

Totalanalyse

2-punktsundersøkelse — svangerskap og barseltid

Brukernes erfaring med oppfølging på helsestasjonen- God start

Utarbeidet for fagmiljøet på helsestasjonen

Sammendrag

Undersøkelsen omfatter 18 kvinner. De skulle besvare spørreskjema: i svangerskapets uke 38 (skjema nr. 1) og når barnet var 6 måneder (skjema nr. 2). Undersøkelsen er anonym, og metode avklart med kommunens jurist. Undersøkelsen ble initiert våren 2024 og ble avsluttet mars 2026, og 16 av kvinnene besvarte begge skjemaene.

Besvarelsene fra skjema nummer 2 ble litt forsinket hos noen. De fleste ble besvart når barnet var 6 mnd., men tre av skjemaene ble levert når barnet var 9-10 måneder. Skjemaet kombinerer ja/nei-spørsmål, skalavurderinger (1–5) og åpne kvalitative svar. Hovedfunnet er at helsestasjonen oppleves som trygg, kompetent og lavterskel — gjennomsnittlig score for «helsestasjonen har bidratt til trygghet i morsrollen» er 4,19 av 5. Bekymringsnivået synker fra 2,75 til 2,19 fra svangerskap til barseltid, og 15 av 16 kvinner opplever at deres bekymringer ble fanget opp i konsultasjonen i svangerskapet.

Samtidig identifiserer undersøkelsen tre forbedringspunkter: (1) andelen som opplever at sensitive temaer ikke er tatt opp øker fra 1 av 16 i svangerskapet til 3 av 16 i barseltid, ofte begrunnet med at konsultasjonene er for korte; (2) i barseltid takker tre av ni nei til tilbud om videre henvisning, ofte fordi de selv ikke føler de er «dårlige nok»; og (3) partner-/parrelasjon kommer oftere opp som bekymring i barseltid enn i svangerskapet og bør adresseres tydeligere.

1. Bakgrunn og metode

1.1 Hensikt

Hensikten med 2-punktsundersøkelsen er å fange opp kvinners erfaring med helsestasjonens oppfølging i svangerskapet og barseltiden. Kvinnene er et selektert utvalg, med kjente sårbarhetsfaktorer. Hensikten med undersøkelsen er at fagmiljøet skal kunne justere praksis ved å identifisere områder for kvalitetsforbedring.

I forkant av undersøkelsen tok helsestasjonen kontakt med USN (Universitetet i Sør-Øst Norge) for å høre om de hadde tilgjengelige validerte spørreskjema som kunne brukes i undersøkelsen. USN hadde ikke tilgjengelig skjema som ville kunne svare ut det vi ønsket å undersøke. For å kunne formulere relevant spørsmål inviterte vi fire kvinner (og en partner) som allerede hadde fått støtte og hjelp i en sårbar fase i svangerskapet/barseltiden, og undersøkte med dem hvilke spørsmål de ville blitt stilt i en tenkt/forestilt undersøkelse. Ut ifra deres tilbakemelding sammenfattet vi to spørreskjema; et for svangerskapet og et i barseltiden. Resultatet fra undersøkelsen ble bearbeidet i et avansert analyseverktøy Co-work (AI brukt som analyseverktøy i oljeindustrien), og videre bearbeidet manuelt. Metoden i denne praksisnære evalueringen er transparent og sporbar, for å styrke dens reliabilitet (pålitelighet). Dette er viktig for å dens indre validitet (gyldighet); dvs. finne ut hvorvidt det man undersøker faktisk svarer ut det man lurer på.

1.2 Utvalg og datainnsamling

- Antall respondenter: 16 kvinner (kandidatnumre 1–10, 12, 13, 14, 15, 16, 18).
- To målepunkter per kvinne: svangerskap (uke 38) og barseltid (barn 6 måneder).
- Skjemaet inneholder 10 spørsmål, en blanding av ja/nei, skalavurdering (1–5: 1 = i liten grad, 5 = i stor grad) og åpne svar.
- Numrene 11 og 17 mangler i datasettet. Dette pga av frafall.

1.3 Begrensninger

Utvalget er lite (n = 16) og funnene er indikative, altså ikke statistisk generaliserbare. Selv om undersøkelsen er anonymisert, vil kvinnenes selvrappotering kunne medføre at svar trekkes i positiv retning. Spørsmål 9 (helsestasjonens bidrag til trygghet) ble bare stilt i barselsskjemaet, og omfatter totalvurdering fra svangerskapet til barseltiden.

2. Kvantitative funn

2.1 Ja/nei-spørsmål

Spørsmål	Ja (svangerskap)	Nei (svangerskap)	Ja (barsel)	Nei (barsel)
1. Bekymring i perioden?	15	1	10	6
3. Fanget opp i konsultasjon?	15	1	14	0
6. Sensitive temaer IKKE snakket om?	1	15	3	13
7. Tilbud om videre henvisning?	12	1	9	4
8. Tatt imot hjelpen?	12	1	6	3

Tabellen viser fordelingen av ja/nei-svar i de to fasene. I svangerskapet melder 15 respondenter om ulik grad av bekymring. 12 av disse fikk tilbud om videre henvisning utover det ordinære tilbudet og 12 av respondentene tok imot tilbudet. I barseltiden melder 10 respondenter om ulik grad av bekymring. 9 av disse fikk tilbud om videre henvisning utover det ordinære tilbudet og 6 av respondentene tok imot tilbudet/hjelpen. Antallet som svarer at sensitive temaer ikke er snakket om øker fra 1 til 3 mellom fasene.

2.2 Skala-spørsmål (1–5)

Skala-spørsmål (1–5)	Snitt svangerskap	Snitt barsel	Endring
2. Grad av bekymring	2,75 (n=16)	2,19 (n=16)	-0,56
4. Forberedt på morsrollen	4,31 (n=16)	4,28 (n=16)	-0,03
5. Mestrer morsrollen	4,12 (n=16)	4,00 (n=16)	-0,12
8d. Hjelpen har hjulpet	3,73 (n=13)	4,17 (n=6)	+0,44
9. Helsestasjonen → trygghet	—	4,19 (n=16)	—

Bekymringsnivået reduseres fra 2,75 til 2,19 fra svangerskap til barsel, og hjelpen oppleves som mer virkningsfull i barseltid (3,73 → 4,17). Forberedthet og mestring (i morsrollen) ligger stabilt høyt (4,0–4,3), og endres lite fra svangerskapet til barseltiden. Den totale tryggheten helsestasjonen (både i svangerskapet og barseltiden) bidrar med scores til 4,19.

3. Kvalitative funn

3.1 Bekymringer i svangerskapet

Bekymringene var sammensatte og rommet både konkrete helsefaktorer og relasjonelle/eksistensielle tema:

- Egen psykisk helse, tidligere traumer fra fødsel, frykt for ny barseldepresjon.
- Helse til barnet (sykdom, trivsel i magen), høyrisikosvangerskap.
- Egen fysisk helse (grunnsykdom, svangerskapskomplikasjoner)
- Partner-/relasjonsutfordringer, kommunikasjon og økonomi.
- Kontrolltap og redusert mestringsfølelse i hverdagen.

3.2 Bekymringer i barseltid

Bekymringer i barseltid har et tydelig psykososialt preg:

- Søvn, ensomhet, isolasjon, depresjon-/angstsymptomer, overveldelse og håpløshet.
- Tilknytning til barnet, barnets trygghet og helse (eks. magevondt).
- Egen fysisk og psykisk helse, frykt for ny depresjon.
- Partner, økonomi, familieforhold, lønn under permisjon.

3.3 Sensitive temaer som ikke er tatt opp

Tre av 16 oppgir i barseltid at det finnes temaer som ikke er snakket om. Begrunnelsene gjentas på tvers av kandidater:

“Det er for vanskelig for meg å snakke om. For kort tid på konsultasjonene.” (Kand. 2)

“For kort tid på konsultasjonene, pluss hvor begynner jeg? Vanskelig å starte uten konkrete spørsmål.” (Kand. 3)

“Det er for kort tid på konsultasjonene.” (Kand. 13)

Begge årsakskategoriene — *tid og terskel* — peker på praksisendringer som kan kreve økt ressurser for å gjennomføres innenfor dagens rammer.

3.4 Avslag på tilbud om videre henvisning

I barseltid takket fire av ni nei til tilbud om videre henvisning. Syv respondenter svarte ikke på spørsmålet. Forklaringene er bemerkelsesverdig samstemte:

“Føler meg ikke dårlig nok. Vanskelig å vite hva som er normalt. Redd for å bli avleid.” (Kand. 2)

“Vanskelig tidsmessig, redd for hva man «starter» med å røske opp i ting.” (Kand. 3)

Dette er en sentral risikogruppe: kvinner som tviler på egen rett til hjelp, eller frykter konsekvensene av å åpne opp. De rapporterer sjelden alvorlige symptomer ved første kontakt — men kan være de samme som senere utvikler postpartum-depresjon.

3.5 Positive tilbakemeldinger

Gjennomgående er respondentene svært fornøyde med oppfølgingen:

“Er veldig fornøyd med jordmortjenesten. Følt meg trygg og ivaretatt ... Har blitt møtt med respekt og omsorg for der jeg er og for den jeg er.” (Kand. 1)

“Tillitsvekkende og trygg jordmor. Meget profesjonell og dyktig.” (Kand. 8)

“Jeg er svært fornøyd med både jordmor og familieterapeuten og ikke minst kontinuiteten. En helt annen opplevelse enn sist, da det var nye mennesker hver eneste kontroll.” (Kand. 14)

«Utfordrende barseltid men får mye støtte og tett oppfølging av helsesykepleier når jeg tar imot utfordringer som søvn, amming, osv». (Kand. 1)

«Jeg er fornøyd med oppfølgingen og også trygg på at jeg hadde fått mere hjelp om jeg ytret et ønske om det». (Kand. 14)

Kontinuitet i fagperson trekkes systematisk fram som verdifullt. Familieterapeut tilknyttet helsestasjonen er den hyppigst nevnte instansen kvinnene har fått hjelp av.

3.6 Forslag fra respondentene

- «Det bør oppfordres til at far er med på ammekurs.» (Kand. 2)
- Implisitt forslag i flere besvarelser: lengre konsultasjoner, særlig i barseltid.
- «Fint å ta kontakt hvis ytterligere behov, pluss lavterskel.» (Kand. 7) — bekreftelse på at lavterskeltilbudet oppfattes.

4. Tolkning

1. Helsestasjonen treffer godt på å bidra til trygghet i morsrollen og forberedelse til morsrollen. Snittscore 4,19 (trygghet i morsrollen) og positiv endring fra 4,28–4,31 (forberedt på morsrollen) tyder på at helsestasjonstilbudet er en viktig oppgave.
2. Bekymringsnivået synker tydelig fra svangerskap til barsel (2,75 → 2,19). Dette tolkes som et tegn på at oppfølgingen i svangerskapet og barseltiden reduserer kvinnens opplevelse av reell uro.
3. Sensitive temaer som ikke snakkes om i svangerskapet øker fra 1-3 i barseltid. Begge årsakskategoriene — tid og terskel — peker på behov for praksisendring.
4. «Føler meg ikke dårlig nok»-gruppen er en risikogruppe som krever årvåken oppfølging ettersom det ligger i sakens natur at disse kan underrapportere problemer, noe som kan bli en større utfordring på et senere tidspunkt.
5. Familieterapeut og kontinuitet i fagperson framstår som de mest verdsette enkeltelementene i tilbudet.
6. Partner og parrelasjon kommer oftere opp som bekymringskilde i barseltid. Tilbud rettet mot par/partnere kan styrke kvinnens støttenettverk.
7. Kvinner med sammensatte utfordringer, og som er i kontakt med flere instanser, opplever noe lavt utbytte av dette. Bedre tverrfaglig koordinering vil kunne endre dette i positiv retning.

5. Anbefalinger til helsestasjonen

1. Vurdere lengre eller utvidede konsultasjoner i barseltid for kvinner som flagger psykiske, parrelasjons- eller mestringsskymringer i svangerskapet.
2. Etablere fast lavterskelpraksis: jordmor/helsesykepleier inviterer aktivt inn sensitive temaer (psykisk helse, parrelasjon, økonomi, vold), slik at respondenten ikke må «starte» selv.
3. Utvikle målrettet oppfølging for «føler meg ikke dårlig nok»-gruppen — for eksempel en kort screeningsamtale 4–6 uker postpartum, uten krav om begrunnelse. Da for eksempel bruke EPDS/TWEAK som screening både i svangerskapet og barseltiden.
4. Beskytte og styrke kontinuitet: samme jordmor/helsesykepleier gjennom løpet, sammen med familieterapeut tilknyttet helsestasjonen.
5. Tilby partner-/parsamtale og inkludere partner i ammekurs som standard.
6. Etablere bedre tverrfaglig koordinering for kvinner som er i kontakt med flere instanser samtidig (familievern, BUP, fastlege, sykehus).
7. Bruke funn i undersøkelsen til å videreutvikle helsestasjonstjenesten gjennom brukervedvirkning.

6. Oppsummering

Undersøkelsen tegner et tydelig bilde: kvinner med definerte sårbarhetsfaktorer tilknyttet helsestasjonen, har opplevd at helsestasjonen har bidratt til å trygge dem i morsrollen. God ordinær oppfølging på helsestasjonen og trygging av kvinnene om at helsestasjonen er et tilgjengelig lavterskeltilbud, viser seg å være forebyggende i seg selv.

Bekymringsnivået hos respondentene reduseres betraktelig fra svangerskap til barsel og hjelpen oppleves som mer virkningsfull i barseltid. Dette harmoniserer med Færdertrappa; å sikre rett hjelp til rett tid, på lavest mulig effektive nivå, vil kunne dempe bekymring og uro, og dermed reduserebehov for mer krevende tiltak på et senere tidspunkt. Familieterapeut nevnes som det mest effektfulle tilbudet utover det ordinære helsestasjonstilbudet.

I Færder helsestasjon har vi arbeidet systematisk med å legge til rette for et godt tverrfaglig samarbeid både på system og individnivå, men undersøkelsen understreker viktigheten av at arbeidet bør styrkes og videreutvikles.

I tolkningen av undersøkelsen kommer det frem forslag om å gi tilbud rettet mot kvinnens par/partner. Dette er et tilbud som nå allerede kan tilbys av familieterapeut på helsestasjonen, men man bør vurdere om tilgjengeligheten og bredden på tilbudet burde videreutvikles.

Denne undersøkelsen viser at helsestasjonstjenesten i stor grad bidrar til at respondentene opplever seg trygge i morsrollen (scores 4,19 av 5). Det kommer videre frem at det er rom for forbedring i hvordan sensitive temaer initieres, utfordring i tilgjengelig tid spesielt på barselkonsultasjonene og utfordring på hvordan vi når frem til kvinner som tviler på eget behov for og rett til hjelp.