelse: Helse Bergen.
- Langeland, E. (2014). Salutogenese og psykiske helseproblemer: NAPHA.
- Leahy Warren, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of clinical nursing*, 21(3 4), 388.
- Lock, L R, & Gibb, H J. (2003). The power of place. *Midwifery*, 19(2), 132-139.
- Loomans, E M, van Dijk, A E, Vrijkotte, T G M, van Eijsden, M, Stronks, K, Gemke, R J B J, & Van den Bergh, B R H. (2013). *Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort* (Vol. 23).
- Løland, B F, Bærug, A B, & Nylander, G. (2007). Morsmelk, immunrespons og helseeffekter *Tidsskr Nor Lægeforening*, nr 18, 2395–2398.
- MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., . . . Gee, H. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 359(9304), 378-385. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07596-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07596-7)

- May, H. (2012). Nonequivalent comparison group designs. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 489-509). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- McHugh, M L. (2013). The Chi-square test of independence. *Biochemia medica*, 23(2), 143-149.
- Milgrom, J, Gemmill, A W, Bilszta, J L , Hayes, B, Barnett, B, Brooks, J, . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1–2), 147-157. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2011). "Om oss". Retrieved 28.11.14, 2014, from [http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss\\_/avdelinger\\_/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig\\_/Sider/om-oss.aspx](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig_/Sider/om-oss.aspx)
- Ngai, F-W, & Ngu, S-F. (2015). Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 156-161. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.003>
- Nimon, K F. (2012). Statistical assumptions of substantive analyses across the general linear model: a mini-review. *Frontiers in psychology*, 3.
- Nordvik, H V. (2009). JordmorHeim - ei barselomsorg til friske kvinner og born med fokus på heile familien. Straume/Bergen: Fjell kommune / Helse Bergen.
- Nuckolls, K B, Cassel, J, & Kaplan, B H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American journal of Epidemiology*, 95(5), 431-441.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual*: McGraw-Hill International.
- Petrou, S, Boulvain, M, Simon, J, Maricot, P, Borst, F, Perneger, T, & Irion, O. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG*, 111(8), 800-806. doi: [10.1111/j.1471-0528.2004.00173.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00173.x)

- Polit, D F, & Beck, C T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Robertson, E, Grace, S, Wallington, T, & Stewart, D E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26*(4), 289-295. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>
- Roth, P L. (1994). Missing data: A conceptual review for applied psychologists. *Personnel psychology, 47*(3), 537-560.
- Sainz Bueno, J A, Romano, M R, Teruel, R G, Benjumea, A G, Palacin, A F, Gonzalez, C A, & Manzano, M C. (2005). Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol, 193*(3 Pt 1), 714-726. doi: [10.1016/j.ajog.2005.01.015](http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.01.015)
- Sit, D, Rothschild, A J, & Wisner, K L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of women's health, 15*(4), 352-368.
- Skotheim, S, Braarud, H C, Hoie, K, Markhus, M W, Malde, M K, Graff, I E, . . . Stormark, K M. (2013). Subclinical levels of maternal depression and infant sensitivity to social contingency. *Infant Behav Dev, 36*(3), 419-426. doi: [10.1016/j.infbeh.2013.03.009](http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.03.009)
- Slinning, K, Holme, H, & Valla, L. (2012). Pregnancy care and prevention of depression. [Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 49*(1), 69-73.
- Statistisk sentralbyrå. (2013). Befolkningens utdanningsnivå, kvinner over 16 år, 1. oktober 2013. Retrieved 09.05.15
- Stegeman, I, & Costongs, C. (2012). *The Right Start to a Healthy Life: Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union-What Works?* Brussel: EuroHealthNet.
- Taylor, J S. (2004). Salutogenesis as a framework for child protection: literature review. *J Adv Nurs, 45*(6), 633-643.

- Tjora, E, Karlsen, L C, Moster, D, & Markestad, T. (2010). Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Paediatr*, 99(5), 654-657. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01692.x
- UNICEF. (1990). *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries: a UNICEF policy review*: Unicef.
- Watkins, S, Meltzer-Brody, S, Zolnoun, D, & Stuebe, A. (2011). Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*, 118(2, Part 1), 214-221.
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Ottawa: WHO.
- WHO. (1998). *Safe motherhood. Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide*. Geneva: World health organization.
- WHO. (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 1): World Health Organization.
- WHO. (2006). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care- WHO*. Geneva.
- WHO/Wellstart/UNICEF. (1999). *The baby-friendly hospital initiative*. (WHO/NHD/99.2). Geneva/San Diego: World Health Organization  
Retrieved from  
[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO\\_NHD\\_99.2/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_99.2/en/).
- Aalen, O O, & Frigessi, A. (2006). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aarø, L E. (2007). *En innføring i survey-metoden*. Bergen: HEMIL-senteret og Grieg-akademiet, Universitetet i Bergen. (Reprinted from: 2. opplag).

## VEDLEGG 1

EPDS spørjeskjema. Norsk validering av Eberhard-Gran m fl. (2001)

1. Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?
  - Like mye som vanlig
  - Ikke riktig så mye som jeg pleier
  - Klart mindre enn jeg pleier
  - Ikke i det hele tatt
2. Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?
  - Like mye som vanlig
  - Noe mindre enn jeg pleier
  - Klart mindre enn jeg pleier
  - Nesten ikke i det hele tatt
3. Har du siste 7 dager hebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?
  - Ja, nesten hele tiden
  - Ja, av og til
  - Ikke særlig ofte
  - Nei aldri
4. Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?
  - Nei, slett ikke
  - Nesten aldri
  - Ja, iblant
  - Ja, veldig ofte
5. Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?
  - Ja, svært ofte
  - Ja, noen ganger
  - Sjelden
  - Nei, aldri
6. Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?
  - Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
  - Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
  - Nei, for det meste har jeg klart meg bra
  - Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig
7. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?
  - Ja, for det meste
  - Ja, iblant
  - Ikke særlig ofte
  - Nei, ikke i det hele tatt
8. Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?
  - Ja, det meste av tiden
  - Ja, ganske ofte
  - Ikke særlig ofte
  - Nei, ikke i det hele tatt
9. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?
  - Ja, nesten hele tiden
  - Ja, veldig ofte
  - Ja, det har skjedd iblant
  - Nei, aldri
10. Har tanken på å skade deg selv streift deg, de siste 7 dagene?
  - Ja, nokså ofte
  - Ja, av og til
  - Ja, såvidt
  - Aldri



## VEDLEGG 2

Livsstress (LS). Delskala av parenting Stress Index (PSI). Norsk validering av John A Rønning i samarbeid med Abidin (1995).

Adapted and reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources Inc., Odessa, Florida 33556, from the Parenting Stress Index by Richard R. Abidin, Ed.D., Copyright 1990 by PAR, Inc. Further reproduction is prohibited without permission from PAR. Oversatt til norsk av John A. Rønning, Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, Universitetet i Tromsø, etter tillatelse fra PAR.

### PSI Spørreskjema

brukes sammen med PSI3 Plus programvare

ID-kode/REG.NO: \_\_\_\_\_

Forholdet utfyller/barn:  Mor (eller kvinnelige verge)  Far (eller mannlig verge)

Etnisk tilhørighet: \_\_\_\_\_ Alder: \_\_\_\_\_

Utfyllingsdato: \_\_\_\_\_

I de neste spørsmål skal det kun velges «Ja» eller «Nei»

Har noen av de følgende hendelsene forekommet i familien i løpet av de siste 12 måneder :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 102. Skilsmisse                                     | J | / |
| 103. Forsoning mellom ektefelle/samboer             | J | / |
| 104. Nytt ekteskap/samboerskap                      | J | / |
| 105. Separasjon                                     | J | / |
| 106. Graviditet                                     | J | / |
| 107. Andre i slekten har flyttet inn til familien   | J | / |
| 108. Inntekten øket kraftig (20% eller mer)         | J | / |
| 109. Fått stor gjeld                                | J | / |
| 110. Flyttet til annen bosted                       | J | / |
| 111. Forfremmelse i jobben                          | J | / |
| 112. Inntekten har falt kraftig                     | J | / |
| 113. Alkohol eller stoff problemer                  | J | / |
| 114. Nær venn av familien er død                    | J | / |
| 115. Begynt i ny jobb                               | J | / |
| 116. Begynt i ny skole                              | J | / |
| 117. Problemer med overordnede på jobben            | J | / |
| 118. Problemer med læreren på skolen                | J | / |
| 119. Juridiske problemer                            | J | / |
| 120. En i nær familien er død                       | J | / |
| 121. Krav/sykdom til aldrende forelder              | J | / |
| 122. Alvorlig ulykke eller medisinske problemer     | J | / |
| 123. Kronisk sykdom (sukkersyke, hjertesykdom etc.) | J | / |