

Gunn Vedøy og Terje Lie

**Tidlig samtale om alkohol og levevaner
- FRIDA -**

Rapport IRIS – 2014/016





International Research Institute of Stavanger

www.iris.no



Gunn Vedøy og Terje Lie

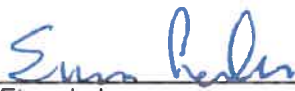
**Tidlig samtale om alkohol og
levevaner - FRIDA**

Rapport IRIS - 2014/016

Prosjektnummer: 7252328
Prosjektets tittel: Tidlig samtale om alkohol og levevaner – FRIDA. Pilotprosjekt
Oppdragsgiver(e): Helsedirektoratet
Forskningsprogram:
ISBN: 978-82-490-0839-1
Gradering: åpen

Stavanger, 05.05.14

	
Terje Lie	Brita, Gjerstad
Prosjektleder	Kvalitetssikrer
06.05.2014	
Sign.dato	Sign.dato

	06.05.2014
Einar Leknes	Sign.dato
direktør	
IRIS Samfunnsforskning	

www.iris.no

Forord

Prosjektet *Tidlig samtale om alkohol og levevaner - FRIDA* er et pilotprosjekt gjennomført i fem kommuner på Sør-Vestlandet i 2012 og 2013. Prosjektet er utført av KoRus vest, Stavanger på oppdrag fra Helsedirektoratet. Våren 2013 kom tre nye kommuner med i prosjektet. Hensikten har vært å prøve ut et tilbud til gravide om tidlig samtale i svangerskapet omkring temaene alkohol og livsstil.

International Research Institute of Stavanger, IRIS, fikk i oppdrag å evaluere pilotprosjektet. Prosjektet er meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsfaglig datatjeneste, NSD.

Forfatterne vil takke gravide, jordmødre og ledende helsesøstre for å ha delt erfaringer om samtalene med oss.

Resymé

I pilotprosjektet *Tidlig samtale om alkohol og levevaner* er det prøvd ut en metodikk for samtale mellom gravide og jordmor, om alkohol og levevaner, innen utgangen av uke 9 i svangerskapet. 364 gravide hadde per 31.11.2013 deltatt i prosjektet som er gjennomført i utvalgte kommuner. De gravide og jordmødrene er positive til samtalene, og mener det er et behov for denne typen informasjon tidlig i svangerskapet. Prosjektet har avdekket flere strukturelle begrensninger i gjennomføringen: tidspunkt for første konsultasjon og rekruttering av gravide, refusjonsordningen, oppgavefordeling mellom jordmødre og fastleger og kapasiteten i jordmortjenesten.

Stavanger, 06. mai 2014

Lie, Terje, prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG	VII
1 INNLEDNING	1
1.1 Tidligere forskning	2
1.2 Evalueringsspørsmål	3
1.3 Organisering av svangerskapsomsorgen	4
1.4 Pilotkommunene.....	4
1.5 Formell organisering av FRIDA-prosjektet	6
1.6 Metode.....	7
1.7 Disposisjon av rapporten	8
2 RESULTATER FRA SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN	9
2.1 Temaene i samtalen	9
2.2 Alkoholkonsum	12
2.3 Informasjon	14
2.4 Uke i svangerskapet man tok kontakt med jordmor, uke 7 i gjennomsnitt	15
2.5 Bakgrunnsopplysninger.....	16
2.6 Oppsummering	20
3 HVORDAN PROSJEKTET ORGANISERES I HELSETJENESTEN	21
3.1 Sandnes.....	22
3.2 Sola.....	24
3.3 Hå	26
3.4 Gjesdal og Klepp.....	27
3.5 Oppsummering	28
4 HVORDAN PROSJEKTET LYKTES Å NÅ GRAVIDE I EN TIDLIG FASE	29
4.1 Mulige seleksjonseffekter i rekrutteringsfasen	29
4.2 Tiltak	30
4.3 Intervjuer av gravide	33
4.4 Diskusjon av muligheter for å nå gravide i en tidlig fase.....	34
5 SAMTALEN OG TILBUDET	37
5.1 Gravide fornøyde med tidlig samtale	37
5.2 Jordmødre er positive	39
5.3 Ledende helsesøstre mener FRIDA er nyttig	40

5.4	Inntrykk fra prosjektlederne	40
5.5	Oppsummering	42
6	HVORDAN SAMTALENE BLE GJENNOMFØRT I PRAKSIS	43
6.1	Jordmødre	43
6.2	Gravide	50
6.3	Oppsummering	53
7	GRUPPEINTERVJUENE OM SAMTALEMETODIKK	55
7.1	Generelt om samtalemotodikken	55
7.2	Situasjon 1	56
7.3	Situasjon 2	58
7.4	Situasjon 3	60
7.5	Oppsummering	62
8	OPPSUMMERENDE DISKUSJON	63
8.1	Nådde man de gravide tidlig?.....	63
8.2	Organisering	64
8.3	Samtalen i praksis og støttmateriellet.....	64
8.4	Klart budskap om avhold?.....	65
8.5	Hvordan gravide og par erfarte samtalen	66
8.6	Hvordan helsepersonell ser på tilbudet	66
8.7	Spørreskjemaundersøkelsen	66
8.8	Avsluttende kommentarer	67
9	REFERANSER.....	69
	VEDLEGG	71

Tabeller

TABELL 1. TALL FOR PILOTKOMMUNENE.	5
TABELL 2. SPØRSMÅL OM SAMTALEN. GJENNOMSITTSSKÅRE. SKALA GÅR FRA 1 – 5, HVOR 1=I LITEN GRAD OG 5=I SVÆRT STOR GRAD.	11
TABELL 4. ÅRSVERK I KOMMUNE TIL JORDMORTJENESTEN, HELSESØSTERTJENESTEN OG FASTLEGER. TALL FRA KOSTRA.....	22
TABELL 5. INFORMASJONSTILTAK UTFØRT AV JORDMØDRENE I PILOTKOMMUNENE.....	30

Figurer

FIGUR 1. HVILKE TEMA BLE TATT OPP I SAMTALEN. (N=241) PROSENT	10
FIGUR 2. TEMA DE GRAVIDE SYNTES DET VAR SPESIELT VIKTIG Å SNAKKE OM. PROSENT	10
FIGUR 3. SPØRSMÅL OM SAMTALEN. SKALA GÅR I UTGANGSPUNKTET FRA 1 – 5, HVOR 1=I LITEN GRAD OG 5=I SVÆRT STOR GRAD. FIGUREN VISER BARE SKALAEN FRA 4 TIL 5.	12
FIGUR 4. HVOR OFTE HAR DU DRUKKET ALKOHOL DET SISTE ÅRET FØR DU BLE GRAVID, HVIS DU TENKER PÅ DITT TYPISKE FORBRUK. PROSENT.....	13
FIGUR 5. HVOR MANGE GLASS/ALKOHOLENHETER DRACK DU VANLIGVIS FØR DU BLE GRAVID DET SISTE ÅRET, EN TYPISK DAG NÅR DU DRIKKER ALKOHOL. PROSENT	14
FIGUR 6. HVOR HAR DU FÅTT OPPLYSNINGER ELLER INFORMASJON OM GRAVIDITET OG LEVEVANER? FLERE SVAR ER MULIG. PROSENT	15
FIGUR 7. KONTAKT MED JORDMOR, UKE I SVANGERSKAPET. PROSENT	15
FIGUR 8. HAR DU BARN FRA FØR.	16
FIGUR 9. GRAVIDE SOM HAR SVART PÅ SPØRRESKJEMAET ETTER HØYESTE UTDANNING. PROSENT	17
FIGUR 10. GRAVIDE SOM HAR SVART PÅ SPØRRESKJEMAET ETTER ALDER. PROSENT.....	17
FIGUR 11. GRAVIDE ETTER BOSTEDSKOMMUNE. PROSENT	18
FIGUR 12. GRAVIDE SOM HAR SVART PÅ SKJEMA ETTER ANTALL PER 1000 FØDSLER I KOMMUNEN OG ETTER JORDMOR ÅRSVERK PER 10.000 FØDSLER.	19

Sammendrag

Rapporten handler om pilotprosjektet FRIDA som er en utprøving av et tilbud om tidlig samtale for gravide om alkohol og levevaner. Prosjektet ble gjennomført av KoRus vest, Stavanger på oppdrag fra Helsedirektoratet og startet opp i fem kommuner i Rogaland i 2012 (Sandnes, Sola, Klepp, Gjesdal og Hå). Første pulje med jordmødre hadde opplæring i oktober og startet med samtaler i månedsskiftet nov./des. samme år. Tre nye kommuner kom med i henholdsvis mars (Time) og mai 2013 (Karmøy og Haugesund).

Evalueringen gir informasjon og formidler erfaringer fra pilotprosjektet og dets gjennomføring ved å påpeke styrker og svakheter i opplegget slik at tilbudet kan videreutvikles. Evalueringen belyser hvordan gravide opplever tidlig samtale og om gravide og helsepersonell er trygge og positive til den metodiske tilnærmingen i pilotprosjektet.

Mål for pilotprosjektet er å utvikle og utprøve en tidlig samtale om alkoholbruk og levevaner i graviditet. Hensikten er at gravide skal få en tidlig samtale med helsepersonell hvor de får informasjon og veiledning om alkohol og det som kan skade fosteret.

Rapporten har tatt opp disse spørsmålene:

- Hvordan prosjektet lyktes å nå gravide i en tidlig fase.
- Hvordan prosjektet ble organisert i helsetjenesten i kommunene.
- Hvordan samtalene ble gjennomført i praksis.
- Hvordan støttemateriellet fungerte.
- Om det ble formidlet et klart budskap om avhold.
- Hvordan gravide/par erfarte samtalen og tilbudet.
- Hvordan helsepersonell etter å ha praktisert tidlig samtale, ser på tiltaket.

Erfaringer vi har gjort i pilotkommunene forteller at de gravide uttrykker et behov for dette tilbudet og jordmødrene uttrykker at dette er et tilbud de mener er framtidsrettet og dekker et reelt behov hos de gravide.

Strukturelt er det derimot hindringer i svangerskapsomsorgen for å gjennomføre denne typen samtaler. Det første gjelder anbefalt tidspunkt for første konsultasjon. Det andre gjelder refusjonsordningen, hvor tidlig samtale ikke ligger inne. Det tredje er forholdet mellom fastleger og jordmødre og deres utydelige oppgavefordeling innenfor svangerskapsomsorgen. For det fjerde er jordmortjenesten ulikt utbygd i kommunene, slik at det også kan bli spørsmål om tilgjengelig kapasitet. Det eksisterer heller ingen normtall kommunene må forholde seg til. Piloten er gjennomført med et tillegg i stilling tilsvarende en halv arbeidsdag for hver jordmor som har gjennomført samtaler, dette avspeiler ikke normalsituasjonen i kommunene.

Utfordring å nå gravide tidlig

Det ble en utfordring for jordmødrene i pilotkommunene å nå den gravide fra positiv graviditetstest til innen utgangen av uke 9. Ett forhold er knyttet til *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* (Sosial- og helsedirektoratet 2005a) hvor det anbefales første konsultasjon i uke 8 – 12. Denne foregår i all hovedsak hos fastlegen, med unntak for Hå kommune hvor jordmor gjennomfører første konsultasjon, og gjerne først i uke 10 – 12. Det var derfor ingen rutiner på forhånd i kommunene med tidlig samtale med jordmor før uke 10. Samtlige kommuner, unntatt Hå, har en dekningsgrad i jordmortjenesten på 50 – 60 prosent av de gravide i kommunen. Noen går bare til fastlege eller benytter private jordmorklinikker.

I følge jordmødrene velger høyt utdannede kvinner i større grad å gå til jordmor i svangerskapet enn andre. Allerede her skjer det en seleksjon av gravide. I spørreskjemaundersøkelsen kommer det fram at kvinner med høyskole- eller universitetsutdanning er sterkt overrepresentert blant de som møtte til tidlig samtale. I spørreskjemaundersøkelsen hadde 52 prosent høyere utdanning mot 37 prosent blant kvinner i fertil alder i Rogaland. I de personlige intervjuene med gravide hadde 75 prosent høyere utdanning.

Ett unntak er Hå kommune. Her er det rutine at alle gravide kommer til første konsultasjon hos jordmor. Hå har den laveste andelen av personer med høy utdanning, og har en noe yngre alderssammensetting enn i de andre kommunene. Gravide som kommer til samtale i Hå er antakelig noe mindre selektert enn i de andre kommunene.

I og med at tidlig samtale ikke tar hensyn til ulikheter i språkferdigheter og kulturforståelse, og blir gitt alle gravide uten særlige tilpasninger for enkelte grupper, kan innvandrerkvinner falle utenfor tilbudet.

I forbindelse med rekruttering av gravide til samtale er det foretatt mye informasjonsarbeid i kommunene.

Organisering

Organiseringen av FRIDA har fungert godt i pilotkommunene.

Pilotprosjektet FRIDA ble organisert under helsestasjonen i kommunene, hvor også jordmødrene er ansatt. Alle jordmødre og ledende helsesøster i prosjektet deltok i to opplæringsdager i regi av KoRus vest, Stavanger og Helsedirektoratet.

De involverte kommunene ligger alle under landsgjennomsnittet for årsverk av jordmødre per 10 000 fødsler, med unntak av Sola kommune som ligger relativt høyt på jordmordekning. I prosjektperioden har alle jordmødre fått en økning i sin stilling tilsvarende 10 % av full stilling, noe som utgjør en halv dag per uke øremerket FRIDA-prosjektet.

Pilotkommunene i FRIDA-prosjektet er store eller mellomstore. Pilotprosjektet må derfor ta høyde for at små kommuner kunne hatt andre erfaringer.

Bortsett fra Hå kommune har ingen av de andre kommunene noen tradisjon eller rutine for at gravide bør oppsøke jordmor til første gangs konsultasjon. Vanligvis har gravide oppsøkt fastlege først, og da gjerne etter uke 10.

Man regner med at ca. halvparten av de gravide oppsøker den kommunale jordmor i løpet av svangerskapet. Unntaket er Hå kommune, hvor både jordmor og leger er kommunalt ansatte, og har en arbeidsdeling hvor jordmor gjennomfører første konsultasjon.

I distriktet er det flere private jordmorklinikker.

Samtalen i praksis og støttemateriellet

Jordmødrene mener at opplæringsdagene har vært inspirerende og motiverende for å delta i prosjektet. Kunnskaper om alkohol og fosterskader er blitt oppgradert. Jordmødrene har hatt mye nytte av samtalemetodikken og har nevnt behovet for mer trening i dette.

Jordmødrene generelt er fornøyde med støttemateriellet og sier at de har tilgjengelig det materiellet de trenger og savner ingenting. Andre kommentarer er at materiellet er instruktivt, oversiktlig og fungerer som et godt hjelpemiddel både til samtalene og til å friske opp kunnskap. Jordmødrene beskriver overveiende gode erfaringer med samtaleverktøyene meny-agenda og kartleggingsskjemaet TWEAK.

Heftet «FRIDA» blir beskrevet som nyttig og oversiktlig, men er tatt i bruk i ulik grad. De gravide var positive til informasjonsmateriellet.

De gravide bruker i stor grad Internett som kilde til informasjon. Jordmødrene ser behov for å hjelpe de gravide med kildekritikk i forhold til all informasjonen som finnes på nettet. Mange gravide er godt informert om alkohol, men det eksisterer ulike holdninger til alkoholbruk når man prøver å bli gravid eller før positiv graviditetstest.

Kosthold skiller seg ut som et viktig tema som det også eksisterer en del usikkerhet og myter omkring. Det er kanskje vel så stort behov for informasjon om kosthold og fysisk aktivitet/trening.

Mange er usikre på hva de kan gjøre av fysisk aktivitet/trening. Resultatet kan bli at man får for lite aktivitet og er for passive, fysisk. Dette er en utfordring blant etnisk norske, men enda større i enkelte innvandrergupper.

Både røyk og snus er en tematikk, men på helsekort og på den første utgaven av meny-agenda er det røyking som blir tematisert.

I samtalene beskriver jordmødrene ulike dilemmaer som oppleves som vanskelige å håndtere. Disse dilemmaene oppstår gjerne i spennet mellom egne holdninger, verdier og erfaringer på den ene siden, og forståelsen av hva som er forventet av dem i deres profesjonelle rolle som jordmor på den andre.

- Hvordan formidle budskap om nulltoleranse og fortelle om skadevirkninger for fosteret uten å skremme gravide som har drukket alkohol tidlig i svangerskapet?
- Hvordan balansere mellom rollen som god samtalepartner og rollen som rådgiver når gravide oppgir å ha en usunn livsstil?

- Hvordan følge opp den gravide når det i TWEAK-skjemaet rapporteres om problematisk forbruk av alkohol i året før svangerskapet?

I tillegg oppleves overvekt som et vanskelig og følelsesladet tema. Her savnet jordmødrene mer kunnskap og etterlyser egne tilbud i kommunene til denne gruppen kvinner i løpet av svangerskapet.

Klart budskap om avhold

Jordmødre mener at budskapet om nulltoleranse for bruk av alkohol i svangerskapet er tydelig i samtalen. Intervjuundersøkelsen viser at de gravide oppfatter et klart budskap om nulltoleranse i løpet av samtalen, men mange mener at tema som kosthold og trening er vel så viktig, og at de ikke fikk så mye ny informasjon om alkoholbruk. For noen ble imidlertid informasjon om skader på fosteret i forbindelse med alkoholbruk opplevd som nyttig.

Enkelte gravide reagerer negativt på kartleggingen av alkoholbruk i året før man ble gravid. Mange føler seg ikke i målgruppen for skadelig bruk av alkohol.

Hvordan gravide og par erfarte samtalen

Gravide som har deltatt i personlige intervjuer er positive til tidlig samtale og føler seg godt ivaretatt i samtalen. Flertallet mente at de ikke fikk så mye ny kunnskap når det gjaldt alkohol, mens enkelte syntes det motsatte. De gravide opplevde at jordmødrene ga seg god tid til samtalen, at de viste omsorg og var kunnskapsrike. Mange beskrev nyttige råd knyttet til kosthold og aktivitet, og følte en økt trygghet i graviditeten etter samtalen.

Hvordan helsepersonell ser på tilbudet

Jordmødrene er positive til FRIDA og påpeker viktigheten av tidlig informasjon som grunnlag for informerte valg i svangerskapet. De mener at tidlig samtale burde tas med i de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen.

Jordmødrene uttrykker bekymring for fortsettelsen av tidlig samtale etter at prosjektperioden er over, grunnet manglende ressurser i kommunene.

Ledende helsesøstre finner tidlig samtale nyttig og mener at dette bør bli en del av den ordinære svangerskapsomsorgen. Man er imidlertid bekymret for kapasiteten til å gjennomføre samtale etter prosjektperioden.

Hå er et unntak blant pilotkommunene fordi flertallet av gravide går til første konsultasjon hos jordmor. Jordmor i Hå uttrykker at de gravide viser mer skepsis og er mer tilbakeholdne til å samtale om alkohol enn det vi finner i de andre pilotkommunene. Dette kan også ha sammenheng med at det er gjort veldig tydelig i de fire andre kommunene at de som kommer på FRIDA-samtale er en del av et prosjekt. I Hå kommer de fleste gravide til jordmor for første konsultasjon, i forbindelse med denne blir FRIDA-samtalen tilbudt alle gravide som kommer innen utgangen av uke 9. Antakelig representerer de gravide i Hå bedre et gjennomsnitt av gravide i befolkningen, enn i de andre pilotkommunene.

Spørreskjemaundersøkelsen

Alle gravide som kom til samtale i de åtte kommunene fikk tilbud om å svare på et spørreskjema. Av i alt 364 samtaler, svarte 241 gravide på skjemaet innen utgangen av november, 2013. Dette blir en svarprosent på 66.

Alle samtalene mellom jordmor og den gravide tok opp temaet alkohol, men en rekke andre temaer ble tatt opp, som kosthold, fysisk aktivitet, røyking mm. De gravide selv mente at informasjon om kosthold og trening var viktigere enn alkohol.

De gravide var meget tilfredse med måten samtalen ble gjennomført på. Dette gjelder både at budskapet om alkohol var tydelig, at egne tanker ble vektlagt i samtalen, at man ble involvert i samtalen og den opplevde nytten av samtalen.

Om vanlig konsum av alkohol før kjent graviditet oppgir 60 prosent at de drakk alkohol en gang i måneden eller sjeldnere. De andre drakk noe oftere. Typisk konsum av alkohol når man drikker er mellom tre og seks alkoholenheter, noen drikker mindre og et lite mindretall drikker mer. Ingen drikker etter kjent graviditet, men enkelte hadde drukket før graviditeten var kjent. Dette skapte ikke nevneverdig bekymring blant de gravide, se 6.2.4.

Bortsett fra jordmor var Internett den mest brukte kilden til informasjon om graviditet og levevaner. Aviser, TV eller radio ble ikke beskrevet som en vesentlig kilde til informasjon.

Nær 60 prosent av de som svarte på spørreskjemaet var førstegangsfødende, de fleste yrkesaktive. Andel med høyere utdanning var som vist høy, og drøyt 40 prosent var mellom 25 og 29 år, mens det var størst andel førstegangsfødende i aldersgruppen 20 – 24 år. 85 prosent oppgir Norge som eget fødeland. De øvrige oppgir 27 ulike fødeland, med Sverige, Polen og Litauen som de største gruppene, med 1,3 prosent hver.

Innvandrere

Innvandrere ble i liten grad systematisk inkludert i FRIDA-prosjektet, men jordmødrene har pekt på utfordringer og et stort behov for informasjon blant gravide i denne gruppen. Jordmødrene etterlyser også mer kunnskap om hvordan de kan samtale med kvinner i denne gruppen om kosthold og aktivitet.

Jordmødrene nevner tre hovedgrunner for at innvandrerkvinner ikke i større grad er blitt en del av FRIDA. For det første kan det være kulturelt betinget. For det andre er et felles språk å kunne formidle dette budskapet til kvinnene på en utfordring. En tredje utfordring, som blir spesielt understreket i en av kommunene, er knyttet til arbeidsinnvandrere. Besøk hos jordmor er ofte deres første møte med norsk helsevesen, og gjerne norske offentlige institusjoner i det hele tatt. Jordmor sitter med et inntrykk av at en del norske arbeidsplasser utnytter at kvinnene ikke kjenner norsk arbeidsrett, ikke kan språket, og ikke er fagorganisert. I slike tilfeller blir veiledning og informasjon om norske helsetjenester og rettigheter i arbeidslivet prioritert foran å få dem inn i FRIDA-prosjektet, selv om det er snakket om alkohol og røyking i disse samtalene også.

1 Innledning

Rapporten handler om pilotprosjektet FRIDA, som er en utprøving av et tilbud om tidlig samtale for gravide om alkohol og levevaner. Det er utviklet et eget opplegg for disse samtaler som ble prøvd ut i pilotkommunene. Prosjektet ble gjennomført av KoRus vest, Stavanger på oppdrag fra Helsedirektoratet og startet opp i fem kommuner i Rogaland i 2012. Første pulje med jordmødre hadde opplæring i oktober og startet med samtaler i månedsskiftet nov./des. samme år. Tre nye kommuner kom med i henholdsvis mars og mai 2013.

Evalueringen skal gi informasjon og formidle erfaringer fra pilotprosjektet og dets gjennomføring ved å påpeke styrker og svakheter i opplegget slik at tilbudet kan videreutvikles. Evalueringen skal belyse hvordan gravide opplever tidlig samtale og om gravide og helsepersonell er trygge og positive til metoden.

Mål for pilotprosjektet er å utvikle og utprøve en tidlig samtale om alkoholbruk og levevaner i graviditet. Hensikten er at gravide skal få en tidlig samtale med helsepersonell hvor de får informasjon og veiledning om alkohol og det som kan skade fosteret. Målet var opprinnelig at samtalen gjennomføres innen en uke etter at helsestasjonen eller fastlege er kontaktet, fortrinnsvis i uke 6-8. Litt uti prosjektet ble dette forandret til å gjelde fra positiv graviditetstest til innen utgangen av uke 9.

I veiviseren *Tidlig samtale om alkohol og levevaner* utgitt av Helsedirektoratet, begrunnes tidlig samtale slik: «For at barnet skal få den beste starten i livet, er det viktig at alle har kunnskap om det som fremmer, hemmer eller forstyrrer fosterets utvikling. En samtale om levevaner gir den gravide mulighet til å treffe informerte valg fra begynnelsen av. For å minske risikoen for skader på fosteret, trenger gravide informasjon tidlig, aller helst så fort graviditeten er bekreftet» (Helsedirektoratet 2013:5).

Bakgrunnen for anbefalingen om totalavhold er rapporten *Alkohol og graviditet* (Sosial- og helsedirektoratet 2005b). Denne rapporten er utarbeidet av en ekspertgruppe oppnevnt av Sosial- og helsedirektoratet og hvor mandatet var å utvikle en nasjonal strategi som gjaldt forebygging, behandling og forskning om føtalt alkoholsyndrom (FAS) eller føtale alkoholeffekter (FAE). En kunnskapsoversikt konkluderer med at det ikke finnes noen sikker nedre grense for inntak av alkohol i svangerskapet, at selv små mengder kan ha livsvarig negativ innflytelse på atferd og kognitiv utvikling. I rapporten anbefales kartlegging av alkoholvaner tidlig i svangerskapet og for øvrig blir viktigheten av informasjonsarbeid og forebyggende arbeid understreket. FRIDA-prosjektet har utgangspunkt i disse anbefalingene.

Evalueringen har på denne bakgrunn et tydelig læringsperspektiv med vekt på erfaringslæring (Lindøe 2003). Metodisk har evalueringen også forgreininger til aksjonsforskning (Greenwood og Levin 1998, Engeström 2007), følgeforskning og prosessevaluering (Fitz-Gibbon og Morris 1987, Rossi og Freemann 1997).

1.1 Tidligere forskning

En treårig evaluering av alkoholforebyggende tiltak i regi av organisasjonen «AV-OG-TIL uten alkohol» ble avsluttet i 2011. (Braaten, Lie og Nødland 2011). Kampanjen var rettet mot den generelle befolkningen, og graviditet var ett av satsingsområdene. Surveyundersøkelser viser at oppslutningen om ikke å drikke alkohol når man er gravid er stor i den norske befolkningen, hele 99 prosent av befolkningen i AOTs kampanjekommuner støtter dette mot 91 prosent i befolkningen ellers. Dette illustrerer at befolkningen som helhet er positiv til graviditet som en alkoholfri sone. Lignende funn finner vi i en SynovateI-rapport fra 2009, hvor 92 % av de spurte uttrykker at det ikke er greit å drikke alkohol når man er gravid. Samtidig er det 55 % som mener at det heller ikke er greit å drikke alkohol når man prøver å bli gravid, slik at her er oppslutningen markert mindre. I en oppsummering av litteratur om alkoholforebyggende tiltak blant unge, er en generell tendens at informasjonsprogrammer rettet mot enkeltindivider har hatt mindre suksess mens samfunnsrettede og aksjonsrettede programmer kan vise til bedre resultater (NOU:2003:4, Lie 2010). Individrettede programmer med helseopplysning ser imidlertid ut til å ha god effekt for gravide (Sosial- og helsedirektoratet 2005b).

Et tidligere eksempel på kampanjer rettet mot gravide er Aksjon Rus og Graviditet fra 1985 – en informasjons- og holdningskampanje formidlet via massemedia og helsepersonell på svangerskapskontroll. En evaluering av kampanjen viste en reduksjon i forbruk av alkohol i forbindelse med svangerskap på 50 prosent. Befolkningen rapporterte også om mer restriktive holdninger til bruk av alkohol blant gravide etter kampanjeperioden (Rossow, Pape og Baklien 2010, Ihlen, Amundsen & Trønnes 1993).

En avhandling fra 2007 viser at gravide kan redusere sitt alkoholforbruk betydelig (Alvik 2007). Avhandlingen viste også at nikotin gir fødselsskader, og at røyking ble betydelig redusert i løpet av svangerskapet. Screening-spørsmål for å kartlegge risikofylt atferd ga verdifull informasjon og ble anbefalt brukt i svangerskaps- og barselomsorgen.

Kartleggingsskjemaet TWEAK blir brukt som en inngang til å snakke om alkoholbruk i FRIDA-samtalene. TWEAK-skjemaet er et todelt avkrysnings-skjema. Første del registrerer faresignaler ved alkoholbruk, og en skåre på over to poeng blir ansett som risikofylt. Andre del blir brukt for å konkretisere mengde alkohol den gravide har drukket før og etter hun ble gravid (se vedlegg). Svarene skal summeres og det er en sum før graviditet og en sum etter. En sum over 4 før graviditet regnes som risikofylt og for etter graviditet er det nulltoleranse. I siste utgave av veiviser for helsepersonell understrekes det at jordmor skal bruke skjønn når risiko vurderes, og ikke skåre på TWEAK alene.

Rapporten *Alkohol og graviditet* (Sosial- og helsedirektoratet 2005b) gjennomgår ulike screeninginstrumenter for å kartlegge alkoholbruk blant gravide. I denne rapporten omtales TWEAK som ett av flere screeninginstrumenter, og det konkluderes bl.a. med

at TWEAK¹ er et godt redskap for å avdekke alkoholbruk i svangerskapet. TWEAK er også tenkt anvendt i dette aktuelle pilotprosjektet. Måleinstrumentet AUDIT-C er et tilsvarende redskap for å måle risikofylt alkoholforbruk i den generelle befolkningen og brukes i forbindelse med de nasjonale helse- og levekårsundersøkelsene. Alkoholforbruket har økt de senere årene, og resultater fra AUDIT-C test viser at en stor andel kvinner mellom 16 og 44 år har et risikofylt forbruk (Bayer og Lie 2012). Selv om graviditet sees på som alkoholfri sone har stor oppslutning i befolkningen generelt, viser opplysninger om alkoholforbruk blant kvinner i fertil alder at det er god grunn til å informere om risiko for fosterskader.

Et annet redskap som er tenkt brukt i FRIDA-samtalene er en samtalemetodikk som bygger på grunnelementene «meny-agenda», «åpne spørsmål» og «rulle med motstand» i motiverende intervju (MI). Forebyggende intervensjoner diskuteres i rapporten *Alkohol og graviditet* (Sosial- og helsedirektoratet 2005b) og motiverende intervju trekkes spesielt frem (Miller 1996). I rapporten skrives det at MI er en empatisk, klientsentrert rådgivningsstil med sikte på å øke viljen til endring, i en støttende atmosfære. Det påpekes fra Sosial og helsedirektoratet at helseopplysningen bør gi et utvetydig råd om totalavhold i svangerskapet, at budskapet bør være lettfattelig og ikke-moraliserende, at man bør fokusere på beskyttelse framfor skremsel og at helseopplysninger også skal rette seg mot far.

I en metaanalyse utført av MI konkluderer forfatterne med at metoden hadde signifikant effekt for å bedre kroppsvekt, kolesterol, blodtrykk og alkoholforbruk. Effekten ble styrket med mer enn én samtale. Effekt på røyking var ikke signifikant (Rubak m.fl. 2005). Gravide var ikke spesielt nevnt i studiene. Om resultater om nytten av MI ved røyking hevder forfatterne i en annen oversiktsartikkel at MI har gitt best resultater når det gjelder røyking (Britt m.fl. 2004). I nok en oppsummering om MI som hjelp til å slutte å røyke, konkluderes det med at MI var effektiv når det ble gitt av allmennleger og trente rådgivere (Lai m.fl. 2011). Gravide var ikke spesielt nevnt i artikkelen.

Kunnskapssenteret har utarbeidet et litteratursøk om motiverende samtale som middel for å endre levevaner. Litteraturen dekker områdene fysisk aktivitet, kosthold, overvekt, røyking, alkoholmisbruk mm. Gravide er ikke spesielt nevnt. Eksempel på virkninger er at motiverende samtaler for det meste har en usikker effekt på kosthold og røyking, men har en positiv effekt på alkoholmisbruk. Samlet sett ser det ut til at MI har best effekt på alkoholbruk mens effekten på andre livsstilsfaktorer er mer varierende og usikker (Nilsen, Underland og Johansen 2010).

1.2 Evalueringsspørsmål

Helsedirektoratet understreker at evalueringen skal gi systematisk informasjon om prosjektet og dets gjennomføring. Følgende forhold trekkes spesielt frem:

- Hvordan prosjektet lyktes å nå gravide i en tidlig fase.

¹ TWEAK står for: Tolerance, Worried, Eye Opener, Amnesia, Cut-down.

- Hvordan prosjektet ble organisert i helsetjenesten i kommunene.
- Hvordan samtale ble gjennomført i praksis.
- Hvordan støttmateriellet fungerte.
- Om det ble formidlet et klart budskap om avhold.
- Hvordan gravide/par erfarte samtalen og tilbudet.
- Hvordan helsepersonell etter å ha praktisert tidlig samtale, ser på tiltaket.

1.3 Organisering av svangerskapsomsorgen

I Norge har allmennleger historisk sett hatt ansvar for svangerskapsomsorgen, i motsetning til andre nordiske land. Kommunal jordmortjeneste ble først lovfestet i 1995, mens svangerskapsomsorg i tilknytning til helsestasjon ble forskriftsfestet fra 1. juli 2003.

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Sosial- og helsedirektoratet 2005a) sier at gravide selv kan velge om de ønsker å gå til svangerskapskontroll hos fastlege, jordmor eller en kombinasjon av disse. Det rapporteres fra takstbruksundersøkelsen fra 2007/2008 at rundt 96 prosent av de gravide går til første konsultasjon hos allmennlege (gjengitt i St.meld. nr. 12 (2008 – 2009)). I en brukerundersøkelse fra TNS Gallup fra 2003 er tallene noe lavere, her oppgav 85 prosent av de gravide at de hadde vært til en eller flere kontroller hos sin fastlege, mens 70 prosent hadde vært til kontroll på helsestasjon under graviditeten (ibid.). St.meld. nr. 12 (2008 – 2009) slår fast at valgfrihet mellom lege og jordmor i svangerskapsomsorgen ikke er reell grunnet for få jordmorstillinger og små stillingsbrøker. I tillegg ble det vist til at den offentlige finansieringsordningen gjorde det mest økonomisk gunstig for kommunene å la fastlegene utføre svangerskapsomsorgen. Helsedirektoratet har heller ikke utarbeidet normtall for jordmortjenesten i kommunene, i motsetning til for helsesøstre.

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005a) anbefaler åtte kontroller i løpet av svangerskapet. Første kontroll tidfestes til uke 8-12. Deretter følger rutineultralød i uke 17-19, og de resterende kontrollene anbefales i ukene 24, 28, 32, 36, 38 og 40. Temaet levevaner er lagt til første konsultasjon sammen med ulike typer tester og andre orienteringer. Når helsekortet for gravide fylles ut blir også alkoholbruk registrert. Alkoholbruk blir registrert ved en enkel avkrysning av hvor ofte kvinnen drikker.

FRIDA-samtalen kommer som et tillegg til dette. I pilotkommunene er det den kommunale jordmortjenesten, lokalisert ved helsestasjonene, som gjennomfører tidlig samtale. Kommuneoverlegene har i følge prosjektleder ikke prioritert å svare på henvendelser om fastlegers deltakelse i prosjektet.

1.4 Pilotkommunene

Kommunene som fra april/mai 2012 var deltakere i pilotprosjektet er Sola, Klepp, Sandnes, Gjesdal og Hå. I 2013 kom tre nye kommuner med: Time i mars og Haugesund og Karmøy i mai. De tre sist ankomne kommunene er kun inkludert i spørreskjemaundersøkelsen i denne rapporten.

Nedenfor gir vi en beskrivelse av kommunene med utvalg av relevante parameter som rater for årsverk av jordmødre, årsverk av helsesøstre og årsverk av leger. Tabellen gir videre opplysninger om antall innbyggere og antall fødsler. Opplysningene er hentet fra KOSTRA og er fra 2012.

Tabell 1. Tall for pilotkommunene.

	Sola	Klepp	Sandnes	Gjesdal	Hå	Time	Haugesund	Karmøy	Landsnitt
Årsverk av jordmødre pr 10.000 fødte	70,0	34,7	43,2	35,5	28,2	50,7	23,4	37,7	46,3
Årsverk av helsesøstre pr 10.000 innbyggere 0-5 år	49,1	45,4	51,7	58,1	50,7	46,0	45,9	50,4	57,0
Årsverk av leger pr 10.000 innbyggere 0-5 år	3,0	3,7	3,4	2,9	3,4	3,6	4,3	3,3	5,5
Prosent nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst	84	93	87	98	62	98	65	90	79
Innbyggere per 1.1.13	24 579	18 227	70 046	11 039	17 635	17 437	35 753	41 118	
Fødte 2012	357	288	1 064	169	284	278	427	531	

I *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten* (Helsedirektoratet 2010) vises det til tall for fylkesvis jordmordekning basert på opplysninger fra 2008. Rogaland ligger her blant de nederste på skalaen, med rundt 13-14 jordmortimer per uke per 100 fødte barn. Finnmark ligger øverst med 46 timer, mens Oslo ligger helt nederst med rundt 10 timer. I samme dokument vises det til en kartlegging gjennomført av Fylkesmannen i Oslo og Akershus og en landsomfattende kartlegging utført som en del av vedtakene i St. meld. Nr. 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap*. Disse rapportene viser blant annet at jordmordekningen er geografisk skjevfordelt, med til dels svært små stillingsbrøker for jordmødrene. Årsakene til at mange gravide ikke har oppsøkt jordmor har i hovedsak skyldtes for lav jordmordekning og manglende informasjon om tilbudet. I kartleggingen fra Oslo og Akershus ble det også pekt på for liten tid til å følge opp brukere med språklig og kulturell minoritetsbakgrunn, manglende strukturert samarbeid med fastleger og manglende tid til å prioritere faglig utvikling. Det kan virke som om dette preger rammene for arbeidet til jordmødrene også i pilotkommunene.

1.5 Formell organisering av FRIDA-prosjektet

Helsedirektoratet initierte pilotprosjektet «Tidlig samtale med gravide om alkoholbruk og levevaner». Ved KoRus vest, Stavanger har det i hele prosjektperioden vært ansatt en prosjektleder i 50 % stilling. Prosjektlederen har hatt tett og jevnlig kontakt med både Helsedirektoratet, jordmødre og ledende helsesøstre i pilotkommunene.

Prosjektet startet formelt opp ved ansettelse av prosjektleder 1. august 2012. Allerede i juni 2012 startet arbeidet med å rekruttere kommuner. Jordmødre på helsestasjoner og fastleger i seks kommuner fikk tilbud om å delta i prosjektet. Fem kommuner takket ja til deltagelse. Ingen leger ønsket å delta. Det ble sendt skriftlig informasjon om prosjektet til kommuneleger, rådmenn, fastleger og apotek i de aktuelle kommunene. Første samling/opplæringsdag for jordmødrene ble arrangert 5. oktober 2012 og i månedsskiftet november/desember startet de opp med samtaler. I mars 2013 gikk den opprinnelige prosjektlederen over i ny stilling, men fortsatte i den lokale arbeidsgruppen. Ny prosjektleder ble rekruttert fra samme arbeidsgruppe, slik at kontinuiteten i prosjektet ble ivarettatt.

For å følge prosjektet er det opprettet en referansegruppe hvor Gynekologisk forening, Forening for allmennmedisin, Jordmorforeningen, Jordmorforbundet samt sentrale fagpersoner har vært representert. I tillegg har det vært opprettet en lokal arbeidsgruppe, sammensatt av lokale fagpersoner, bestående av jordmor, helsesøster, psykologspesialist og prosjektleder. International Research Institute of Stavanger (IRIS) har hatt i oppdrag å evaluere forsøket.

Fem pilotkommuner har vært med siden starten av prosjektet: Hå, Gjesdal, Klepp, Sola og Sandnes. I løpet av prosjektperioden skjedde en utvidelse med 3 kommuner: Karmøy, Time og Haugesund. FRIDA-samtalene er ikke med i refusjonsordningen, og hver av de deltakende jordmødrene fikk økt sin stilling tilsvarende 10 % av full stilling for å arbeide med prosjektet. Dette innebærer en halv dag per uke som skulle brukes til samtaler eller annet arbeid knyttet til prosjektet - for eksempel tiltak for å gjøre tilbudet kjent blant gravide.

Jordmødrene har gjennomgått tre opplæringsdager i regi av Helsedirektoratet og KoRus vest, Stavanger. Opplæringsdagene har i hovedsak bestått av opplæring i bruk av meny-agenda, TWEAK-skjema, teori og øvelser knyttet til bruk av samtalemetodikk, faglig oppdatering og oppdatering på FRIDA-prosjektet. Samtalemetodikken er inspirert av motiverende intervju (MI). Prinsippene fra metodikken gjennomsyrrer støttemateriellet som er utarbeidet av Helsedirektoratet. Jordmødrene har i tillegg fått utdelt litteratur (Ivarsson 2010), og litteraturtips om videre lesing i bruk av metodikken. Det er vektlagt at MI er en krevende metode å sette seg inn i og krever mye mer omfattende skoling enn det jordmødrene i prosjektet har fått. Kartleggingsskjemaet TWEAK benyttes i hver samtale, og det er utviklet et samtalskjema kalt meny-agenda som bidrar til å bestemme innhold i samtalene. I den opprinnelige utgaven er folat, kosthold, alkohol, medikamenter og røyking satt inn som egne temaer. I tillegg er det to åpne bobler hvor den gravide kan foreslå egne temaer. Den gravide blir bedt om å rangere hvilke temaer hun mener er viktigst og som hun ønsker å starte med. I en revidert utgaven av meny-agenda, som nå finnes i veiviseren for helsepersonell, er temaene fysisk aktivitet,

kosthold/folat, alkohol/rusmidler, røyk/snus og medikamenter/helsekost (Helsedirektoratet 2013).

Parallelt med prosjektet har Helsedirektoratet videreutviklet og ferdigstilt en veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen, *Tidlig samtale om alkohol og levevaner* (2013). Prosjektlederne har vært involvert i dette arbeidet og når Helsedirektoratet har utviklet noe nytt, har arbeidsgruppen og referansegruppen blitt involvert. Både interne og eksterne fagpersoner har vært med på å kvalitetssikre heftet på alle temaer.

1.6 Metode

Erfaringslæring er et overordnet perspektiv på evalueringen. Målet er å videreutvikle tidlig samtale ved å lære av styrker og svakheter i pilotprosjektet og av erfaringer fra helsepersonell samt den gravide.

Opplegget for evaluering av pilotundersøkelsen bygger på 1) en spørreskjemaundersøkelse blant de gravide som kommer til samtale hos jordmor, 2) individuelle personlige intervjuer med et mindre utvalg gravide 3) intervjuer med deltagende jordmødre og 4) ledende helsesøstre og det er gjennomført 5) to gruppeintervjuer med deltagende jordmødre.

1.6.1 Spørreskjema

En sentral metode er bruk av spørreskjema til alle gravide som har møtt til samtale. I utgangspunktet ønsket vi at alle gravide fikk utdelt et forholdsvis enkelt spørreskjema om erfaringer de hadde gjort i forbindelse med pilotprosjektet som rekruttering, informasjonsmateriale og selve samtalen. Til dette formålet er det utarbeidet et eget spørreskjema (se vedlegg).

Alle gravide som møtte til samtale fikk tilbud om å svare på et spørreskjema. Spørreskjemaundersøkelsen var anonym og kunne besvares på papir eller elektronisk.

Jordmødre noterte antall samtaler som ble gjennomført. Per 31.11.13 var det registrert 364 samtaler, hvorav 241 personer svarte på spørreskjemaet. Dette gir en svarprosent på 66.

1.6.2 Intervju med gravide

Hver jordmor fikk ansvar for å rekruttere tre gravide som hadde vært til FRIDA-samtale. Det ble satt av tre datoer fordelt ut over våren 2013, hvor jordmor ble bedt om å spørre gravide som var til tidlig samtale om å delta i evalueringen. Informasjon om evalueringen ble delt ut av jordmor med spørsmål om samtykke til deltakelse (se vedlegg). Gitt samtykke til intervju, har forskere fra IRIS oppsøkt informanten og inngått avtale om tidspunkt for intervju. Intervjuet fant sted så snart som mulig etter samtalen med jordmor. Det er utarbeidet egen intervjuguide til de individuelle intervjuene (se vedlegg).

Det ble rekruttert 20 gravide til intervju. 12 av disse intervjuene ble gjennomført. Frafallet av gravide skyldes i hovedsak helseproblemer tilknyttet svangerskapet. Intervjuene har gitt muligheten til å kunne gå noe i dybden på ulike spørsmål og få fram

nyanser i den gravides erfaringer. Samtidig er det en skjevfordeling i hvem vi fikk til intervju, ved at andelen av kvinner med høyere utdanningen er 75 %.

1.6.3 Intervju med helsepersonell

Når det gjelder intervju av helsepersonell, har vi gjennomført individuelle intervjuer med ledende helsesøster i tre kommuner, de to prosjektlederne og intervjuer med samtlige av de 11 deltakende jordmødrene i de fem pilotkommunene. Med jordmødrene er det foretatt både individuelle intervjuer og intervjuer i gruppe. De individuelle intervjuene med helsepersonell omfatter tema som rekruttering, organisering, innhold i samtalen, bruk av støttemateriell og opplæring (se vedlagte intervjuguider). Intervjuene med helsepersonell ble gjennomført ved personlig frammøte av forsker i den aktuelle kommunen.

Det er i tillegg gjennomført to fokusgruppeintervjuer med jordmødrene. Fokusgruppene ble satt sammen av jordmødre fra de ulike pilotkommunene. Målet var å presentere deltakerne for situasjoner som er blitt spesielt problematisert i de individuelle intervjuene. Disse situasjonene ble utgangspunkt for kommentarer og diskusjon blant deltakerne, med tanke på å belyse erfaringer som var gjort ved bruk av samtalemotodikken. Denne metoden er lett inspirert av forskningstradisjonen Developmental Work Research (DWR), som har vist seg å fungere godt for å skape «nøytrale» arenaer når læreres praksis skal diskuteres. Den skaper en viss nærhet gjennom gjenkjenning av situasjoner, og den skaper tilstrekkelig distanse til at deltakerne i intervjuene åpner opp for å delta i en refleksjon rundt problemstillingene (Hauge m.fl. 2012).

1.7 Disposisjon av rapporten

I neste kapittel gjengir vi resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen. I kapittel tre vises hvordan pilotprosjektet ble organisert i helsetjenesten i de ulike kommunene. Kapittel fire drøfter hvordan prosjektet lyktes i å nå gravide i en tidlig fase. Kapittel fem tar opp erfaringer fra de gravide og helsepersonell om samtalen, mens kapittel 6 viser hvordan samtalen ble gjennomført i praksis. Gruppeintervjuene med jordmødre om samtalemotodikken benyttet i tidlig samtale, belyses i kapittel sju.

2 Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen

Spørreskjemaet inneholdt 18 spørsmål (se vedlegg). Flere spørsmål handlet om ulike sider ved samtalen. Det ble spurt om hvilke tema som ble tatt opp i samtalen, om noen tema var ubehagelige og hvilke tema den gravide synes var spesielt viktige. Vi spurte også om den gravide syntes budskapet om nulltoleranse for alkohol var tydelig, om den enkeltes tanker ble vektlagt i samtalen, om den gravide ble involvert i samtalen på en tilfredsstillende måte, om de opplevde nytte av samtalen og om de ville anbefalt slike samtaler til andre under graviditet.

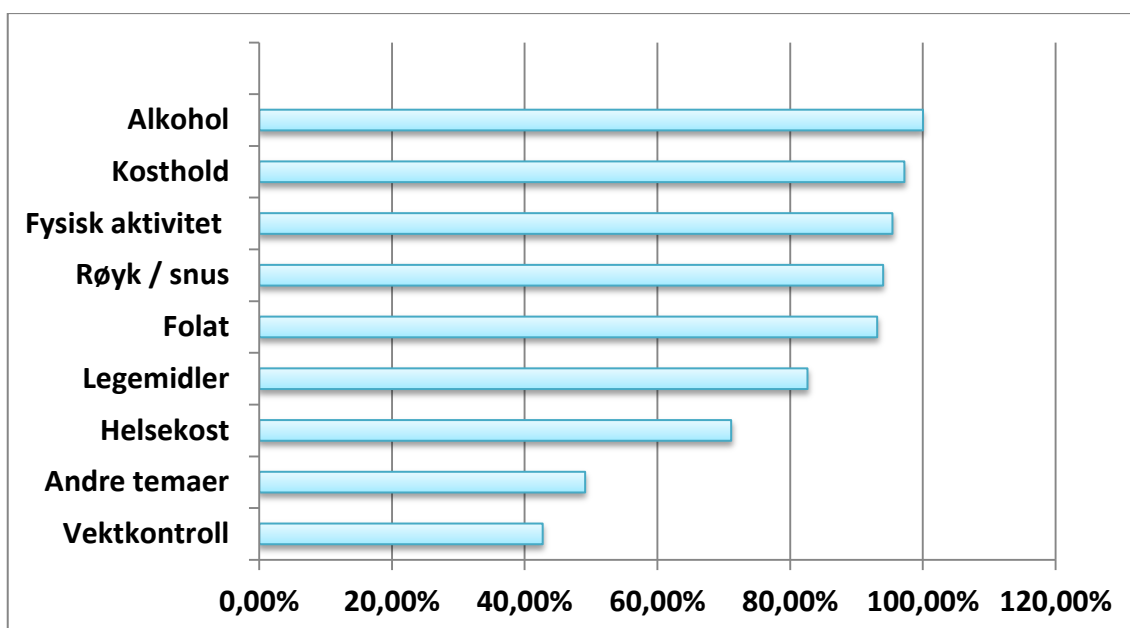
Skjemaet inneholdt også et par spørsmål om konsum av alkohol, om forbruket ble redusert etter kjent graviditet og om hvordan den gravide ble kjent med tilbudet. Til slutt i skjemaet ble det stilt enkelte bakgrunnsspørsmål som hvor mange fødsler vedkommende hadde vært igjennom, utdanning, livsopphold, alder, boligkommune, fødeland og uke de oppsøkte jordmor.

2.1 Temaene i samtalen

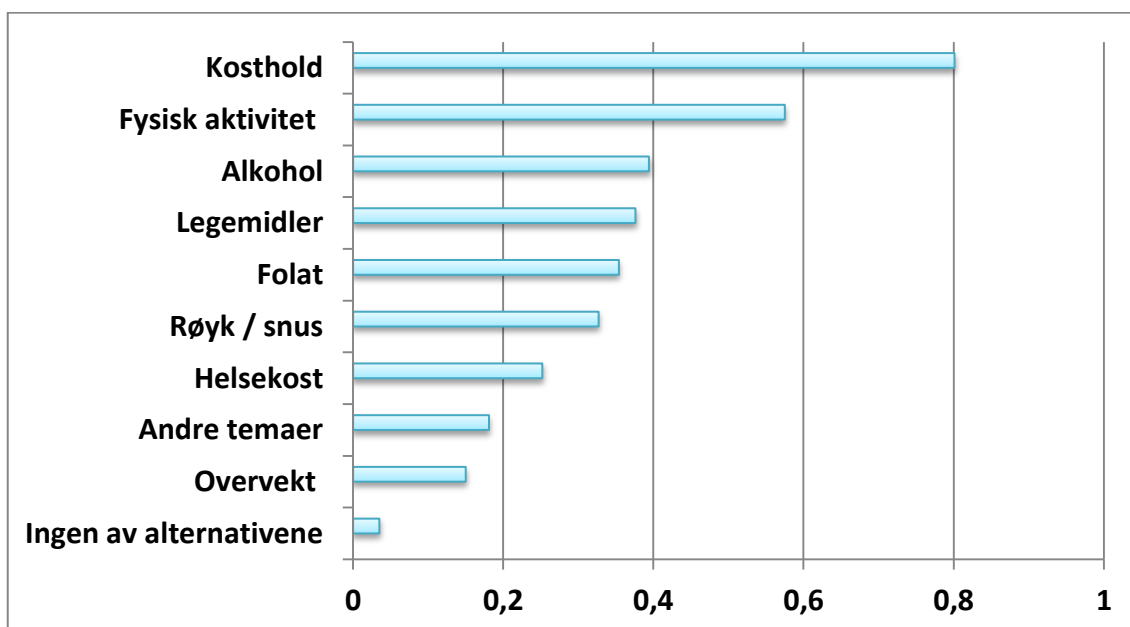
Til grunnlag for samtalen hadde jordmor skjemaet meny-agenda med ulike tema som den gravide kunne velge mellom. Svarene viser at man i alle samtalen tok opp temaet alkohol, men også andre tema ble tatt opp. I de fleste samtalen var kosthold, fysisk aktivitet, røyk/snus og folat oppe som tema, se *Figur 1*.

Vi spurte den gravide om tema det var spesielt viktig å snakke om. I svarene kom temaene kosthold og fysisk trening på topp, se *Figur 2*. Selv om temaet alkohol ble tatt opp i alle samtalen, syntes altså den gravide at dette ikke var det viktigste temaet, både kosthold og fysisk aktivitet ble vurdert som viktigere.

Sett på bakgrunn av den gravides utdanning, var denne tendensen sterkest blant gravide med høyest utdanningsnivå. Denne gruppen var minst opptatt av informasjon om alkoholbruk.



Figur 1. Hvilke tema ble tatt opp i samtalen. (N=241) Prosent



Figur 2. Tema de gravide syntes det var spesielt viktig å snakke om. Prosent

2.1.1 I hvilken grad synes du informasjon om alkohol i svangerskapet var tydelig?

Vi stilte fire spørsmål om hva den gravide syntes om innholdet i samtalen. Vi spurte om informasjon om alkohol var tydelig, om den gravides egne tanker og betraktninger ble vektlagt i samtalen, om den gravide var tilfreds med den måten de ble involvert i

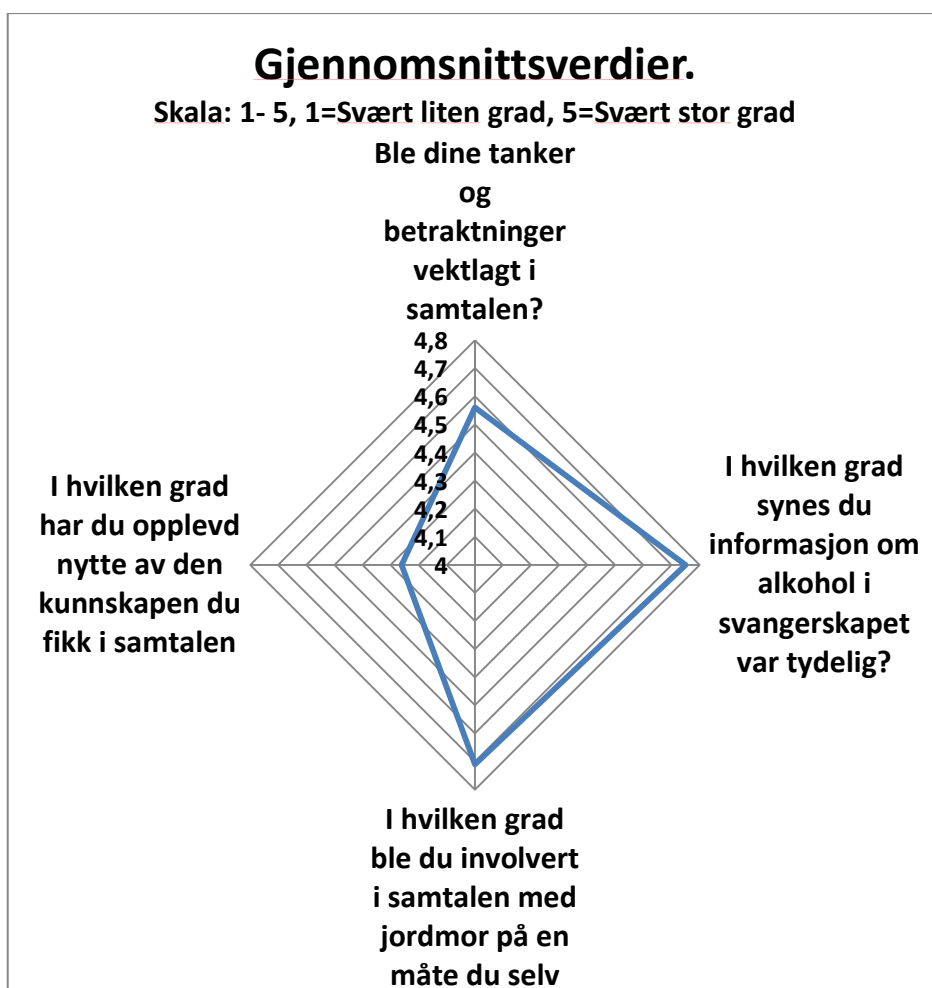
samtalen og til slutt i hvilken grad har den gravide opplevd nytte av den kunnskapen de fikk i samtalen.

Alle spørsmålene fikk høy skåre på en skala fra 1 til 5, hvor 1=I liten grad og 5=I stor grad. Alle skåret over fire på skalaen, hvilket vil si at de gravide ga en meget positiv vurdering av spørsmålene, Tabell 1. Det var likevel litt forskjell i skårene, og spørsmålet om nytte av kunnskapen av samtalen fikk lavest skåre, men fremdeles positivt. Dette kan bety at mange av de gravide hadde god kunnskap om temaene fra før, særlig alkohol, og at dette påvirket opplevelsen av nytten av kunnskapen i samtalen. Figur 3 illustrerer dette.

De fleste, 96 prosent, ville anbefalt andre å ta en tidlig samtale med jordmor.

Tabell 2. Spørsmål om samtalen. Gjennomsnittsskåre. Skala går fra 1 – 5, hvor 1=I liten grad og 5=I svært stor grad.

Spørsmål	Gjennomsnittsskåre (skala 1 – 5)
I hvilken grad synes du informasjon om alkohol i svangerskapet var tydelig?	4,74
Ble dine tanker og betraktninger vektlagt i samtalen?	4,57
I hvilken grad ble du involvert i samtalen med jordmor på en måte du selv var tilfreds med?	4,72
I hvilken grad har du opplevd nytte av den kunnskapen du fikk i samtalen	4,28



Figur 3: Spørsmål om samtalen. Skala går i utgangspunktet fra 1 – 5, hvor 1=I liten grad og 5=I svært stor grad. Figuren viser bare skalaen fra 4 til 5.

2.2 Alkoholkonsum

Vi stilte enkelte spørsmål om alkoholkonsum i spørreskjemaet. Den gravide hadde da allerede svart på TWEAK-skjemaet som inneholdt ganske detaljerte spørsmål om alkoholkonsum. Spørsmålene i vårt spørreskjema var:

- Omtrent hvor ofte har du drukket alkohol det siste året før du ble gravid, hvis du tenker på ditt typiske forbruk?
- Hvor mange glass/alkoholenheter drakk du vanligvis før du ble gravid det siste året, typisk dag når du drikker alkohol.
- Har du redusert forbruket av alkohol etter at du ble gravid, eller er forbruket det samme som før?

Når det gjelder vanlig konsum siste året før graviditet, svarte nær 60 prosent at de drakk en gang i måneden eller sjeldnere. Kun fire prosent svarte 2-3 ganger i uken, mens 27 prosent svarte 2 – 4 ganger i måneden, Figur 4.

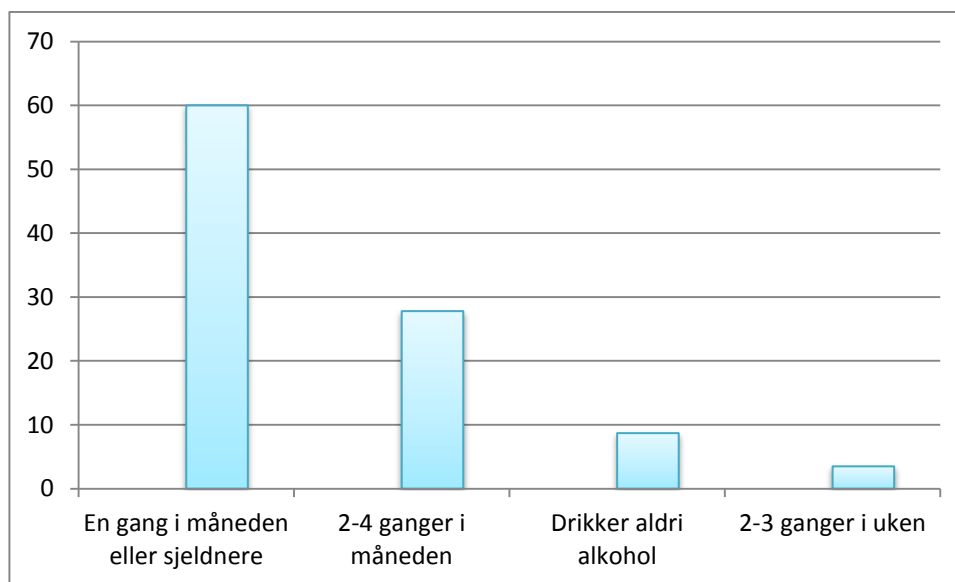
Typisk konsum når kvinnene drikker alkohol viser at 30 prosent drikker 1 – 2 alkoholenheter, mens drøyt 40 prosent drikker mellom tre og seks enheter, Figur 6. Det

er ingen systematisk sammenheng mellom hyppighet av drikking og antall alkoholenheter, men kvinner med høyest utdanning drikker minst når de drikker.

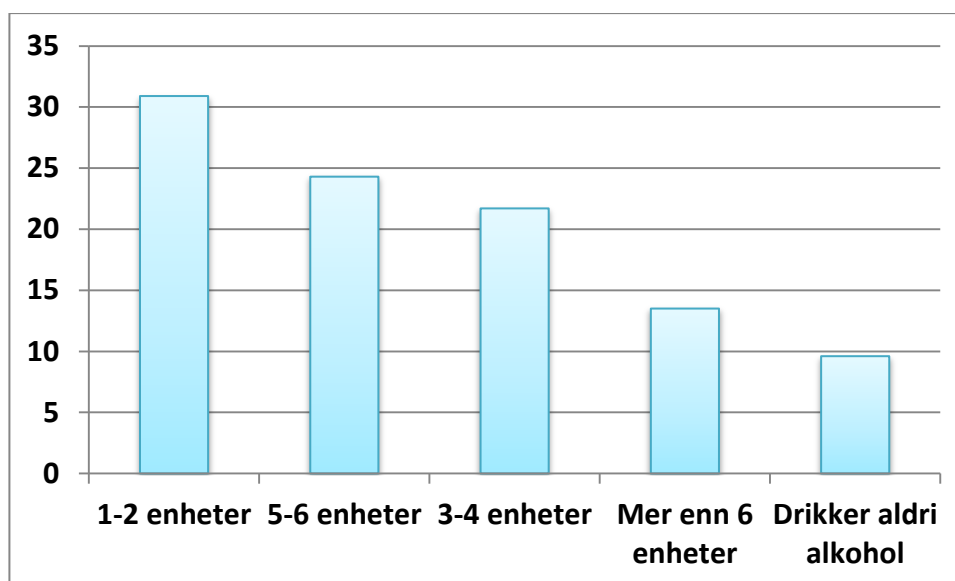
Ingen drikker alkohol etter kjent graviditet

Ikke uventet svarte alle at de ikke hadde drukket alkohol etter kjent graviditet. En andel på ti prosent svarte at de aldri drikker alkohol. Gjennom personlige intervju med den gravide kom det fram at et noe høyere antall gravide hadde drukket alkohol før de visste om sin graviditet. Uansett hva man drakk før, var konsumet helt redusert etter kjent graviditet. Dette tyder på at den gravide i stor grad var klar over risiko for fosterskade under svangerskapet. Nær samtlige svarer også bekreftende på dette. Et par personer svarte imidlertid at de var usikre på risiko eller at de mente de kunne drikke litt uten at det førte til fosterskade.

Vi hadde mistanke om at vurdering av risiko hadde sammenheng med utdanning, men dette stemte ikke, og vi fant her ingen systematisk sammenheng.



Figur 4: Hvor ofte har du drukket alkohol det siste året før du ble gravid, hvis du tenker på ditt typiske forbruk. Prosent

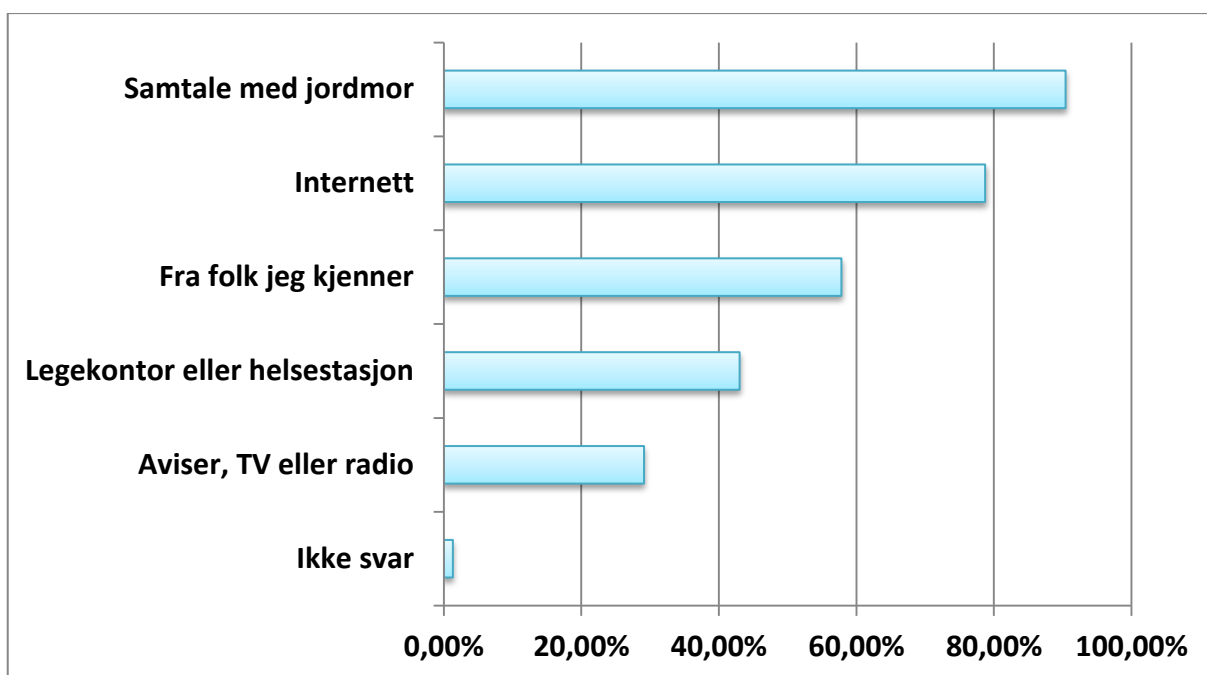


Figur 5: Hvor mange glass/alkoholenheter drakk du vanligvis før du ble gravid det siste året, en typisk dag når du drikker alkohol. Prosent

2.3 Informasjon

Hvor har du fått opplysninger eller informasjon om graviditet og levevaner: Internett viktig kilde

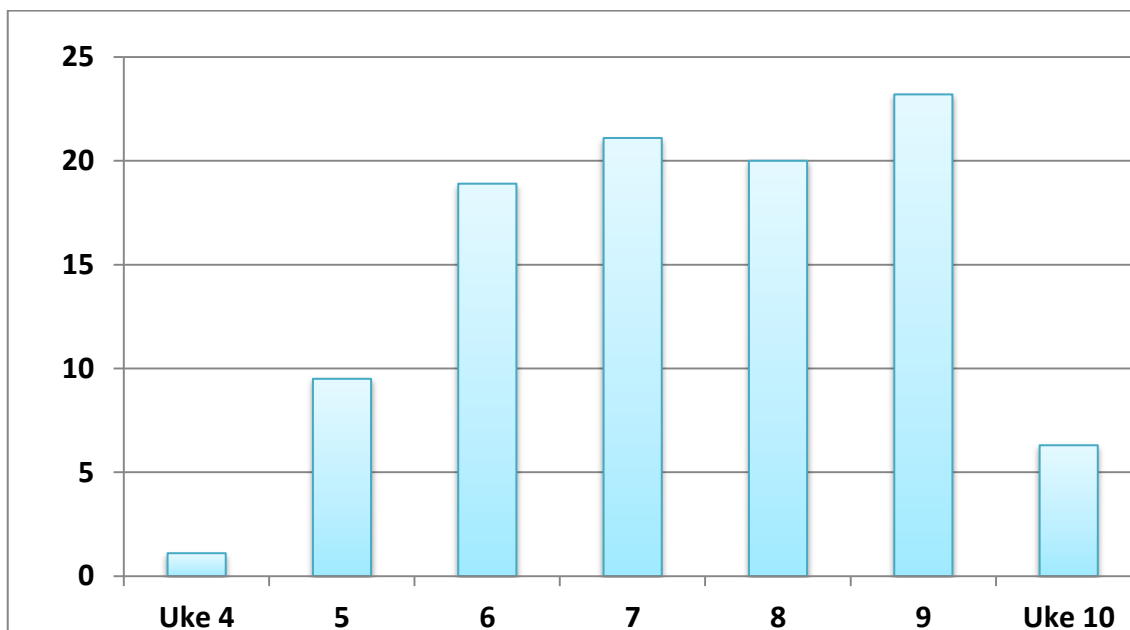
På spørsmål om hvor den gravide hadde fått informasjon om graviditet og levevaner, oppgir den gravide tre forskjellige kilder til informasjon i gjennomsnitt. Som forventet svarte den største andelen, 91 prosent, at de fikk informasjon fra jordmor. Bortsett fra dette var Internett den hyppigste kilden til informasjon med nær 80 prosent, *Figur 6*. Aviser, TV og radio skårer lavt med rundt 30 prosent.



Figur 6: Hvor har du fått opplysninger eller informasjon om graviditet og levevaner?
Flere svar er mulig. Prosent

2.4 Uke i svangerskapet man tok kontakt med jordmor, uke 7 i gjennomsnitt

Av de som svarte, har 64 prosent svart at samtalen fant sted i ukene 7, 8 eller 9. Gjennomsnitt er uke 7, Figur 7.

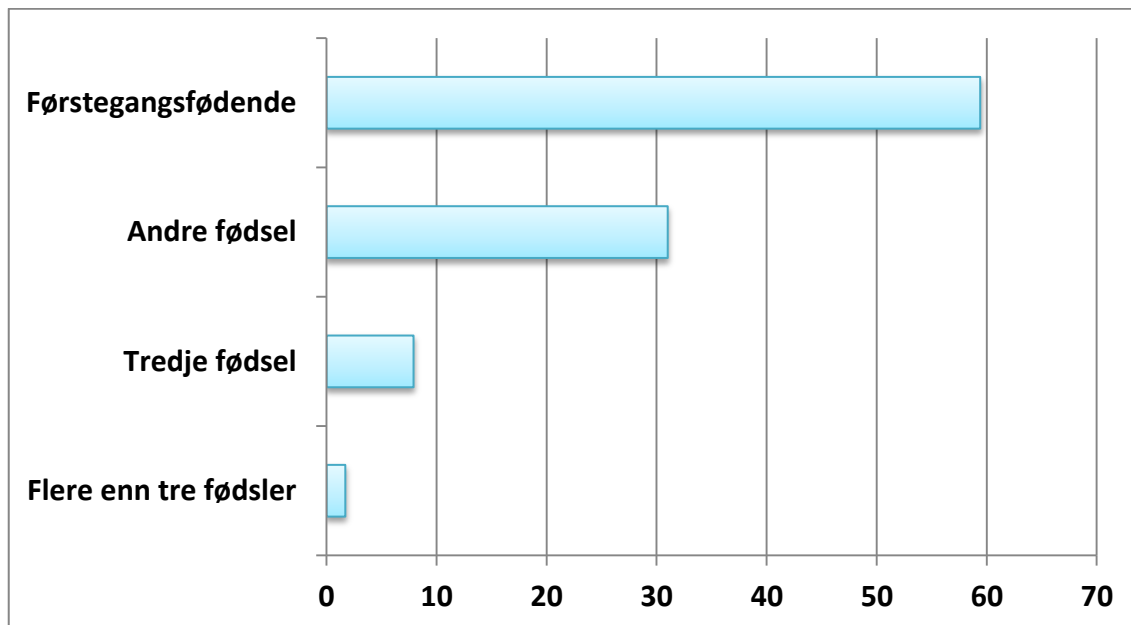


Figur 7. Kontakt med jordmor, uke i svangerskapet. Prosent

2.5 Bakgrunnsopplysninger

2.5.1 Har du barn fra før? 58 prosent er førstegangsfødende

Godt over halvparten, 58 prosent, er førstegangsfødende, mens 30 prosent har sin andre fødsel.



Figur 8. Har du barn fra før.

2.5.2 De fleste gravide er yrkesaktive

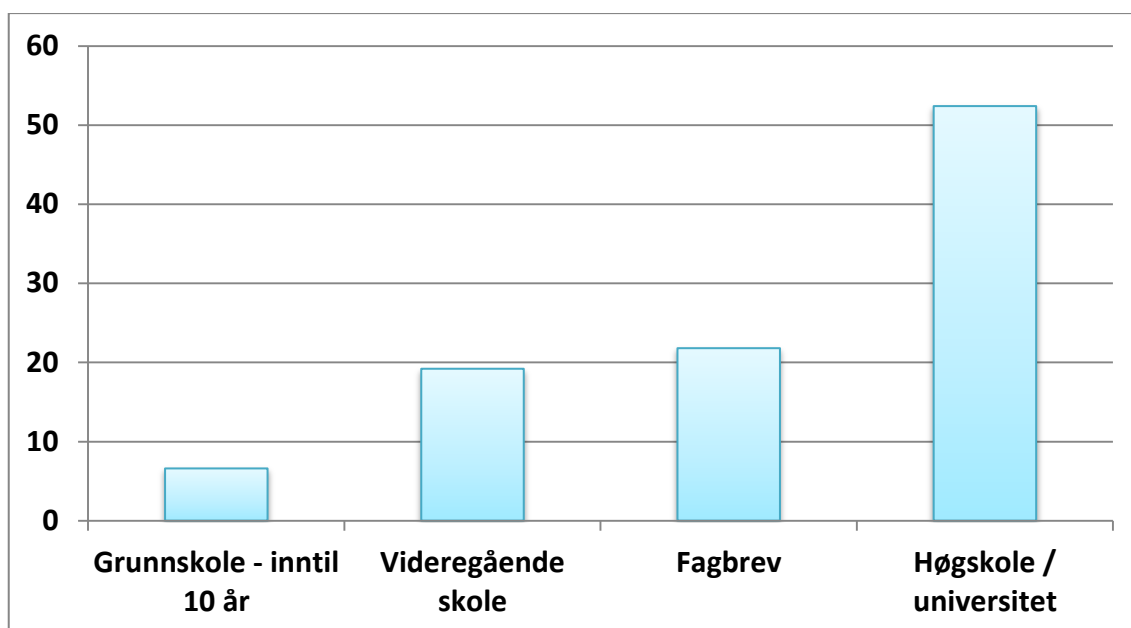
Flertallet, nær 90 prosent, er yrkesaktive og har inntekt av eget arbeid som viktigste kilde til livsopphold. Et fåtall har trygdeytelser eller er forsørget av andre.

2.5.3 Høy andel med høyskole eller universitetsutdanning

En andel på 52 prosent har høgskole eller universitet som høyeste utdanning, mens 40 prosent har utdanning på videregående nivå, inkludert fagbrev.

Utdanningsnivået blant de gravide som er møtt opp til samtale med jordmor er langt over gjennomsnittet for hele befolkningen. For Rogaland fylke er andelen kvinner i fertil alder med høyere utdanning på 37 prosent, noe som tilsvarer landsgjennomsnittet (SSB 2013).

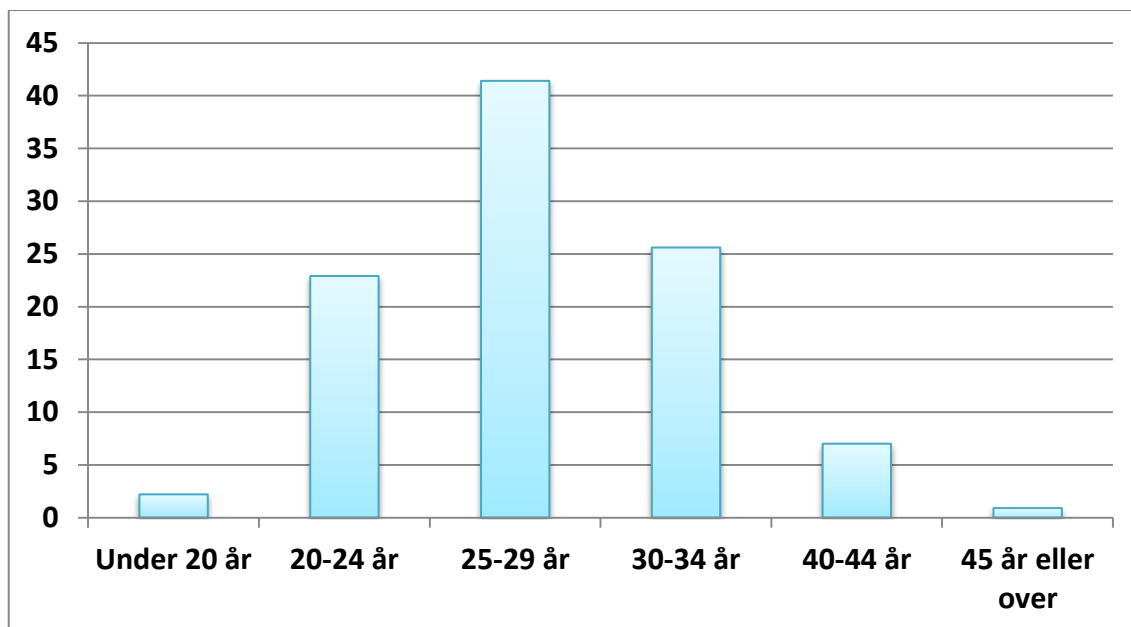
Dette viser at kvinner som oppsøker jordmor er klart selektert etter utdanning. Kvinner med høyere utdanning er sterkt overrepresentert. Også blant kvinner som ble personlig intervjuet var andelen med høyere utdanning stor, 75 prosent. Dette viser at gravide som har deltatt i pilotprosjektet representerer et høyt utdanningsnivå sammenlignet med gjennomsnittet av fertile kvinner i befolkningen.



Figur 9. Gravide som har svart på spørreskjemaet etter høyeste utdanning. Prosent

2.5.4 Alder

Aldersfordelingen viser at 24 prosent er under 25 år, 41 prosent er mellom 25 og 29 år og 33 prosent over 30 år. Tallene viser også at dess høyere alder dess høyere utdanning, hvilket også stemmer for førstegangsfødende.

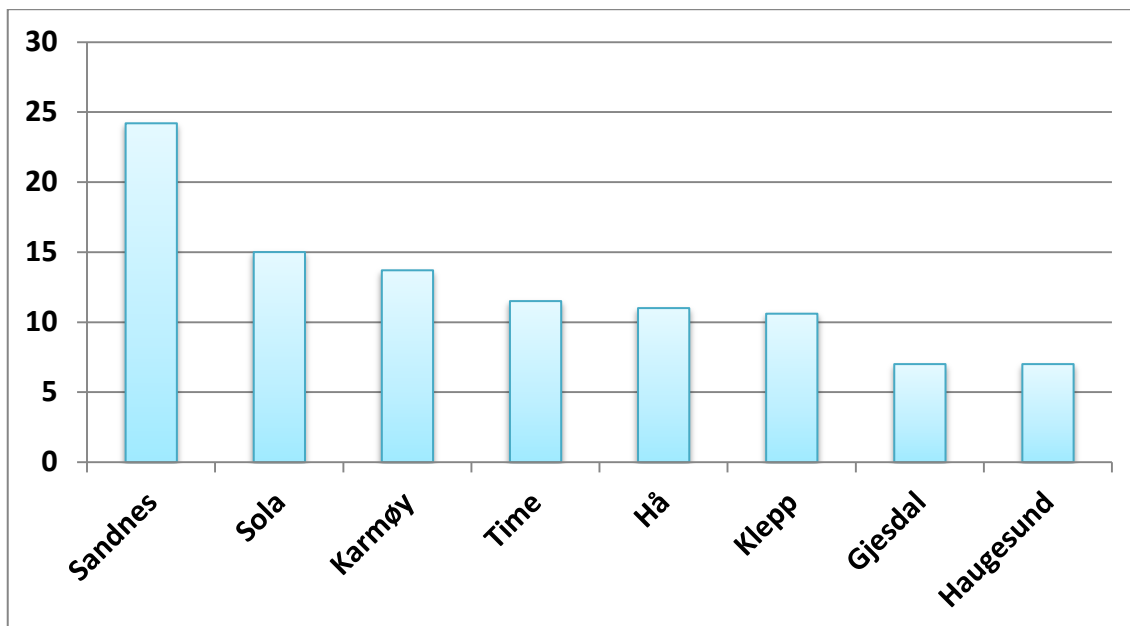


Figur 10. Gravide som har svart på spørreskjemaet etter alder. Prosent

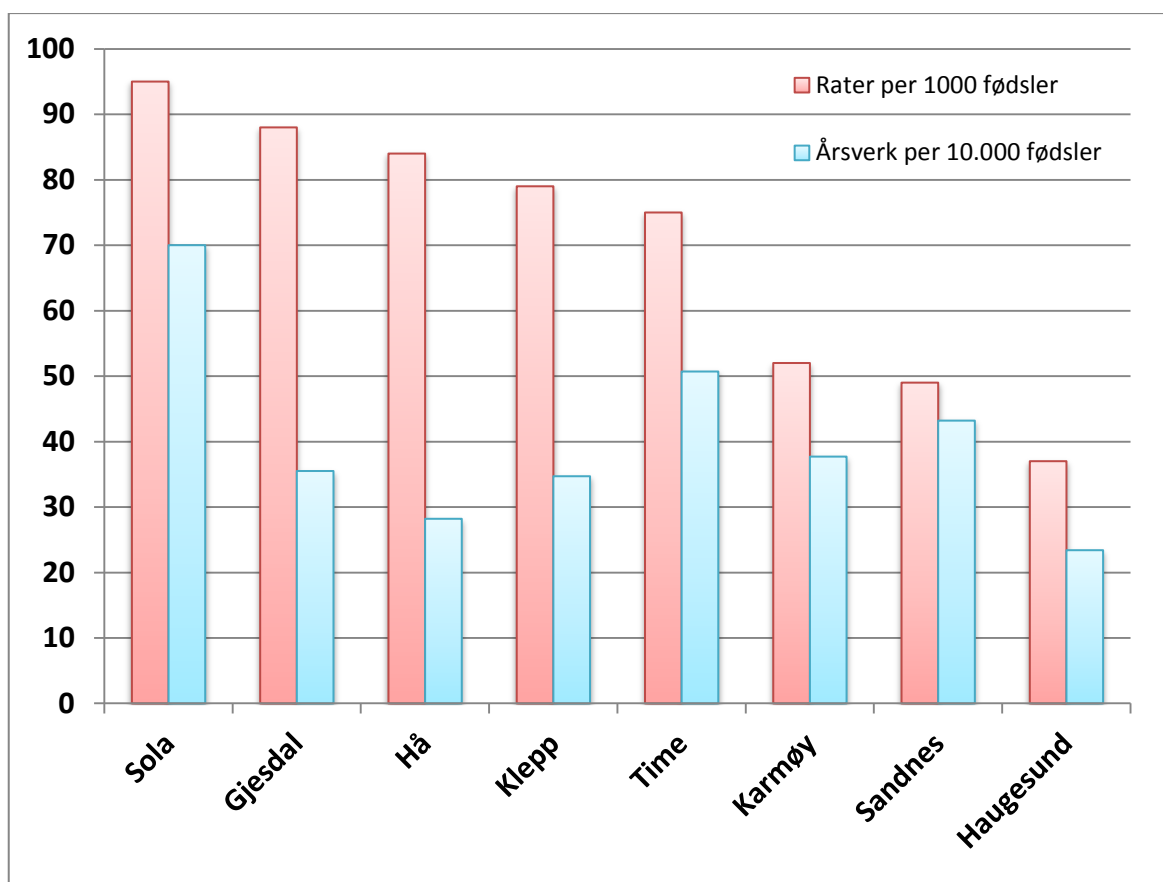
2.5.5 Bosted og fødeland

Den første figuren om bosted viser totale tall for de gravide som har besvart spørreskjemaet og avspeiler derfor folketallet i kommunene, bortsett fra Haugesund, Time og Karmøy, som ble inkludert sent i pilotprosjektet. Totalt sett er Sandnes representert med flest besvarte skjema med Sola som nummer to, *Figur 11*.

I *Figur 12* vises antall svar per 1000 fødsler og per 10.000 årsverk i de aktuelle kommunene. Her viser Sola høyest rater (antall svar) per 1000 fødsler, og deretter følger Gjesdal, Hå og Klepp, mens Sandnes skårer lavt. Sola har også relativt god kapasitet på jordmortjenester. Se også Tabell 3.



Figur 11. Gravide etter bostedskommune. Prosent



Figur 12: Gravide som har svart på skjema etter antall per 1000 fødsler i kommunen og etter jordmor årsverk per 10.000 fødsler.

Fødeland

I undersøkelsen til de gravide spurte vi om fødeland, bl. a. fordi det er ganske stor andel innvandrere i regionen. Vi ville også se om gravide fra andre land viste et annet svarmønster enn de som var født i Norge (vi kontrollerte også for mors fødeland).

En andel på 85 prosent oppgir Norge som fødeland, men noe lavere andel for mors fødeland (79 prosent norsk). Sverige, Polen og Litauen er representert med 1,3 prosent hver, mens Tyrkia og Somalia samlet har samme andel.

En andel på 10 prosent har nevnt andre land. Følgende land er representert her: Afghanistan, Belgia, Bosnia, Canada, Chile, Columbia, Filippinene, Finland, Færøyene, India, Iran, Japan, Korea, Kosovo, Mexico, Nederland, Sveits, Sør-Korea, Thailand, Tyskland, Ukraina og USA.

Gravide med annet fødeland enn Norge viser tilsvarende profil som de med norsk fødeland når det gjelder hvilke tema de vurderer som spesielt viktige i samtalen, om selve samtalen (tydelig, egen rolle og synspunkt) og nytte.

Når det gjelder alkoholkonsum, drikker ikke-norske sjeldnere enn norske, de drikker færre alkoholenheter, og flere drikke aldri (20 prosent).

På spørsmålet om hvor de har fått opplysninger fra, er svarmønsteret fra ikke-norskfødte temmelig likt svar fra norskfødte, men med noe færre som svarer Internett og noe færre som får opplysninger fra avis, tv eller radio samt litt færre som oppgir fastlege/helsestasjon.

Andelen med høyere utdanning er betydelig høyere blant ikke-norskfødte (68 mot 52 prosent). Alderssammensetningen er høyere blant ikke-norskfødte og andelen førstegangsfødende er lavere.

2.6 Oppsummering

Alle gravide som kom til samtale fikk tilbud om å svare på et spørreskjema. Av i alt 364 samtaler, svarte 241 gravide på skjemaet innen utgangen av november, 2013. Dette gir en svarprosent på 66.

En andel på 52 prosent av de som svarte hadde høyskole eller universitetsutdanning. Dette er betydelig høyere enn andel kvinner i fertil alder i Rogaland med 37 prosent, og tilsvarende på landsbasis. Høyt utdannede personer er klart overrepresentert i spørreskjemaundersøkelsen.

Alle samtalene mellom jordmor og den gravide tok opp temaet alkohol, men en rekke andre temaer ble tatt opp, så som kosthold, fysisk aktivitet, røyking mm. De gravide selv mente at informasjon om kosthold og trening var viktigere enn alkohol.

De gravide var meget tilfredse med måten samtalen ble gjennomført på. Dette gjelder både at budskapet om alkohol var tydelig, at egne tanker ble vektlagt i samtalen, at man ble involvert i samtalen og av den opplevde nytten av samtalen.

Om vanlig konsum av alkohol før kjent graviditet oppgir 60 prosent at de drakk alkohol en gang i måneden eller sjeldnere. De andre drakk noe oftere. Typisk konsum av alkohol når man drikker er mellom tre og seks alkoholenheter, noen drikker mindre og et lite mindretall drikker mer. Ingen drikker etter kjent graviditet, men enkelte hadde drukket før graviditeten var kjent. Dette skapte ikke nevneverdig bekymring blant de gravide, se 6.2.4.

Bortsett fra informasjon om alkohol fra jordmor, var Internett den mest brukte til informasjon. Informasjon fra avis, TV eller radio var liten.

Nær 60 prosent av de som svarte på spørreskjemaet var førstegangsfødende, de fleste yrkesaktive. Andel med høyere utdanning var som vist høy, og drøyt 40 prosent var mellom 25 og 29 år, mens det var flest andel førstegangsfødende i aldersgruppen 20 – 24 år. 85 prosent oppgir Norge som eget fødeland. Kvinner fra 27 andre fødeland enn Norge er representert i materialet.

3 Hvordan prosjektet organiseres i helsetjenesten

I alle kommunene i pilotprosjektet er jordmor ansatt i kommunen². Jordmortjenesten i kommunene er underlagt helsestasjon og blir ledet av ledende helsesøster. Alle jordmødrene deltok på opplæringsbiten gjennomført av KoRus vest, Stavanger og Helsedirektoratet. Ledende helsesøstre var også involvert i dette. I den forstand er det en integrert modell som er lagt til grunn for arbeidet med prosjektet i kommunene (Bergsgard m.fl. 2009). Ansvar for gjennomføringen av prosjektet har ligget på helsestasjonene, og spesielt jordmødrene. Andre helsearbeidere i kommunen er ikke pålagt noe direkte ansvar.

Kommunene er alle mellomstore eller store kommuner, med innbyggertall på mellom 10 000 til 70 000 innbyggere. I overkant av 10 % av befolkningen har innvandrerbakgrunn. Alle kommunene er tilflyttingskommuner og vekstkommuner, noe som gjør at gjennomsnittsalderen i befolkningen er relativt lav.

Ser man på KOSTRA-tallene (Kommune-Stat-Rapportering) for 2012 ligger alle kommunene under landsgjennomsnittet for årsverk av jordmødre per 10 000 fødte og antall legeårsverk og helsesøsterårsverk per 10 000 innbyggere mellom 0-5 år. Unntak er Sola som ligger høyt på jordmordekning og Gjesdal kommune som ligger rett over landsgjennomsnittet for dekning av helsesøstre, se på neste side.

Kommunene ble med i prosjektet etter henvendelse fra lokal prosjektleder. Jordmødrene i disse kommunene er også med i et distriktsnettverk sammen med blant annet Time kommune. Dette nettverket møtes hver tredje måned. Her har også tidlig samtale, bruk av samtaler inspirert av motiverende intervju og TWEAK- skjemaer vært tematisert.

I prosjektperioden har alle jordmødrene fått en utvidelse av stillingen sin tilsvarende 10 % av full stilling, som har vært øremerket FRIDA-prosjektet. På den måten har man ikke måtte prioritere mellom andre arbeidsoppgaver i stillingen.

² Det er mulig å organisere jordmortjenesten på tre måter i kommunene: Jordmor ansatt i kommunen/interkommunale samarbeid, driftstilskudd til privatpraktiserende jordmor og kommuner kjøper tjenester av helseforetak.

Tabell 3. Årsverk i kommune til jordmortjenesten, helsesøstertjenesten og fastleger. Tall fra KOSTRA

KOSTRA	Sola	Klepp	Sandnes	Gjesdal	Hå	Time	Haugesund	Karmøy	Lands- snitt
2012									
Årsverk av jordmødre pr 10 000 fødte	70,0	34,7	43,2	35,5	28,2	50,7	23,4	37,7	46,3
Årsverk av helsesøstre pr 10 000 innbyggere 0-5 år	49,1	45,4	51,7	58,1	50,7	46,0	45,9	50,4	57,0
Årsverk av leger pr 10 000 innbyggere 0-5 år	3,0	3,7	3,4	2,9	3,4	3,6	4,3	3,3	5,5
Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst %	84	93	87	98	62	98	65	90	79
Fødte 2012	357	288	1 064	169	284	278	427	531	
Innbyggere per 1.1.13	24 579	18 227	70 046	11 039	17 635	17 437	35 753	41 118	

I de neste delkapitlene presenteres hvordan FRIDA-prosjektet er organisert i jordmortjenesten i kommunene og på hvilken måte prosjektet er sett i sammenheng med andre oppgaver og funksjoner.

3.1 Sandnes

Sandnes kommune er en stor kommune med ca. 70 000 innbyggere, hvorav 30 % er under 20 år. Kommunen har høy befolkningsvekst. I 2012 var det registrert 1064 fødsler i kommunen. Det var 2,8 årsverk til svangerskapskontroll fordelt på 4 jordmorstillinger. I overkant av halvparten av kommunens gravide går til jordmor, noe som gir en dekningsgrad på 54 %. Det blir oppgitt at den andre halvparten av de gravide bare forholder seg til fastlege, eller at de muligens går privat. Det er to private jordmorklinikker i området, en i Sandnes og en i Stavanger. Det blir understreket at med nåværende bemanning er det heller ikke kapasitet til å ta imot alle gravide i kommunen.

På tross av knappe ressurser klarer kommunen å gi et tilbud til så mange, fordi man har prioritert konsultasjoner i svangerskapet høyest, og det er stort sett bare denne tjenesten jordmødrene utfører. Jordmødrene er ikke med i barselgrupper og går stort sett ikke på hjemmebesøk³. Ansatte mener kommunen har liten kapasitet på jordmortjenesten.

³ For 2012 blir det oppgitt at det kanskje var tre ganger.

Jordmortjenesten ligger under ledende helsesøster. Det er fire helsestasjoner i kommunen. Jordmortjenesten er plassert ved tre større helsestasjoner. Ledende helsesøster har en ledende jordmor som hun også har ansvar for. Kvaliteten på lokalene hvor samtale blir holdt varierer, i følge jordmødrene, men er «greie nok». Det jobber to jordmødre hvert sted, under den seksjonslederen som er leder på stedet. Det ideelle, i følge ledende helsesøster, hadde vært om det hadde vært enda flere jordmødre slik at den fjerde helsestasjonen også hadde vært bemannet.

Sandnes kommune ønsket å være med på FRIDA fordi kommunen er med på Modellkommuneprosjektet, drevet av Rbup-Vest, regionsenter for barn og unge. Dette startet i 2007 og omhandler tverrfaglig samarbeid om barn og unge i forbindelse med rus og psykiatri. Innenfor dette prosjektet drives EPDS-kartlegging, og jordmødrene har hatt opplæring i dette sammen med opplæring i TWEAK.

Ved vanlige konsultasjoner settes det av en halv time, men med FRIDA blir det satt av en hel time. Mandag formiddag er satt opp for alle jordmødrene som FRIDA-timer, dette gjør at det ikke kolliderer med andre oppgaver, og har så langt fungert veldig bra. Alle timebestillinger går gjennom sekretærene. Dette gjøres for å få de gravide inn i prosjektet, men man har hatt mange som har kommet to-tre dager for sent. Det fortelles at de som kommer til for sent får akkurat det samme tilbudet som de inkluderte i prosjektet, men er ikke inkludert i evalueringen.

Alle jordmødrene i kommunen møtes til fagmøte hver 6. uke. FRIDA har vært tema der, men man skulle også gjerne arbeidet mer med motiverende samtale som metode på disse møtene. Det blir fortalt at det ofte er andre saker som haster mer på disse møtene, slik at det ikke blir tid til andre tema. Det samarbeides om samtale ved sykefravær slik at den gravide kan komme tidsnok med i prosjektet.

I kommunen går de aller fleste gravide til fastlegen først, før de kommer til helsestasjonen. Det er vanlig å gå annenhver gang til lege / jordmor. Samarbeidet med fastlegene varierer i følge jordmødrene. Noen fastleger sender alle sine gravide til helsestasjonen og noen sender ingen. Det blir oppgitt at dette er veldig personavhengig. Det er ikke en felles praksis for alle leger i Sandnes.

Det er forståelse for FRIDA-prosjektet i ledelsen på helsestasjonen. Ledelsen mener det et nyttig tiltak. Det bidrar til å gi de gravide et godt og nært tilbud og styrker overføring fra jordmor til helsesøster. Internt i kommunen må man sloss for å få innpass og ressurser, mener ledelsen. Befolkningen i kommunen vokser så fort at tjenesteutviklingen ikke henger med. Jordmødre og helsesøstre driver primært med forebyggende helsearbeid. Ledende helsesøster opplever at det ikke er lett å få ressurser til helsetjenesten, bl.a. fordi det er vanskelig å dokumenter resultater av det forebyggende arbeidet. Man klarer seg med de eksisterende ressursene fordi man bare gir tilbud til 54 % av de gravide.

FRIDA oppleves som en naturlig forlengelse av de andre arbeidsoppgavene jordmødrene har. Det blir fortalt at de alltid har hatt de samme tema ved første gangs samtale og har alltid tematisert alkohol, røyking og kosthold. Det som er det nye er den systematiske måten å gjøre det på, og tidspunktet samtalen blir gjennomført på.

Tidligere var dette gjerne noe som ble gjort først halvveis i svangerskapet og da er mye av tiden for forebygging tapt.

TWEAK-skjemaet blir brukt på alle nye gravide som kommer til jordmor i kommunen og de bruker mye av samme konseptet som i FRIDA-samtalene på mange som kommer tidlig i svangerskapet. For de som kommer senere i svangerskapet oppleves det av jordmødrene som feil å gi dette tilbudet. Mange tog som gjelder levevaner i svangerskapet har da gått og den gravide er mer motivert for å snakke om fødsel. Å lære mer om motiverende samtale og det å bli flinkere til å snakke om alkohol er det de sitter igjen med som den største gevinsten fra FRIDA-prosjektet, hevder ledende helsesøster.

I Sandnes er det jordmødre på Vågen helsestasjon som har spesialkompetanse på kvinnelige rusmisbrukere. Ledende helsesøster forteller at det eksisterer samarbeidsrutiner med mestringsenhet og barnevernet når det er snakk om rus. Kommunen har gravide rusmisbrukere som har oppfølging av både jordmor og helsesøster. Der det er et kjent rusmisbruk er det utarbeidet skriftlige rutiner. Men det blir uttrykt bekymring for at det kanskje er få som blir fanget opp i denne rutinen. I følge ledende helsesøster tilsvare ikke mengden saker det de sitter med av kjennskap om rusmisbrukere i kommunen, men mye gjelder illegale stoffer. Når det gjelder alkohol, peker hun på at det trolig er en del skjult misbruk som ikke avdekkes.

I intervjuene uttrykker både jordmødre og ledende helsesøster at de er betenkte over utviklingen for barselkvinner og muligheten for jordmortjenesten å kunne møte utviklingen med nåværende bemanning. Dette gjelder både innenfor samhandlingsreformen og innen de nye retningslinjene for barselomsorgen, som har vært ute på høring, men som i skrivende stund ikke er vedtatt.

Dersom samhandlingsreformen pålegger jordmødrene i kommunene å gå på hjemmebesøk når de skal gjennomføre barselomsorgen, uten ekstra ressurser, så skjønner ansatte ikke hvordan ting skal gå rundt. Det må øremerkes årsverk som skal overføres fra sykehuset til kommunen ved utskriving, men det kommer ikke til å skje, mener ledende helsesøster.

I Sandnes tenker man at FRIDA-samtalene skal fortsette også etter at prosjektperioden er over og at denne da er blitt en del av tenkningen og de etablerte systemene i svangerskapsomsorgen. Innholdet i FRIDA er ikke nytt, men det er å systematisere tjenestene på en ny måte.

3.2 Sola

Sola kommune en stor kommune med nærmere 5000 kvinner i alderen 18 – 45 år. I 2012 var det født 357 barn. Svangerskapsomsorgen har to årsverk fordelt på tre jordmorstillinger, to 80 % og en 40 % stilling. Omlag halvparten av kommunens gravide går til jordmor.

Jordmortjenesten ligger under ledende helsesøster. Det er tre helsestasjoner i kommunen, alle med jordmortjeneste. Én er bemannet hver dag i uken, de to andre er bemannet henholdsvis én og to dager i uken. Kvaliteten på lokalene samtalen blir holdt i blir beskrevet som gode. I Sola kommune blir det fortalt at jordmødre, helsesøstre og

til dels fastleger jobber godt sammen om svangerskapsomsorgen. De har jevnlig møter hvor bl.a. ammeveiledning har vært et viktig tema.

Ved den største helsestasjonen er det felles venterom. Gravide og nybakte mødre sitter sammen. I barselgruppene er jordmor med på første treff. Jordmødrene avlaster helsesøstrene og de trekker lasset sammen. Ledende helsesøster forteller at det går veldig bra på 0 – 7 år. Helsesøstre og jordmødre har sett nytten av at de jobber sammen, og de utfyller hverandre. Fokus er barnet, men det er også viktig at noen har oppmerksomhet på mor. Dette blir en avveining i forhold til ressurser.

Tilbudet om å delta i FRIDA ble godt mottatt i kommunen, og man har til vanlig stor oppmerksomhet om tidlig informasjon i svangerskapet, spesielt når det gjelder risiko for å utvikle dårlig psykisk helse.

I starten ble det diskutert om det skulle satses på at bare én av jordmødrene skulle være med i prosjektet for å bli veldig god på disse samtalene. Erfaringen har vært at det er viktig at det er mer enn bare én i kommunen som skal delta. Da blir tilbudet mindre personavhengig. FRIDA fikk en litt treg start da det ved prosjektstart var en ansatt i barselpermisjon og en som var sykemeldt i en tid. Man har kommet godt med i prosjektet etter hvert, men eieforholdet til prosjektet spriker litt pga. den usikre starten.

Ledende helsesøster forteller at det er lagt ut informasjon om FRIDA på nettsidene til kommunen. Her ligger tilbudet plassert inn under svangerskapsomsorgen. Ledende helsesøster er opptatt av at det forebyggende arbeidet skal starte før svangerskapet og mener at det burde vært mer informasjon på videregående skole og helsestasjon for ungdom. Det understrekes at informasjonen om dette tilbudet bør styrkes, dersom det blir permanent.

I tidsressurs har jordmødrene tre kvarter på alle konsultasjoner, men én time på FRIDA-samtalen. Hver 14. dag har jordmødrene felles møte og samarbeider ellers tett med helsesøstre, som er veldig positive til FRIDA. Dette samarbeidet er også tett etter fødsel. Enkelte gravide i kommunen bruker private jordmødre, andre utelukkende fastlege.

Fastlegene blir nevnt som de største «konkurrentene». Selv om det blir understreket at samarbeidet i all hovedsak er bra, blir det fortalt om en opplevelse av leger som ikke er like positive til nye tiltak. Sola har ikke egen kommuneoverlege. Denne har kommunen felles med Stavanger. Det fortelles at stillingen har vært utlyst flere ganger, men at det ikke er lett å rekruttere til en kommuneoverlegestilling på 50 %. Ledende helsesøster tenker at det hadde lettet kontakten og samarbeidet med legene dersom de hadde hatt egen kommuneoverlege på plass.

Jordmødrene mener de har en veldig bra organisering og en dyktig leder som er engasjert i prosjektet og støtter det. Kommunen er også veldig positiv og ansatte opplever stor frihet til å disponere tiden i jobben.

Ledende helsesøster er representert i Folkehelseforumet i kommunen, bl. a. med tanke på å komme i kontakt med Frisklivssentralen. Dette vil være nyttig i forhold til forebyggende arbeid. Helsestasjonen føler at de inntil nå har vært ganske alene om å jobbe forebyggende i kommunen. Det er vanskelig å se verdien av det forebyggende

perspektivet viss du ikke har jobbet der selv, uttales det. Etter normtallene til Helsedirektoratet, mangler Sola 8 helsesøsterstillinger, men jordmorstillinger bør også styrkes, mener ledende helsesøster. Fra politisk nivå forteller ledende helsesøster at å argumentere for en jordmorstilling med refusjonsordning ikke er fullt så vanskelig som å argumentere for helsesøsterstillinger. Per i dag får ikke tidlig samtale refusjon. Dersom den ble lagt inn som refusjonsberettiget, ville det i følge ledende helsesøster vært enklere å argumentere for flere stillinger.

Når FRIDA-samtalene blir sett i sammenheng med de andre arbeidsoppgavene jordmødrene har, blir disse vurdert som positive. Det fortelles at det er bra å ha en time tidlig i svangerskapet. Den første kontakten danner grunnlaget for samarbeidsklimaet i resten av graviditeten. Jordmødre forteller at i samtalen tenker man alltid på risikofaktorer og forhold som kan gi et bilde av mulige utfordringer i svangerskapet. Konsultasjonene ellers går også mye til samtale. FRIDA-samtalen har mye til felles med hvordan jordmødrene arbeider til vanlig, men den er satt mer i system.

Ved graviditet hos kjente rusmisbrukere eksisterer et tverretatlig samarbeid mellom NAV, barnevernet, helsesøster og jordmor.

3.3 Hå

Kommunen har nær 18000 innbyggere og hadde 284 fødsler i 2012.

Organiseringen av helsetjenesten i Hå kommuner skiller seg ut fra de andre pilotkommunene. De fleste legene er kommunalt ansatt og har samlokalisering og felles sentralbord med helsestasjon og jordmortjenesten. Måten svangerskapsomsorgen i kommunen er organisert på gjør at alle gravide kommer til jordmor for første konsultasjon. I Hå har man ikke gjort spesielle grep for å få tak i gravide til tidlig samtale, på grunn av organiseringen har de allerede hatt tilstrekkelig tilgang.

I Hå som de de andre pilotkommunene er problemstillingene fra FRIDA godt kjent. Det fortelles at man alltid har informert den gravide om rus og røyk, men har savnet et godt redskap som TWEAK for å kartlegge og å bevisstgjøre kvinnene. FRIDA dekker et behov utover rus og inkluderer også temaer som livsstil og aktivitet. Dette gir den gravide grunnlag for en god samtale.

Kommunen har tre helsestasjoner. En jordmor er i 80 prosent stilling mens ledende helsesøster har 20 prosent tjeneste som jordmor i sin stilling. Dette anslås som tilstrekkelig med ressurser for å dekke svangerskapsomsorgen, men det dekker ikke barseloppfølgingen.

De fleste gravide i kommunen kommer til jordmor før uke 10/11. Kommer de etter uke 9 får de samme informasjon samt, TWEAK, men går ikke inn i FRIDA. Alle gravide har en klokke time ved førstegangskonsultasjon, mens de kvinnene som inngår i FRIDA-prosjektet får en og en halv klokke time. Det blir anslått at 90% av alle førstegangsgravide kommer til kontroll hos jordmor.

Kommunen har rutiner for å ta seg av gravide med kjent rusmisbruk. Ruskonsulent informerer jordmor om dette og man organiserer ansvarsgruppe eventuelt henviser til

behandlingssted. Lege involveres også. Erfaringen viser, i følge ledende helsesøster, at dersom dette ikke omfattes av tvang, skriver den gravide seg ut.

Forebygging er en viktig del av svangerskapsomsorgen. Svangerskap og fødsel representerer en mulighet for endring av livsstil. Hå har positive erfaringer med dette, også gjennom FRIDA.

Det er en vanlig oppfatning i befolkningen, mener ledende helsesøster, at man ikke skal drikke/feste eller røyke når man er gravid. Personlig påvirkning er imidlertid viktig; gjennom personlig samtale kan man lettere nå fram med budskap og kunne påvirke den gravide, eventuelt ektefelle, og få dialog.

3.4 Gjesdal og Klepp

Gjesdal

Gjesdal kommune har 11000 innbyggere og har hatt en kraftig befolkningsvekst med en forholdsvis ung befolkning. Kommunen hadde 169 fødsler i 2012.

Jordmortjenesten har en ansatt i 70 % stilling, inkludert oppgavene i FRIDA.

Ikke alle gravide i kommunen går til den kommunale jordmoren. Noen går bare til lege og noen har jordmor andre steder.

De fleste gravide kommer mellom uke 12 og 20, og dette er sent for tilbud om en FRIDA-samtale. Det er kvinnens valg, men legesentrene er informert om at damene kan komme så tidlig som mulig. Siden jordmoren er alene, kommer heller ikke alle til så tidlig som de ønsker.

Ved rusproblem hos den gravide tas det kontakt med fastlege og rusvernkonsulent.

Klepp

Klepp kommune har 18227 innbyggere og har nesten fordoblet innbyggertallet siden 1980. Kommunen har jordmor i 80% stilling noe som gir dårlig kapasitet, gitt at kommunen har rund 300 fødsler årlig. Det er derfor ikke mulig å gi alle time til FRIDA-prosjektet. Kommunen har deltatt i et treårig utviklingsprosjekt om alkohol tidligere. Dette gjaldt særlig misbruk. Jordmor prøvde å få med legekantorene, men lyktes ikke med det. Det fortelles at de aller fleste går til lege først, og jordmor ser ikke den gravide etter det. Det har vært informasjon om prosjektet i lokalavis som gravide har lagt merke til, andre har fått informasjon av kjente. Rekruttering av gravide har generelt vært vanskelig. Når det gjelder alkohol vet de gravide at de ikke skal drikke, men en del oppdager ikke graviditeten så fort. De slutter med alkohol når de skjønner de er gravide. Det er færre som røyker nå enn for et par år tilbake. Flere stopper å røyke når de blir gravide.

De gravide har behov for forskjellig grad av informasjon, men med meny-agenda har jordmor gitt mer informasjon enn tidligere. Det har vært mye samtale om trening og kosthold. De gravide er særlig positive til at de får god tid i samtalen. Jordmor håper at alle gravide kan få et tilbud om tidlig samtale, slik det er prøvd ut i FRIDA-prosjektet.

3.5 Oppsummering

Pilotprosjektet FRIDA ble organisert under helsestasjonen i kommunene, hvor også jordmødrene er ansatt. Alle jordmødre og ledende helsesøster deltok i opplæringen i prosjektet i regi av KoRus Vest, Stavanger og Helsedirektoratet.

De involverte kommunene ligger alle under landsgjennomsnittet for årsverk av jordmødre per 10 000 fødsler, med unntak av Sola kommune som ligger relativt høyt på jordmordekning. I prosjektperioden har alle jordmødre fått en utvidet stillingsbrøk tilsvarende 1/10 av full stilling, øremerket FRIDA-prosjektet.

Bortsett fra Hå kommune har ingen av de andre kommunene noe tradisjon eller rutine for at gravide oppsøker jordmor til første gangs konsultasjon. Vanligvis har gravide oppsøkt fastlege først, og da gjerne først i uke 10-12.

Man regner med at ca. halvparten av de gravide oppsøker den kommunale jordmor i løpet av svangerskapet, igjen unntatt Hå, hvor de fleste legene er kommuneansatte.

I distriktet er det flere private jordmorklinikker.

4 Hvordan prosjektet lyktes å nå gravide i en tidlig fase

Et mål i FRIDA-prosjektet har vært å få gravide til å komme tidlig nok til samtale med jordmor. Ved prosjektstart var intensjonen at samtalene skulle gjennomføres mellom uke 6 og 9, men denne intensjonen ble tidlig i prosjektperioden forandret til å gjelde fra positiv graviditetstest til innen utgangen av uke 9.

I utgangspunktet var det forventet at det ville ta noe tid å få kvinner til å komme til tidlig samtale hos jordmor, fordi det i *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* (2005a) blir anbefalt første konsultasjon i uke 8 – 12. Det ble rapportert fra kommunene at det er vanligst denne skjer mellom uke 10 – 12, og da vil den gravide falle utenfor målgruppen i FRIDA. Det er ofte fastlegene som gjennomfører første konsultasjonen. Neste konsultasjon er i forbindelse med ultralyd i uke 17 – 19, og tredje konsultasjon er gjerne hos jordmor i uke 24.

Dette betyr at det er innarbeidet rutiner som tilsier at man som gravid først går til fastlegen i uke 10 – 12, deretter skjer første ultralyd før man kommer til jordmor midtveis i svangerskapet. Disse rutinene skulle kommunene forsøke å snu på, ved å invitere til tidlig samtale. I *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten* fra 2010 blir det understreket et informasjonsbehov for sårbare og svakere grupper:

Tradisjonell svangerskapsomsorg er individrettet, og generelt utføres det sannsynligvis for mange svangerskapskontroller av friske gravide. På tross av mange kontroller kan kvinner og deres partnere savne informasjon. Sårbare og svakere grupper er utsatte i forhold til å få oppfylt sine behov for informasjon, veiledning og kunnskapsbaserte råd. Direktoratet understreker at perinatal omsorg bør være målrettet og skreddersydd til den enkelte kvinne og families behov i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger. (Helsedirektoratet 2010:19)

Med bakgrunn i dette kan det være ekstra viktig å nå gravide tidlig, da det er mange som venter med å fortelle om graviditeten til de er i 12. – 13. uke.

Bortsett fra Hå kommune, er tendensen i pilotkommunene at rundt halvparten av de gravide benytter seg av tilbudet om kommunal jordmor i løpet av svangerskapet.

4.1 Mulige seleksjonseffekter i rekrutteringsfasen

I starten av evalueringen av FRIDA ble det pekt på at det i rekrutteringsprosesser kan skapes systematiske seleksjonseffekter som for eksempel at gravide med potensielt størst behov for tidlig samtale uteblir, ikke tar i mot tilbudet eller trekker seg fra tilbudet. Et resultat av slik seleksjon kan bli at det er personer med antatt minst behov for veiledning som i størst grad deltar. Effekter som dette er ikke ukjent i informasjonskampanjer og forebyggende tiltak. Det kan vise seg at ressurssterke personer og personer som allerede har god kunnskap på det aktuelle området er de som i størst grad er motivert for å ta i mot tilbudet.

Spørreskjemaundersøkelsen og personlige intervju med gravide viser at kvinner med høy utdanning er sterkt overrepresentert i forhold til befolkningen ellers. Dette betyr at

de som har oppsøkt jordmor i pilotprosjektet dels er et selektert utvalg av befolkningen med hensyn til utdanningsnivå. De høyt utdannende synes i mindre grad enn andre at alkohol er et viktig tema i samtalen, de drikker færre alkoholenheter når de drikker og er noe eldre enn andre som har svart på spørreskjemaet. Alle som svarte på undersøkelsen syntes at samtalen var viktig og ville anbefale dette til andre, men kvinner med høy utdanning ser ut til å ha et mindre «objektivt» behov for samtalen enn andre.

FRIDA er et tilbud gitt av den kommunale jordmørtjenesten. Distriktet for pilotkommunene har to store private jordmorklinikker som ikke er med i prosjektet. Hvor mange som går der, og hva disse kan ha å si for rekrutteringen vet man ikke.

4.2 Tiltak

I startfasen av prosjektperioden var det mye aktivitet i fire av de fem pilotkommunene for å gjøre tilbudet om tidlig samtale kjent, og for å rekruttere gravide til samtale.

I Hå kommune er de fleste legene kommuneleger, og det er samlokalisering og felles sentralbord mellom helsestasjon, jordmørtjeneste og leger. Måten svangerskapsomsorgen i kommunen er organisert på gjør at alle gravide, som fast rutine, kommer til jordmor for første konsultasjon, til forskjell fra de andre pilotkommunene. Sentralbordet i kommunen har vært informert om FRIDA og sørget for å gjøre avtaler innenfor niukersfristen, dersom den gravide har ringt tidlig nok. I Hå kommune har de ikke gjort spesielle grep for å få tak i gravide til tidlig samtale, de har allerede hatt tilstrekkelig tilgang. Det er lagt ut informasjon om prosjektet på kommunens nettsider. Det viser seg likevel at damer med bosted i Hå, men med fastlege i andre kommuner ikke får samme informasjon om dette tilbudet og noen flergangsfødende er bare inne hos legen.

For å få ut informasjonen om tilbudet har jordmødrene i de øvrige fire kommunene gjort flere grep:

Tabell 4. Informasjonstiltak utført av jordmødrene i pilotkommunene.

Tiltak	Gjesdal	Sola	Sandnes	Hå	Klepp
Arbeidet med kommunens nettsider	x		x	x	
Satt inn notiser i lokalavisen	x				x
Kontaktet journalister for å dekke prosjektet	x	x	x		
Satt opp plakater på legekontorer, butikker, bibliotek, apotek, i kommunen	x	x	x		x
Stand utenfor den lokale matvarebutikken	x	x			
Laget avtale med apotekene om å legge informasjon om prosjektet i posen når noen kjøper graviditetstest	x	x	x		x

Informert på alle legesentrene/legekontorer	X	X	X	X
Informert på internasjonal kvinnedag	X			
Vært i åpen barnehage og informert	X			
Informert på felles personalmøte med helse- og omsorgssjef	X			
Helsesøstre bedt om å rekruttere når mødre på småbarnskontroll er gravide igjen		X		
Informert på allmennlegeutvalget/fastleger		X		X
Informert på helsestasjon for ungdom			X	

4.2.1 Informert leger og helsesøstre i kommunen

Jordmødre i alle kommuner har informert om prosjektet på legesentrene i kommunen, flere har også informert på møter med fastleger. I tillegg har prosjektledere forsøkt å engasjere kommuneoverlegene. Helsesøstre i de ulike kommunene har også vært involvert og bidratt til å rekruttere gravide.

Ved legekantorene er det gjerne en sekretær man har vært i kontakt med, og vedkommende har sagt seg villig til å formidle informasjonen videre. Håpet har vært at legene vil vise de gravide videre til jordmøtjenesten dersom de er i målgruppen for FRIDA-prosjektet. Det fortelles om positive møter når jordmødrene har vært på besøk, hvor man ved legekantorene formidler at de er positive til prosjektet. Samtidig merker man at det ikke er mange gravide som er blitt vist videre, og at variasjonen er stor mellom de ulike legekantorene. Det har hendt at når man har kontaktet legekantoret igjen, er det den ene personen man hadde kontakt med i utgangspunktet som sitter med informasjon om FRIDA, og informasjonsplakaten ligger i en skuff. Samtidig vet man at mange legekantorer har begynt med online-booking og SMS-timebestilling. På den måten er ikke legekantorene nødvendigvis heller i direkte kontakt med de gravide, med mulighet for å gi tilpassede opplysninger.

Det rapporteres om ulike holdninger til tidlig samtale fra legene i de fire kommunene som har flest fastleger. På den ene siden vises det til at yngre leger og kvinnelige leger ser nytte i disse samtaler og viser gravide videre, men det antydes også en profesjonskamp mellom jordmødre og leger knyttet til hvem som får økonomisk uttelling for konsultasjonene. Det blir hevdet at for legene er gravide en lett gruppe å ha, noe som igjen betyr lettjente penger. Det er mulig at det som beskrives er et skifte i legers innstilling. I en kommune fortelles det at det finnes leger som bevisst ikke forteller de gravide om jordmøtjenesten, og også at gravide blir fortalt at legene ikke kan følge dem godt nok opp dersom de går til jordmor. I en annen kommune forteller de at dette var mer bildet tidligere, men etter et generasjonsskifte blant legene opplever de nå helt andre samarbeidsvilkår.

I tillegg har det vært reist faglige spørsmål som gjelder innholdet i og formålet med tidlig samtale. De faglige diskusjonene gjelder i første rekke TWEAK-skjemaet som

blir benyttet. I en kommune vises det til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, hvor det i et møte 11.2.13 ble fattet vedtak om ikke å anbefale å systematisk screene barselkvinner for depressive symptomer. På tross av at det finnes evidens for at systematisk screening til en viss grad kan bidra til å redusere forekomsten av depressive symptomer, mener rådet at screeningverktøyet EPDS ikke oppfyller WHO sine kriterier for når det bør gjennomføres screening. Spørsmålet som reises i forlengelsen av dette i en av pilotkommunene er om TWEAK-skjemaet gjør det. Deltakerne i FRIDA-prosjektet oppfatter ikke TWEAK som et screeningverktøy. Veiviseren fra Helsedirektoratet beskriver TWEAK som et kartleggings-skjema. Den andre faglige innvendingen går på at legene har fått inntrykk av at tilbudet om tidlig samtale er til for å fange opp rusmisbrukere. Det antas at tidlig samtale gjennomføres for å avdekke alkoholmisbruk, og samtalen blir ikke sett som et folkehelse-tilbud med generell informasjon om hva som kan bidra til et positivt svangerskap for mor og en god start for barnet.

Prosjektlederne har kontaktet alle kommuneoverlegene i de til sammen åtte pilotkommunene. De forteller at de har tatt kontakt via mail og gjennom brev flere ganger hver. Første prosjektleder fikk ikke svar fra noen av kommuneoverlegene, mens andre prosjektleder fikk to svar. De peker på at det er mulig prosjektet hadde hatt en annen start dersom kommuneoverlegene hadde vært mer med på laget. På den andre siden fortelles det at i en kommune har man lyst ut stillingen som overlege flere ganger, uten suksess, og at kommunen derfor deler kommuneoverlege med Stavanger. Fra Sandnes blir det fortalt om skepsis fra kommuneoverlegen knyttet til bruk av TWEAK som forstås som et screeningverktøy.

Det blir fortalt at sekretærene på helsestasjonene har vært gode til å spørre hvor langt den gravide har kommet i svangerskapet, og at de har arbeidet for å få gravide i målgruppen inn i prosjektet. Mange gravide er også rekruttert fra helsestasjonen mens de er til kontroll med mindre barn.

4.2.2 Strategisk plasserte plakater

Jordmødrene har hengt opp plakater med informasjon og kontaktinformasjon om FRIDA-prosjektet på sentrale offentlige steder. Alle plakater har vært på norsk. Steder hvor det er hengt opp plakater, eller forsøkt hengt opp plakater, er blant annet kjøpesentre, bibliotek, legekontor, apotek og helsestasjoner.

Erfaringer jordmødrene har gjort her er at de må følge med plakater, fordi de kan bli tatt ned etter en tid, andre plakater kan bli satt opp over deres plakater, eller de som har lovet å henge opp plakater kan ha glemt det ut.

4.2.3 Avtale med apotek

Etter modell fra Time kommune har man i de fire andre pilotkommunene forsøkt å gjøre avtaler med lokale apotek om å legge informasjon om FRIDA-prosjektet i posene til kvinner som kjøper graviditetstest. Erfaringer fra dette er at det foreløpig ikke har fungert som en effektiv rekrutteringsarena. Det viser seg at det kan være vanskelig å få spredt informasjonen til alle de ansatte ved apoteket. Erfaringene forteller at dette

tiltaket helst bør være forankret hos de formelle lederne ved apoteket og følges jevnlig opp på møter.

Et annet moment er at det også er mulig å kjøpe graviditetstester i matvarebutikker og på nettet, hvor det ikke er mulig å få til slike avtaler.

4.2.4 Arbeidet med kommunens nettsider og Googleannonser

Mange gravide søker aktivt informasjon på Internett. I starten av prosjektet ble det observert at informasjon om FRIDA-prosjektet, men også om jordmortjenesten, var vanskelig tilgjengelig på de ulike kommunenes nettsider. Dette førte til at det er blitt arbeidet med å forbedre informasjonen om FRIDA på kommunenes nettsider.

Helsedirektoratet gikk også inn og kjøpte en Google-annonse. Det vil si at hver gang det ble gjort søk fra en maskin i Rogaland på søketjenesten Google som inneholdt ordene «gravid» og «graviditet», kom det også opp en annonse om tilbudet om tidlig samtale.

4.2.5 Aktive inn mot lokale medier

Jordmødrene har vært aktive inn mot lokale medier, og dette har resultert i flere artikler i lokale aviser. En av kommunene har også hatt notiser om tilbudet i lokalavisa, og en idé er å skrive leserinnlegg. I tillegg er det nevnt at jordmortjenesten antakelig kunne vært mer aktive på ulike typer sosiale medier, som Facebook eller Twitter.

I forbindelse med en artikkel i Stavanger Aftenblad, stilles det i Sandnes spørsmål om den kan ha hatt en negativ konsekvens for prosjektet. Tittelen på artikkelen var «Nå skal jordmødrene gripe fatt i de gravide». Jordmødrene reagerte på det de oppfattet som en kritisk vinkling i artikkelen, og lurte på om den kan ha skremt gravide fra å komme til tidlig samtale.

Fra Sola kommune rapporteres det at profilering i Sola-bladet, Solanett, og artikkelen i Aftenbladet gav dem drahjelp i starten av prosjektet.

4.2.6 Stand i lokalt senter

I to kommuner har jordmødrene også stått på stand i lokale sentre for å informere om prosjektet. I den ene kommunen er de uttrykt positive til dette. Tiltaket ble også sett på som en måte å skape oppmerksomhet om prosjektet på, og lokalavisen ble invitert. I den andre kommunen kommer det også fram noe skepsis knyttet til dette tiltaket. Skepsisen er først og fremst grunnet i om dette er rett form for tidsbruk, og om hvor mange de kan håpe å nå gjennom å stå på stand en formiddag.

4.3 Intervjuer av gravide

Av de gravide som er intervjuet kan det se ut som om at det er deres eget ønske om tidlig informasjon og egen proaktivitet som i stor grad har gjort at de har kommet med i FRIDA-prosjektet. Ønsket om å gå til jordmor først har også vært til stede hos flere. Fire gravide er sendt videre fra legekantoret. Ellers har de selv tatt kontakt med jordmortjenesten tidlig i svangerskapet, de har fått informasjon gjennom bekjente, de har lest om FRIDA-prosjektet i lokale medier eller har sett plakater.

Det viser seg at aktivt informasjonssøkende gravide gjerne har hatt en spesiell grunn for at de ønsker samtale med jordmor tidlig i svangerskapet. Dette har vært erfaringer som gjør at de mener de er spesielt engstelige eller bekymret, så som tidlige spontanaborter, de har prøvd å bli gravide lenge, prøverørsbehandling, handikappet barn fra før eller erfaringer med alvorlig svangerskapskvalme. Grunnen for at de ønsket samtale med jordmor har vært en forståelse av at jordmor har bedre tid til den gravide og at de opplever jordmødre som lettere å snakke med om graviditet enn fastlegen. En av de intervjuede understreker at grunnen til at hun ville være med i prosjektet var den ydmyke og åpne tilnærmingen til samtale. Det er også en veldig høy andel av gravide med høyere utdanning i dette utvalget. 9 av 12 (75%) har universitets- eller høyskoleutdanning.

4.4 Diskusjon av muligheter for å nå gravide i en tidlig fase

Gjennom intervjuene blir det produsert flere forklaringer på hvorfor det ble så vanskelig å rekruttere gravide. Den forventede vansken var knyttet til *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* og de anbefalte tidspunktene for konsultasjoner. Det ble i intervjuene framhevet, gjentatte ganger, at dersom grensen hadde vært uke 12, som er seneste tidspunktet for første konsultasjon, hadde det vært mye enklere å rekruttere gravide til å delta i prosjektet.

4.4.1 Seleksjon

Kommunene, med unntak av Hå, forteller at de har en dekningsgrad på rundt 50-60% av de gravide i kommunen. Det fortelles at seleksjonen begynner allerede i valget om den gravide skal gå til jordmor i det hele tatt. En jordmor forteller at hun tror mange av de som kommer til jordmor i kommunen er de «flinke pikene». Hun sier hun vil påstå at mange vet at dersom de går til legen så slipper de unna de store samtale om røyk og alkohol.

Med tanke på at dette prosjektet har alle gravide som målgruppe, har det allerede her skjedd en seleksjon, da ikke alle gravide velger å gå til jordmor.

4.4.2 Hvem har ansvar

Når det gjelder hvem som har hatt ansvaret for å informere om prosjektet for å rekruttere tidlig nok, kan det se ut som om dette kan ha vært noe utydelig. Det vises til at det er brukt mye ressurser for å få tak i gravide tidlig nok. Jordmødrene har vært motiverte, men har vært avhengig av hjelp fra andre for å få dette til, som leger, sekretærer, apotekansatte eller helsesøstre. Deres engasjement i dette prosjektet har vært varierende. Slik blir hjelpen personavhengig. Den er også avhengig av kontinuitet i personalgrupper, eller at det finnes tilstrekkelige systemer for overføring av informasjon når noen slutter eller blir syke.

Det er viktig at noen med tyngde blir involvert, har flere jordmødre pekt på. Et eksempel er at man henvender seg til leder på apotek som kan ta saken opp på et personalmøte. På den måten kan alle ansatte få informasjon og føle seg forpliktet til å bidra. Dersom dette skal være aktuelt, er det enkelte som mener at da må det være noen med litt tyngde som tar kontakt også, og de er ikke sikre på at jordmor har den

nødvendige tyngden. Jordmødrene beskriver at prosjektleder har hatt noe av denne rollen.

I intervjuene med helsepersonell stilles flere spørsmål om Helsedirektoratets rolle. Enkelte informanter uttrykker at de hadde en forventning om at Helsedirektoratet skulle være mer aktive i iverksettingen. Spesielt hadde de ønsket Helsedirektoratets drahjelp med tanke på å få fastleger med på laget.

Dersom ansvarslinjene for spredning av informasjon hadde vært klarlagt tidligere, kunne det ha resultert i bedre rekruttering, hevder noen av de intervjuede.

4.4.3 Unighet mellom profesjoner om strategier

Det blir i intervjuene beskrevet noe som kan minne om en profesjonskamp mellom leger og jordmødre. Svangerskapsomsorgen blir av jordmødrene beskrevet med et ønske om en best mulig start for både mor og barn, og at her har de som yrkesgruppe et viktig bidrag. Dette er det primære, og viktigere enn en eventuell profesjonskamp. Jordmødrene mener at de ikke får tillit og anerkjennelse fra alle fastlegene. Et annet poeng er at konsultasjoner i svangerskapet blir dekket av refusjonsordningen for svangerskapsomsorgen. Dette gjør at fastlegene selv ønsker å ha de gravide som pasienter, mener enkelte. Dersom disse argumentene har noe for seg, kan det ha ført til at ikke alle fastlegene ønsker å henvise den gravide videre til jordmor for tidlig samtale.

4.4.4 Innvandrere

Innvandrerbefolkningen i kommunene ligger på rundt 10 prosent, med Sandnes noen prosentpoeng høyere. Samtidig er innvandrerbefolkningen yngre enn befolkningen for øvrig, og slik sett vil det antakelig være en høyere andel av gravide innvandrerkvinner. Dette er en gruppe som i liten grad systematisk er inkludert i FRIDA-prosjektet, men hvor jordmødrene har pekt på utfordringer og et stort behov for informasjon.

Det blir av jordmødrene nevnt tre hovedgrunner for at innvandrerkvinner ikke er blitt en del av FRIDA. For det første kan det være kulturelt betinget. Status til lege og «fødekone» varierer i ulike land. Jordmødrene peker på at «jordmor» i mange land er nesten det samme som en spesialhjelppeleier i Norge. De opplever at å forstå at i Norge er det jordmødrene som tar imot barn er vanskelig og dette blir forklart med kulturell bakgrunn. På dette grunnlaget går mange av kvinnene gjerne til lege først og kanskje bare til lege, med mindre de blir vist videre til jordmor. Da kommer de gjerne først til jordmor etter uke 9, og er for sent ute til å være med i FRIDA.

For det andre er språk ved formidling av budskapet til kvinnene en utfordring. Man vet gjerne ikke om tolk er nødvendig under samtalen, da det ikke er tilstrekkelige rutiner for å registrere dette. Dersom det ikke er uttrykt et tydelig ønske om tolk, blir dette ikke bestilt. Å gjennomføre tidlig samtale ved hjelp av en blanding av norsk, engelsk, kvinnens morsmål og kroppsspråk blir vurdert som for utfordrende. Samtidig blir det understreket at behovet for informasjon er stort, og at jordmødrene kunne vært viktige med tanke på å trygge de gravide i forkant av fødselen. Fra sykehuset har de fått tilbakemeldinger om redde fødekvinne som ikke skjønner hva som skjer rundt og med dem når tiden for fødsel kommer.

En tredje utfordring, som blir spesielt understreket i Hå kommune hvor jordmor mottar alle kvinner i kommunen, er knyttet til arbeidsinnvandrere. Her fortelles det at hun har hatt flere kvinner som var mellom 5 – 9 uker gravid til første kontroll som ikke er inkludert i FRIDA, men at disse har oftest ikke vært norske. En del kan engelsk, men i varierende grad. Øst- og sentraleuropeere blir nevnt som en stor gruppe her. Jordmor forteller at hun ofte må bruke mye tid på dem første gang, da møtet med jordmor for mange er deres første møte med norsk helsetjeneste. Noen har ikke fastlege, og mange har ikke hatt tuberkulosekontroll. Mye av tiden går med til "å få dem i gang" i det norske systemet. Hos enkelte går en del tid med i samtale omkring arbeidssituasjon og veiledning i rettigheter. Jordmor sitter med inntrykk av at en del norske arbeidsplasser utnytter at kvinnene ikke kjenner norsk arbeidsrett, ikke kan språket, og ikke er fagorganisert. Hun har derfor ikke prioritert dem inn i FRIDA-prosjektet, selv om det er snakket om alkohol og røyking i disse samtalen også.

Slik sett bekrefter denne studien funn fra Lyberg m.fl. (2012), hvor det konkluderes med at den norske svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen ikke er tilpasset innvandrerkvinner. Hadde det vært mulig å tilpasse FRIDA-prosjektet også til de utfordringene innvandrerkvinner har, ville andelen aktuelle prosjektdeltakere steget.

4.4.5 Bedre planlegging

I starten av prosjektet kan det virke som om man i kommunene ble tatt på senga med tanke på utfordringen rekruttering til intervjuene viste seg å være. Dersom det hadde vært mulig å forutse ulike utfordringer ved rekrutteringen, kunne planleggingen i forkant blitt en annen. Det fortelles at det i løpet av prosjektperioden har blitt en del prøving og feiling, noe som man må ta høyde for i et pilotprosjekt og se som del av en læringsprosess. Dette tiltaket skal treffe gravide veldig tidlig, og det tar antakelig tid å innarbeide dette som en fast rutine i kommunene.

4.4.6 Størrelse på kommunen og spredning av informasjon

Det blir pekt på at størrelsen på kommunen kan ha betydning for hvor effektivt man kan spre informasjonen om denne typen samtale. Enkelte jordmødrene tenker at det kan ta lengre tid å innarbeide og formidle dette tilbudet i store enn i små kommuner. Derfor kan det være lettere å rekruttere gravide i små kommuner. I Hå kommune fortelles det blant annet at mange får informasjonen fra slekt og venner, og informasjon fra jordmor og andre kan lettere nå ut. Det pekes på at dette er en fordel med små kommuner.

Etter SSBs inndelinger er kommuner under 5 000 innbyggere kalt små, mens mellomstore kommuner har mellom 5 000 og 20 000 innbyggere og store kommuner har over 20 000 innbyggere. Etter denne inndelingen er det ingen små kommuner blant pilotkommunene, Hå, Klepp og Gjesdal vil være mellomstore kommuner, mens Sola og Sandnes er store kommuner.

5 Samtalen og tilbudet

Dette kapittelet diskuterer hvordan helsepersonell og gravide ser på FRIDA-prosjektet etter å ha praktisert tidlig samtale, og berører forskningsspørsmålene:

Hvordan gravide/par erfarte samtalen og tilbudet.

Hvordan helsepersonell, etter å ha praktisert tidlig samtale, ser på tiltaket.

5.1 Gravide fornøyde med tidlig samtale

De gravide som har deltatt i intervjuer er gjennomgående svært positive til tidlig samtale, og mener det er et tilbud som burde fortsette og som flere burde få tilbud om. De oppgir også at de følte seg ivaretatt i samtalen. Ingen forteller at det er noe de tenker kunne vært gjort annerledes. Grunnene som blir oppgitt for at dette ble en positiv opplevelse er at jordmor hadde god tid, viste omsorg og var kunnskapsrik. Dessuten mener flere det var greit å være inne i «systemet» tidlig.

Det er også fortellinger om uro og usikkerhet i starten av graviditeten. Siden man gjerne venter en stund med å fortelle venner og familie om graviditeten, var partner for flere eneste samtalepartner. Å ha jordmor å prate med i tillegg virket beroligende og gav trygghet. Flere av jordmødrene åpnet opp for å bli kontaktet over telefon dersom den gravide hadde spørsmål, og dette ble framhevet som en ekstra trygghet. Det ble også nevnt at det er lenge å vente med kontakt med helsevesenet til uke 11 eller 12. En kvinne som er gravid med sitt andre barn forteller også at hun syntes samtalen var nyttig. Det var greit å få en repetisjon, sier hun, for hun hadde glemte mye fra forrige gang.

Flertallet av informanter gir inntrykk av å ha gode kunnskaper om konsekvensene av alkoholbruk i svangerskapet, og sier at de ikke føler seg i målgruppen når det gjelder alkoholbruk. Samtidig fortelles det av enkelte at de fikk ny kunnskap, eller at de fikk nyansert den kunnskapen de allerede hadde i løpet av samtalen. Flertallet mener at de ikke fikk ny kunnskap om alkoholbruk som de allerede hadde skaffet seg selv. Det blir pekt på at behovet for informasjon kan variere, men de mener at andre gravide kan ha nytte av samtalen. Det blir fortalt om mange forum for gravide på nettet, og de opplever at det eksisterer mange ideer og misforståelser som blir gjengitt om alkohol. Det er mye og ulik informasjon som er på nettet, og det er godt å få kvalitetssikret informasjonen gjennom en samtale med jordmor.

5.1.1 Kommentarer fra respondentene

På spørreskjemaet kunne de gravide gi sine kommentarer til samtalen med jordmor. Svarene er gjengitt nedenfor. Som det fremgår av svarene, var alle positive til samtalen. Enkelte mente de ikke hadde behov for kunnskapen, spesielt om alkohol, men syntes likevel det var et viktig arbeid. Flere kommenterte at tidlig informasjon var viktig.

Den gravides egne kommentarer til samtalen:

«Betryggende, beroligende».

«Bra tiltak! Noen har nok godt behov for å vite mer om hva som skjer med fosteret ved bruk av alkohol og røyk».

«Det var god tid til å komme med spørsmål underveis, noe jeg satte stor pris på».

«Det var veldig nyttig å snakke med min jordmor».

«For meg var det ikke nødvendig med samtale ang. alkohol i svangerskapet. Jeg ville aldri rørt alkohol under denne tiden, og det er en selvfølge for meg. Syntes likevel dette er viktig arbeid da andre kanskje ikke tenker det samme».

«Følte det var nyttig informasjon som førstegangs fødende. Er jo mye nytt å sette jeg inn i. Bare bra om informasjon blir gitt tidligst mulig! Har lest en del på internett: mammanett og babyverden.no, men en blir enda mer bevisst på viktige ting etter samtalen med jordmor».

«Informasjon er god, hyggelig samtale. Har en del kunnskaper selv gjennom utdanning».

«Jeg er veldig takknemlig for å ha fått samtalen med jordmor så tidlig i svangerskapet. Siden alt er nytt for meg, hadde jeg mange spørsmål i fht kosthold og trening som er veldig viktig for meg, men også i fht jobben. Har også opplevd noe personlig som gjør at det gjorde ekstra godt å få samtale med jordmor tidlig. Jordmora jeg møtte var bare helt fantastisk, og jeg er veldig glad for å bli fulgt opp av henne de neste mnd. Anbefaler virkelig andre som er gravide å få denne samtalen tidlig slik som jeg».

«Jeg håper alle helsetjenester (hos jordmor) har ultralyd. Vi trenger mer kontroll om baby mens de ennå er inni mage. Alle gravide damene som jeg kjenner går til privat jordmor for ultralyd. Jeg synes bare 2 ganger er altfor lite og måtte reise helt til Stavanger er litt mye. Kanskje det er ikke noe informasjon dere trenger men jeg skrev dette her».

«Min første samtale med jordmor var preget av ro og tydelig informasjon. Følte at jeg ble lyttet på og fikk konkret svar på mine spørsmål. En samtale jeg satte stor pris på».

«Jeg følte meg trygg og veldig godt ivaretatt. Herlig å kunne være meg selv og bli forstått og lyttet til».

«Nyttig, informativt. Godt med tilbud om å komme til jordmor så tidlig i svangerskapet».

«På grunn av jobb var jeg svært opplyst fra før, så når jeg krysset av for at jeg fikk lite utbytte av informasjon fra jordmor var det ikke pga hun ikke var flink, men da jeg visste mye fra før».

«Samtalen om alkohol og røyking var ikke viktig og aktuell for meg fordi jeg vet at det er farlig og jeg har aldri røykt og drakk alkohol sjelden».

«Som førstegangsgavid var samtalen god å ha – nesten uavhengig av innhold. Masse informasjon ble mottatt som det er greit og motta tidligst mulig».

«Syntes at det var nyttig med samtalen med jordmor. Fikk svar på spørsmål jeg har lurt på».

«Var en veldig kjekk og informativ samtale. Veldig kjekk jordmor».

«Veldig bra å ha et tilbud så tidlig i svangerskapet. Man får muligheten til å få riktig svar på ting man lurer på tidlig!».

«Veldig fornøyd med dette tilbudet! Føles godt å få tidlig samtale når en har mye en lurer på. Viktig tiltak for førstegangsfødende».

5.2 Jordmødre er positive

Jordmødrenes erfaringer med prosjektet er i all hovedsak positive. Det fremheves at de gravide får informasjon tidlig og at de blir myndiggjort til å kunne foreta informerte valg på vegne av seg selv og barnet. Et annet forhold er at gravide kvinner i større grad enn andre er motiverte for livsstilsendringer i svangerskapet. Flere mener at dette er framtiden innfor svangerskapsomsorgen, og mener at tilbud som denne typen samtale bør bli tatt med i de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen. Samtidig blir det uttrykt bekymring for fortsettelsen til tidlig samtale i kommunene når prosjektperioden er over. Grunnene er allerede store kapasitetsvansker og antatt økt ansvar for jordmødre etter gjennomgang av *Høringsutkast – retningslinje for barselomsorgen* (Helsedirektoratet 2012c).

Å møte de gravide tidlig og få gitt informasjon blir beskrevet som en styrke. I intervjuene kommer det fram at jordmødrene tenker at mye informasjon kommer for sent når den kommer i uke 24. Både alkoholbruk, trening og kosthold som temaer blir nevnt som eksempler på dette. Dette var også erfaringene fra et tilsvarende prosjekt i Bergen (Rogde og Storbækken 2013). Det blir uttrykt et håp om aksept for tanken om at jordmor eller annet kvalifisert helsepersonell kommer inn tidlig med informasjon om det som er viktig for å leve som en normal gravid uten komplikasjoner. Flere tenker også at det kan være en fordel om partner er med på disse samtale. Ved å endre på dagens system forespeiles gevinster både når det gjelder kvinners generelle trygghet i svangerskapet og sykemeldingsforebygging.

FRIDA-samtalene blir også framhevet som myndiggjøring av kvinner, og de blir beskrevet som en rett kvinner bør ha til informasjon som er riktig, med tanke på å kunne gjøre de beste valgene for seg og fosteret. Det blir fortalt at mange kvinner har gått med ubesvarte spørsmål lenge, og en jordmor peker på at hun tenker at noen gravide tidlig burde ha blitt veiledet bort fra uvaner. Dette kan gjelde røyk, alkohol, kaffe, cola eller en livsstil som ikke vil være god for barnet. Sett i denne sammenhengen blir FRIDA-samtalene beskrevet som en god begynnelse på svangerskapsomsorgen.

Flere jordmødre er opptatt av at livsstilsendringer er lettere å gjennomføre når kvinnene er gravide og har ansvar for flere enn seg selv. Jo tidligere de kommer til samtale, jo tidligere er det mulig å komme i gang med endringer. Mange kvinner er motivert for

livsstilsendringer når det ikke bare gjelder dem selv. Tidlig samtale blir beskrevet som gunstig å bruke i denne sammenhengen.

Det blir uttrykt bekymringer for kapasiteten til å gjennomføre tidlig samtale når FRIDA-perioden er over. Jordmødrene ønsker å bruke metoden som ligger til grunn for FRIDA-samtalene, men understreker at de ikke kan forvente å ha samme tid til disposisjon i fortsettelsen. Det blir vist til at befolkningsveksten i pilotkommunene er stor, men jordmorstillingene øker ikke i samme takt. I tillegg er mange nyinnflyttede fra andre land enn Norge, og har behov for mer ressurser for å oppnå et likeverdig tilbud.

Mange av jordmødrene er i intervjuene opptatt av hva som kommer til å skje med svangerskapsomsorgen framover, og mener tidlig samtale er framtiden. Det blir pekt på at *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* (Sosial- og helsedirektoratet 2005a) gjerne blir fulgt blindt i kommunene, men at det kanskje er på tide å begynne å tenke mer tilpasset og individualisert svangerskapsoppfølging.

5.3 Ledende helsesøstre mener FRIDA er nyttig

De ledende helsesøstre oppsummerer jordmødrenes erfaringer med at FRIDA har et veldig bra opplegg, og at en har sett at det er nyttig for alle som får det. Det blir fremhevet at der hvor far til barnet er med så blir det mer tydelig hvor en kan støtte og oppmuntre hverandre. De sier at dette bør komme som en del av ordinær svangerskapsomsorg videre.

Det blir uttrykt en tro på å komme tidlig inn. FRIDA blir beskrevet som et helsefremmende arbeid, med fokus på bevisstgjøring av den gravide i forhold til alkohol. Alle ønsker å fortsette med TWEAK-skjemaet.

Kapasiteten etter prosjektperioden blir uttrykt som et problem, også blant ledende helsesøstre. De beskriver en situasjon hvor samtalene må bli gjennomført på kortere tid enn det de har hatt muligheten til i FRIDA, med mindre de får gjennomslag hos politikerne for å øke andelen jordmorstillinger.

Hå kommune skiller seg ut fra dette bildet. Her har man har lagt innholdet i FRIDA inn i førstegangskonsultasjonen sammen med vanlig kontroll, og ser for seg å fortsette med det også etter prosjektperioden er over. Erfaringen er at FRIDA har fungert bra i forhold til tidlig innsats og forebygging.

5.4 Inntrykk fra prosjektlederne

To personer har besatt stillingen som prosjektleder i løpet av prosjektperioden, men begge har hele perioden vært tilknyttet prosjektet som deltakere i den lokale arbeidsgruppen. Begge prosjektlederne synes FRIDA har vært et spennende prosjekt å jobbe med. Det blir vist til at prosjektet i noen grad har blitt til mens man gikk, og har også endret seg underveis. I starten var det stor entusiasme, og man fikk god og rask respons i kommunene. Det ble skrevet formelle avtaler med alle kommunene på rådmannsnivå. Første samling var positiv og gav en «flying start». Motbakkene begynte når prosjektet skulle settes ut i live, og rekruttering viste seg å være en utfordring.

Samarbeidet med Helsedirektoratet blir beskrevet som godt. Prosjektlederne har vært aktive innen informasjonsspredning om FRIDA-prosjektet. De forteller at i all hovedsak er de blitt positivt mottatt. En skuffelse har vært at kommuneoverlegene ikke har svart på henvendelser.

Begge prosjektlederne er tydelige på at de håper tilbudet om tidlig samtale vil fortsette. De understreker de gode erfaringene, at de ser at det nytter og at gravide har meldt tilbake at dette tilbudet er noe de har savnet. Samtidig er prosjektlederne bekymret for at økonomien i pilotkommunene gjør at det ikke er realistisk å tro at samtalen vil fortsette når prosjektperioden er over. Noe av jobben prosjektlederne legger vekt på er å være i dialog med ledende helsesøstre med tanke på å overbevise den politiske ledelsen i kommunene om at tidlig samtale er noe som er verdt å satse på videre. Dersom det kommer en takst på samtalen vil det også ha noe å si for videreføringen. I dag er det ikke takst på tidlig samtale.

Argumentene som brukes er at tidlig samtale er folkehelse i et bredt spekter, hvor man begynner allerede der barnet blir til. Slik kan det være mulig å forebygge tidlig også med tanke på barnehage, skole og arbeidsliv. Prosjektlederne vurderer tidlig samtale som et tiltak under tidlig innsats eller tidlig intervensjon. Med dette utgangspunktet blir det rimelig å tenke at den gravide må komme tidlig. FRIDA kan også forstås som generell folkehelse, ved at det kan omfatte endringer i livsstil generelt både hos mor og far. Dette er en fase i livet hvor veldig mange er villige til å forandre seg og villige til å lytte, i større grad enn når man kanskje bare har ansvar for seg selv. Et eksempel som blir nevnt er kostholdsendringer, med tanke på overvekt som en samfunnsutfordring.

Prosjektlederne er også opptatt av FRIDA i forbindelse med arbeid med nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen. De tror at jordmødrene i prosjektet kommer til å bruke mye av det de har lært videre, men tror samtidig ikke at de gravide vil møte så tidlig til samtale som i pilotprosjektet. Skal dette skje, mener de at det må komme konkrete føringer i nye retningslinjer.

Kommuneorganisering og kommunestørrelse setter ulike rammer for muligheten til å implementere et tiltak som FRIDA-samtaler, i følge prosjektlederne. Erfaringer fra Hå kommune viser at samarbeidet mellom jordmor og legene har fungert bra. Hå er den eneste kommunen som har kommuneleger og ikke fastleger. Erfaringene herfra avviker derfor sammenlignet med de andre kommunene. Kommunene Klepp og Gjesdal hadde forholdsvis liten andel jordmorressurser med bare en jordmor. Erfaringene viser at det er forskjell om man er en eller flere jordmødre i en kommune. God dekning av jordmødre kan være med på å motivere til innsats i pilotprosjektet og til å skape et faglig miljø. I Sandnes som er en stor kommune, var erfaringen at veien til beslutningsleddet noen ganger kunne bli lang, og at inntrykket var at større kommuner slik sett opplevdes som mer byråkratiske og mindre fleksible.

Det er fra prosjektledernes side et uttalt ønsket resultat fra FRIDA at det blir en endring i måten leger og jordmødre snakker med gravide på, og at alle gravide får tilstrekkelig med informasjon og muligheten til å gjøre de gode valgene. Slik handler prosjektet også om kompetanseheving innen svangerskapsomsorgen og utvikling av rutiner hvor man sikrer at alle får lik informasjon. Ektefellens plass i samtalen er også et tema deltakere i pilotprosjektet har vært opptatt av, f. eks. om partner skulle fylle ut TWEAK-skjemaet.

5.5 Oppsummering

Gravide som har deltatt i personlig intervjuer er positive til tidlig samtale og føler seg godt ivaretatt i samtale. De gravide opplevde at jordmødrene tok seg god tid til samtalen, at de viste omsorg og var kunnskapsrike. Flere mente likevel at de ikke fikk så mye ny kunnskap når det gjaldt alkohol, men andre syntes det motsatte.

Jordmødrene er positive til FRIDA og påpeker viktigheten av tidlig informasjon som grunnlag for informerte valg, de mener også at tidlig samtale burde tas med i de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen.

Jordmødrene uttrykker bekymring for fortsettelsen av tidlig samtale etter at prosjektperioden er over.

Ledende helsesøstre mener tidlig samtale er nyttig og at dette bør bli en del av den ordinære svangerskapsomsorgen. Man er imidlertid bekymret for kapasiteten til å gjennomføre samtale etter prosjektperioden.

6 Hvordan samtalene ble gjennomført i praksis

I dette kapitlet gjengir vi erfaringer med hvordan samtalen fungerte i praksis, hvordan støttematerialet i FRIDA-prosjektet fungerte og om det ble formidlet et klart budskap om avhold.

Som utgangspunkt for samtalene ligger ideologien til motiverende samtaler (MI) i tillegg til en kartlegging av alkoholvaner (TWEAK) som inngang til samtaler om alkoholbruk og levevaner hos gravide.

Sentralt for motiverende samtaler er å identifisere og mobilisere den gravides indre motivasjon og mål (Miller og Rollnick 1991). Metoden er klientorientert, og respekt for den gravides autonomi blir understreket. Motstand i samtalen er gjerne et signal om å modifisere samtalestrategien. Det blir vist til at et mål for samtalene er å identifisere ulike former for ambivalens for så å peke på fordeler og ulemper ved disse. På denne måten kan bruken av MI bli utfordrende. Ideologien bak metoden legger vekt på symmetri og jevnbyrdighet i samtalene. Samtidig eksisterer det en strukturell asymmetri mellom helsepersonellet og den gravide. Budskapet i samtalene skal også være tydelig, og ikke noe som er gjenstand for diskusjon; totalavhold er det ønskelige. Det kan bli en balansegang for helsepersonellet som skal gjennomføre samtalene. Rammen for samtalen er for eksempel hvilke forventninger den gravide har til samtalen på forhånd, hvordan innholdet og retningen i samtalene blir formidlet av fagpersonen og hvem som styrer innholdet i samtalen. En annen side ved samtalen er hvordan man konkluderer og summerer opp temaene som blir berørt. Det er også et spørsmål om hvor styrende kartleggingen som en innledning til samtalen kommer til å bli, og på hvilken måte den gravide oppfatter dette.

6.1 Jordmødre

6.1.1 Opplæring

Jordmødrene mener de har fått mye ut av opplæringsdagene i regi av KoRus vest, Stavanger og Helsedirektoratet. Disse dagene har i hovedsak vært brukt til opplæring i bruk av meny-agenda, TWEAK-skjema, teori og øvelser knyttet til bruk av samtalemotodikk, faglig oppdatering og oppdatering på FRIDA-prosjektet. I tillegg har det vært en arena for erfaringsutveksling for jordmødrene som deltar i prosjektet.

Argumenter som blir brukt for at opplæringsdagene har vært positive er at det har vært god og inspirerende undervisning, og at jordmødrene fikk det de trengte for å komme i gang med samtalene. At møtene var felles for alle jordmødrene i pilotkommunene blir også beskrevet som positivt. Opplæringen var motiverende, og den har gjort at flere føler seg tryggere i jobben. Samtidig er det en forståelse av at den fungerte som en smakebit på bruk av motiverende samtale.

Selv om alkoholbruk i svangerskapet er noe jordmødrene har kunnskaper om fra før, så gjør fokuset på alkohol og rusmidler at de får et ekstra løft. De har også fått mer kunnskaper om virkninger av alkohol på foster og tenker at det er viktig at denne informasjonen kommer tidlig. Man lærer også å ha særlig oppmerksomhet på alkohol,

som kan være et vanskelig tema å snakke om. Det har også vært greit å få en ny gjennomgang av bruk av TWEAK-skjemaet, selv om flere har vært borti dette før. TWEAK-skjemaet brukes nå i noen av kommunene på alle gravide som kommer til jordmor.

Det de fleste har vært fornøyde med er samtalemotodikken de har blitt introdusert for. Denne tilnærmingen til samtale, fortelles det, har lært dem å tenke annerledes, til å stille åpne spørsmål, til å finne ut hvor de gravide står, få dem i tale og i en prosess, og å utforske ambivalens. Det eneste ankepunktet som blir nevnt mot metodikken er at den er tidkrevende. I tillegg ville flere hatt anledning til å trene på samtalen. Behovet for trening i samtaleteknikken blir antakelig også større når det tok lang tid før gravide begynte å komme til tidlig samtale. I tillegg til mer trening i samtalemotodikken, blir oppdatering på det nyeste av anbefalinger og fra forskningsfronten nevnt som temaer enkelte ville ønsket seg mer av.

6.1.2 Støttmateriell

I forbindelse med prosjektet er det delt ut støttmateriell. Dette er i hovedsak heftet *FRIDA – Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner* som er utviklet av Helsedirektoratet (2012a) om selve innholdet i og gjennomføringen av tidlig samtale, en håndbok om motiverende intervju (Ivarsson 2010), to DVD-er og plansjene til menyagenda og av et foster, samt kartleggingsskjemaet TWEAK og sjablong til skåring. I tillegg ligger det mye informasjon på Helsedirektoratets nettsider. Til de gravide blir brosjyren «Den beste starten» og heftet *Gravid* (Helsedirektoratet 2012b) delt ut.

Jordmødrene er generelt fornøyde med støttmaterialet og sier at de har tilgjengelig det materialet de trenger og savner ingenting. Andre kommentarer er at materialet er instruktivt, oversiktlig og fungerer som et godt hjelpemiddel både til samtaler og til å friske opp kunnskap.

Gjennom intervjuene blir det likevel gitt et inntrykk av at det varierer i hvilken grad heftet *FRIDA* er tatt i bruk. Noen av jordmødrene rapporterer at de bruker det jevnlig, noen sier at de bruker det som en påminnelse enkelte ganger for å få en oppfrisking av gangen i samtaler, mens andre forteller at det er et hefte de har bladd fort igjennom en gang eller to. Noe av det som blir framhevet som spesielt bra med *FRIDA*-heftet er at det er kort og oversiktlig, det gir gode tips til hvordan tilnærme seg ulike temaer og det fungerer bevisstgjørende.

Håndboka med innføring i motiverende intervju (Ivarsson 2010) blir framhevet som spesielt nyttig. Samtidig har innføringen ført til en nysgjerrighet på metodikken. Flere uttrykker ønske om mer litteratur om MI, mer undervisning og flere muligheter til å øve seg.

En av jordmødrene peker på at det er i praksis hun lærer. Da blir tid til å trene ved å gjennomføre samtaler en viktig faktor. Det er noe hun har savnet i prosjektet, siden tilgangen på gravide til *FRIDA*-samtaler i starten var veldig liten.

Jordmødrene i en av kommunene forteller at de har sett DVD-ene sammen. Det er svært få av jordmødrene som bruker Helsedirektoratets nettsider for å søke informasjon og oppdatere seg faglig. Den jordmoren som oppgir at hun er inne på direktoratet sine

nettsider jevnlig, sier at hun sjekker nettsider som gravide forteller at de er inne på, med tanke på å holde seg oppdatert og være forberedt på hva det er de leser på nettet. Hun er også inne på engelske nettsider, og kommenterer at på BBC sine nettsider står det at ett glass alkohol i uka var greit. Det fortelles at disse nettsidene er mye brukt av innvandrere for de har ord på seg for å være gode på temaene fødsel og amming, og da leser de gravide også andre ting som står der.

I løpet av prosjektperioden har Helsedirektoratet arbeidet med å utvikle det opprinnelige heftet *FRIDA* videre. På bakgrunn av blant annet erfaringene i *FRIDA*-prosjektet er dette nå blitt erstattet med veiviseren *Tidlig samtale om alkohol og levevaner* (Helsedirektoratet 2013).

6.1.3 Meny-agenda

Meny-agenda er et verktøy hentet fra motiverende samtaler for å strukturere samtalen (se vedlegg). Innholdet for samtalen blir bestemt av jordmoren og den gravide ved hjelp av en oversikt, hvor fem temaer er faste og hvor den gravide kan velge de to siste. Temaene blir deretter behandlet i prioritert rekkefølge.

Et flertall av jordmødrene rapporterer at de bruker meny-agenda i samtalen. Erfaringene er jevnt over gode, men flere forteller at det følte litt kunstig å bruke dette verktøyet i starten, og at det tok litt tid å venne seg til det. I en kommune kommer det også i konflikt med en egen mappe som blir brukt i de første samtalen med gravide som jordmødrene er vant med å bruke, men det blir pekt på at meny-agenda er en enklere og mer oversiktlig tilnærming.

Det som gjør at meny-agenda oppleves som et nyttig verktøy er at den bidrar med å ufarliggjøre alkohol som tema, da dette er ett av flere faste temaer. Den åpner opp for samtale og hjelper jordmødrene i å tilpasse samtalen til den enkelte gravide. Videre bidrar den til myndiggjøring av den gravide i samtalen ved at man spør om tillatelse og ved at de selv bestemmer rekkefølgen på informasjonen. Meny-agenda virker også bevisstgjørende for jordmor i forbindelse med temaer som skal gjennomgås, og enkelte kommenterer på at meny-agenda fungerer skjerpene med tanke på samtalen form. Ved å bruke meny-agenda får man med alle de viktige punktene i samtalen, noe som ellers kan glippe dersom den gravide er veldig opptatt av én ting.

Én jordmor forteller at hun gjerne tar temaet den gravide er veldig opptatt av i starten av samtalen før hun introduserer meny-agenda, mens andre forteller at de har så gode erfaringer med verktøyet at de har begynt å bruke det i andre sammenhenger også.

6.1.4 TWEAK

Alle jordmødrene benytter TWEAK-skjemaene, og alle gravide har til nå fylt dem ut. Skjemaet blir beskrevet som en god innfallsport til samtale av flertallet av jordmødre, og de tenker at det å konkretisere alkoholkonsum ned til enheter virker bevisstgjørende. De sitter også med en opplevelse av at de gravide svarer ærlig på skjemaet. Spørsmål fra de gravide om hvorfor man skal fylle ut skjemaet har gitt varierende svar. De vanligste svarene jordmødrene gir er at kartleggingen er rutine i kommunen, at de er til statistisk bruk, at den er en del av det forebyggende helsearbeidet og skal fungere

bevisstgjørende i forhold til alkohol. TWEAK-skjemaet har også vært en inngang til den påfølgende samtalen mellom jordmor og den gravide.

Noen rapporterer om startvansker med bruken av skjemaet, da de syntes det kunne være vanskelig å summere TWEAK-skjemaet. Jordmødrene måtte også være tydelige på hva som legges i de ulike spørsmålene i skjemaet og prøve å unngå misforståelser med hva som menes med bl.a. «alkoholenhet» og «effekt». Noen synes det var vanskelig å starte å snakke så konkret om alkoholbruk med gravide for egen del, og at det var noe de trengte trening på før det opplevdes som greit.

En annen problemstilling jordmødrene har opplevd er at enkelte gravide reagerer negativt på kartleggingen av alkoholbruk i året før man ble gravid. Jordmødre får en opplevelse av at de gravide selv føler at denne informasjonen blir for privat. Dette er en opplevelse jordmor i Hå kommune rapporterer mer om enn andre. I denne kommunen kommer alle gravide til konsultasjon, og ikke nødvendigvis kun de som har sagt ja til å delta spesielt på FRIDA-prosjektet. Det er slik sett en mulighet for at gravide i Hå kommune er mindre forberedt på den oppmerksomheten om alkohol i samtalen enn deltakerne i de andre kommunene. Som vi har nevnt tidligere er det trolig slik at gravide i Hå er mer representative for populasjonen gravide som helhet.

Det kan oppleves som vanskelig å hvite hvordan man skal gå videre i samtalen når det blir rapportert om veldig høyt alkoholkonsum i forkant av graviditeten, forteller jordmødrene. I en tidlig utgave av veiviseren *Tidlig samtale om alkohol og levevaner* fra Helsedirektoratet ble det anbefalt følgende oppfølging: Ingen oppfølging for totalavholdne eller de som har uproblematisk forbruk, bortsett fra ordinær informasjon. Videre heter det:

Kvinner som kan ha et problematisk forbruk. Det vil si 2 eller mer på første summering og/eller 4 eller mer på andre summering og/eller rapporterer hyppig binge-driking (5 enheter eller mer ved samme anledning) før svangerskapet.

- *Oppfølging ved alle konsultasjoner (informér jordmor/lege hvis oppfølging hos begge)*
- *Vurdér kontakt med samarbeidspartner (lege, sosialtjeneste, ruskonsulent, osv.)*
- *Ellers handle i henhold til kommunens handlingsplan ved bekymring for rusmisbruk i svangerskapet*
- *Fastlege eller NAV viser evt. videre*

(Helsedirektoratet 2013)

Med denne definisjonen på problematisk forbruk, vil minimum 25% av de gravide som har svart på spørreskjemaene i undersøkelsen ha et problematisk forbruk. Slik sett går det an å skjønne at jordmødrene føler de sitter i en vanskelig situasjon.

I den siste utgaven av veiviseren er dette punktet moderert betraktelig. Skåre på TWEAK-skjemaet blir ikke alene lagt til grunn for tiltak og jordmors skjønn blir i høyere grad vektlagt. Oppfølgingen blir også isolert til mistanke om bruk av rusmidler i svangerskapet med henvisning til Lov om helsepersonell §32. Jordmødrene sitter likevel

igjen med dilemmaet med hvordan de skal forholde seg til informasjonen de får om problematisk forbruk i året før svangerskapet.

6.1.5 Samtalemetodikken

Samtalemetodikken har vært sentral i forskningsspørsmålene i prosjektet, og med tanke på dette er det blitt gjennomført gruppeintervjuer med utgangspunkt i tre ulike situasjoner. Diskusjonen mellom jordmødrene i gruppeintervjuet overlapper og utfyller i stor grad svar fra individuelle intervjuer. Selve samtalemetodikken og erfaringer med denne blir derfor behandlet i kapittel 7.

6.1.6 Tema

Temaene i samtalen blir sagt å variere etter hvem som kommer. Slik sett blir det viktig å tilpasse samtalen til den gravide. At samtalen skjer såpass tidlig blir beskrevet som en fordel, for de gravide er gjerne opptatt av andre ting i begynnelsen av svangerskapet enn senere. Det blir gjerne understreket at alle gravide er opptatt av hva de kan gjøre for å gi barnet en best mulig start. De to temaene jordmødrene beskriver de gravide er mest opptatt av er kosthold og aktivitet. I tillegg er fokus på alkoholbruk langt fremme i samtalen i og med at de gravide fyller ut TWEAK-skjemaet.

Når det kommer til kost, gir jordmødrene gjerne generelle kostholdsråd som å spise ofte og hva som er et sunt kosthold. Det fortelles at ikke alle gravide er sikre på hva som kjennetegner et sunt kosthold. Informasjon blir gitt om hva mye sukker i kosten, som brusdriking, kan føre til. Det advares mot at ungen kan bli stor og at stort sukkerinntak fører til økt risiko for svangerskapsdiabetes. Temaer knyttet til hva som ikke er anbefalt kosthold er også oppe. Dette kan gjelde matvarer som spekemat, skalldyr, jordbær og ost. Ellers blir også kostholdstilskudd diskutert, og hva som bør tas av vitaminer og andre tilskudd. Det blir også nevnt at alkohol er lett å flette inn i kostholdssamtalen.

Temaet om aktivitet blir på den ene siden knyttet til hvilke aktiviteter de som allerede er fysisk aktive kan delta i og ikke, og hva de må være forsiktige med. Det blir pekt på at det eksisterer mange myter om hva de kan gjøre og ikke gjøre, og at mange trenger informasjon om det. På den andre siden blir temaet aktuelt for gravide som har en livsstil med lite fysisk aktivitet. Her ønsker de gjerne å bli mer aktive og trenger råd om hvordan de kan få det til, eller jordmor forsøker å motivere den gravide til mer aktivitet i svangerskapet. Sola kommune har et godt tilbud om vanntrening for gravide, slik at de da kan informere om dette. Jordmødre i de andre kommunene etterlyser et tilbud til gravide som er motiverte for trening, men hvor de synes det er vanskelig å få til dette alene.

Alkohol er også et tema i alle samtalen. I motsetning til kosthold og aktivitet er temaet primært jordmorinitiert. Det er gjerne også i hovedsak jordmor som fører ordet på dette temaet. Mange tar utgangspunkt i fosterets utvikling for å fortelle om alkoholbruk og eventuelle skadevirkninger, og enkelte forteller også om alkoholbruk og konsekvenser for kvinnehelse generelt.

Ellers er temaer om reseptbelagte medisiner, reseptfrie medisiner, ulike typer helsekost og alternativ behandling tema. Ved reseptbelagte medisiner bes de gravide kontakte legen. Det gis råd om bruk av reseptfrie smertestillende og febernedsettende medisiner

og vanedannende nesepriper. Når det gjelder ulike typer helsekostprodukter peker en jordmor på at hun synes dette er et tema det er vanskelig å si mye om, da hun ikke alltid vet hva de inneholder. For ulike typer alternativ behandling som enkelte gravide oppsøker savnes også mer kunnskap.

Andre temaer som er oppe er hva en graviditet kan gjøre med kroppen som ulike tidlige symptomer, svangerskapskvalme, ekstrem tretthet og svangerskapsforgiftning. Andre er opptatt av fødselen og muligheten for fødselsdepresjon. Ellers kan røyking og snusbruk bli tema, og hvordan tilrettelegge best mulig i jobben.

6.1.7 Hva kan de fra før?

Jordmødrene rapporterer at de gravides kunnskaper kan variere med bakgrunn i utdanningsnivå, alder, og om de er førstegangsfødende eller flergangsfødende. Gravide med høyere utdanning har gjerne skaffet seg mer kunnskap før de kommer til samtale. For førstegangsfødende er det mye nytt som skjer i kroppen og de lurer gjerne på hvordan ting skal være og hva som er «normalt». Flergangsfødende er på sin side mer opptatt av tidligere erfaringer. Det blir også pekt på hva partner og venninner tenker er viktig for holdninger. En jordmor deler de gravide inn i «lesetypen» og i de som hører på familie og venner.

De gravide som leser mye er gjerne også mye på Internett. Dette er noe som blir problematisert i en stor del av jordmorintervjuene. De opplever at gravide kan ha fått feil informasjon på nettet, at de har blitt skremt eller urolige av ting de har lest og at de lurer på ting de har lest. Noe av jobben i samtale blir derfor å hjelpe til med å sortere og korrigere informasjon som ligger på nettet, dersom det skulle være nødvendig. Det fortelles at det er stor variasjon i hvilken måte den gravide er i stand til å sortere og håndtere denne informasjonen alene. Deltakelse i ulike chatterom og diskusjonsforum på nettet blir nevnt som steder hvor det blir hentet mye informasjon som ikke er kvalitetssikret. Det blir også nevnt nettsider om gravide som ikke er drevet av fagfolk og hvor informasjonen som ligger ute ikke nødvendigvis er forskningsbasert. Fra en kommune blir det fortalt at de en stund hadde en egen svarteliste med navngitte jordmødre på en anerkjent nettside. Flere sier de anbefaler helsenorge.no som trygge nettside, hvor norske myndigheters anbefalinger finnes.

Det blir pekt på at nettverk som de gravide er medlemmer av på nettet blir mer og mer viktig. Her blir det også dannet en form for konsensus om hva som er bra og ikke bra. Det blir pekt på at gravide har et veldig trykk på seg fra omgivelsene fordi det er så mye informasjon som er tilgjengelig.

En jordmor peker på at nettbruken også kan være en grunn til å få til en tidlig samtale med gravide. Slik kan de anbefale gode nettsider med kvalitetssikret informasjon og relevant litteratur. Det blir fortalt at mange av kvinnene som kommer til tidlig samtale er de som har lest litt mye eller hørt litt mye av venninner, spesielt på teamene levevaner. De synes det er godt å få sortert tanker og få tilgang på kvalitetssikret informasjon så tidlig i svangerskapet.

6.1.8 Med partner

I følge jordmødrene varierer det i hvilken grad partnere har vært med til tidlig samtale. Noen partnere viser interesse og spør mye, mens andre er tause i samtalene. Det blir nevnt at når det er så tidlig i svangerskapet har paret ennå ikke informert omgivelsene. Det antas derfor at det kan bli vanskelig for mannen å gå på jobben å be om fri, uten å kunne oppgi en legitim grunn for fraværet.

Enten partner er med eller ikke nevner flere av jordmødrene at det er viktig å kartlegge om han røyker og hans forhold til alkohol. Hvordan partnerens vaner er, kan ha mye å si for hvor lett det vil være for kvinnen å få til livsstilsendringer.

Av de jordmødrene som har erfaring blir det fortalt at når partner er med er det vanskeligere å få tatt i bruk samtalemotodikken. Det kan i tillegg være vanskeligere å holde tida. Den gravide kan være opptatt av hva partneren synes og mener, og paret sitter og diskuterer seg imellom. Det nevnes også eksempler hvor jordmor har fått opplevelsen av at det var partneren som tok initiativet til tidlig samtale, med et ønske om at kvinnen skulle endre livsstil.

6.1.9 Budskap om avhold

Jordmødrene mener at budskapet om nulltoleranse for bruk av alkohol i svangerskapet er tydelig. Det blir understreket at de har hatt fokus på alkohol i svangerskapsomsorgen i mange år, at alkoholbruk er et avkrysningspunkt på helsekortet for gravide, og at det lenge har vært formidlet et budskap om nulltoleranse overfor alkohol i svangerskapet. Likevel peker de på at det har vært godt å få et ekstra påfyll på dette temaet, at de har lært å utdype det, og at de kanskje også går mer inn i temaet på grunn av FRIDA-prosjektet.

Med tanke på budskap om avhold, beskriver mange av jordmødrene at det ikke er uvanlig at kvinnene har drukket alkohol før de fikk positiv graviditetstest, men at de stopper å drikke alkohol etter at graviditetstesten er blitt positiv. Jordmødrene vektlegger at en viktig jobb framover er å bevisstgjøre unge kvinner som prøver å bli gravide på å avstå fra alkohol også når de prøver.

6.1.10 Skriftlig infomateriell

Den gravide får brosjyren «Den beste starten» utarbeidet av Helsedirektoratet. Denne brosjyren bruker også flere av jordmødrene i løpet av samtalen for å visualisere når de informerer om alkoholbruk. De får også heftet *Gravid* (Helsedirektoratet 2012), som flere jordmødre nevner at de har fått veldig gode tilbakemeldinger på.

I tillegg til disse to publikasjonene varierer det hvilket skriftlig materiell den gravide har fått med seg etter FRIDA-samtalen. Det nevnes ulike typer brosjyrer fra Helsedirektoratet om røkeslutt, kostholdsveiledning og Vinmonopolets brosjyre om «De gode alkoholfrie alternativene» som er utarbeidet med støtte fra Helsedirektoratet. I tillegg finnes ulike typer reklamefinansierte blader og bøker som jordmødrene også deler ut. De vanligste er «Svangerskapsboken» fra Babyverden.no, «BAM», «Gravid for første gang» og «Gravid igjen». De to sistnevnte fra Libero. En jordmor nevner også at hun alltid legger ved visittkortet fra Helsedirektoratet med nettdressen til

helsenorge.no. Hun peker på at det mange gravide trenger aller mest er tilgang til kvalitetssikrede nettsider.

Jordmødrene mener brosjyrene er greie fordi de er korte, informative og med gode bilder og illustrasjoner. Det vises til at noen damer ikke er lesekyndige, slik at det hjelper lite med skriftlig informasjon. Derfor er det viktig med farger og bilder for at de skal se på brosjyrer. En jordmor spør også hvor mye de gravide leser av det skriftlige materialet de får, og tenker at hun må være forsiktig med å støtte seg for mye til det.

6.2 Gravide

6.2.1 Tema

I de individuelle intervjuene blir kosthold framhevet som det temaet de gravide følte de hadde mest nytte av. Hos mange gjelder dette råd om hva de bør spise, som vitaminer, tran og Biola, og hva de ikke bør spise, som fetaost og salami. Flere er også bekymret for mangelen på næringsrik mat de får i seg på grunn av svangerskapskvalme. De forteller at det var veldig nyttig å få snakket med jordmor om dette, og at det hjalp mye på en dårlig samvittighet de kjente på. En kvinne forteller at hun var overrasket over sammenhengen mellom søtsaker og svangerskapsdiabetes, og at hun synes dette var nyttig informasjon.

Mosjon, fysisk aktivitet eller trening er et annet tema som opptar de gravide. De forteller om et behov for kunnskap om hva de kan gjøre av trening og hva som ikke er anbefalt, og setter pris på konkrete råd om dette. For gravide med svangerskapskvalme opplever de å bli møtt og sett, og får tilpassede råd på hvordan de i sin situasjon kan være mest mulig aktive.

Hvordan graviditeten oppleves, og tanker og følelser rundt det å være gravid er også et viktig tema. Å få bekreftet at hva en føler og opplever er «normalt», at et svangerskap kan være en påkjenning, og at det er viktig å ta vare på seg selv og bruke sunn fornuft blir nevnt av flere. I den forbindelse blir også jobb et tema. Hvilke fysiske aktiviteter kan man gjøre i jobben, og hvor mye bør man presse seg i jobben nevnes som problemstillinger her.

Alle kvinnene forteller at de har snakket om alkohol. Gjennomgående sies det at de ikke fikk så mye ny informasjon, men at det var nyttig å få repetert det de visste fra før. Røyking er også et tema. Kun en av de gravide forteller at hun fortsatt røyker, men at hun prøver så godt hun kan å kutte ned, mens en annen forteller at hun sluttet å røyke med en gang hun fikk vite hun var gravid.

Andre tema kvinnene har vært opptatt av er hvordan unngå ryggplager, forebygge bekkenløsning, folat, medisinbruk og om det er greit å fly i svangerskapet.

6.2.2 TWEAK

Gjennomgående forteller de gravide at TWEAK-skjemaet var greit å fylle ut, men at de ikke følte seg i målgruppen, eller de mente at skjemaet ikke var relevant for egen del. Grunnen til dette er at de ikke har drukket i svangerskapet, eller at de vet at de ikke skal gjøre det. Flere av de gravide forteller også at da det viste seg at de skåret 0 på

skjemaet, endte samtalen om alkoholbruk i svangerskapet med det. Kun en av de gravide forteller at det var enkelte ting knyttet til skjemaet hun ikke hadde tenkt på før, og at det bidro til at hun hadde noen spørsmål til skjemaet. En annen er litt i tvil om svarene som blir gitt i skjemaet er ærlige.

Derimot mener flere at det kan være viktig med tanke på bevisstgjøring av andre gravide som har et stort alkoholkonsum i forkant av graviditet, eller har andre holdninger til alkoholbruk i svangerskapet. Det blir også nevnt at de mener det ville vært en god inngang til samtale dersom det skulle vise seg at det hadde vært alkoholbruk.

6.2.3 Samtaleform

Kvinnene er i intervjuene veldig positive til samtaleformen, måten de ble møtt på og sier at samtalene ble lagt opp på en god måte. De setter pris på å få være med å bestemme innhold og rekkefølge gjennom meny-agenda. At jordmor spør hva de vet fra før oppleves som positivt. Det er også viktig at jordmor har god tid.

Initiativet i samtalen gikk i følge de gravide fram og tilbake, at både de selv og jordmor var aktive og tok initiativ. Opplevelsen de gravide forteller om er at de følte seg trygge, ivaretatt, tatt på alvor og forstått. Flere forteller at de sitter igjen med en trygghet på at de kan ringe eller ta kontakt med jordmor igjen og få svar på ting de måtte lure på.

En gravid med et annet morsmål enn norsk forteller om noe språkproblemer.

6.2.4 Alkoholbruk, tydelig budskap

Samtlige gravide forteller at temaet alkoholbruk er blitt tatt opp i FRIDA-samtalen. Med ett unntak er det jordmor som har initiert samtalen om alkohol. Flertallet av de gravide mente, som nevnt tidligere, at de ikke fikk ny informasjon om alkoholbruk. De understreker at de vet veldig godt at de ikke bør drikke i svangerskapet og tre var veldig eksplisitt på at de mente det ble vel mye fokus på alkoholbruk i samtalen. Tre gravide forteller at de ble overrasket over informasjon om hvor store skadevirkningene kunne være for fosteret. Alle forteller at de sitter igjen med et tydelig budskap om at det ikke skal drikkes alkohol i svangerskapet. Med ett unntak fant de alkoholbruk et greit tema å samtale om, og stort sett også et viktig tema i denne typen samtaler.

Fem av informantene forteller at de har drukket alkohol tidlig i dette svangerskapet, før positiv graviditetstest, og en sjetten forteller at hun drakk før positiv test i et svangerskap som endte i spontanabort. Med andre ord har nær halvparten av informantene drukket alkohol veldig tidlig i svangerskapet. Fire av dem som har drukket tidlig i dette svangerskapet forteller at dette ikke har bekymret dem nevneverdig. Jordmødrene blir i samtalene beskrevet som støttende, forståelsesfulle, lite fordømmende og at de gav forsikringer om at dette helt sikkert kom til å gå bra. De ble også fortalt at dette er en situasjon mange gravide kvinner kommer opp i.

Den gravide som skiller seg ut i intervjuene, som selv initierte alkoholbruk som tema, som synes det var et vanskelig tema å snakke om, og som ikke tok lett på alkoholbruk tidlig i svangerskapet uttrykker seg som følger:

...så fikk jeg sagt litt at jeg var litt engstelig fordi det barnet jeg har fra før av er sykt så jeg er litt redd for at det skal skje igjen. Hun viste veldig stor forståelse for det. Og så måtte jeg da også nevne, det var helt tidlig, da hadde ikke testen slått helt ut ennå, for jeg tok en test rett før vinterferien og den viste negativt, så da reiste vi til Syden og da drakk jeg litt alkohol, så det måtte jeg på en måte bare si, det var ikke store mengder, men det var litt alkohol, litt vin og sånne ting. Jeg kjente at jeg fikk litt sånn dårlig samvittighet for det. Så det snakket vi litt om og hun roet meg ned, selvfølgelig, med at det er tidlig og alt sånn, men det er klart det er jo, uansett det skal jo ikke være alkohol i svangerskapet, men tror det er et dilemma som kanskje flere kommer i på en måte at når ikke testen slår ut og da tror du at du ikke er gravid, men så er du gravid allikevel og så tar du noen glass likevel, da. Jeg var jo ikke stupfull, men det ble alkohol for å si det sånn. Det ligger jo og kverner i hodet, liksom. Dette var også noe jeg tenkte på før jeg gikk til jordmor. Det var greit å snakke om det og få bekreftet at, det er sikkert først nå at ungen har begynt å få næring gjennom blodet mitt. Det hadde antakelig ikke skjedd enda, da, fordi testen hadde jo ikke slått ut, så det hadde vel nettopp akkurat festet seg eller på vei til å feste seg akkurat da. Men de vet jo ikke virkningen av alkohol uansett, det er jo anbefalt at en ikke skal uansett. Men det var greit å få snakket om det og at du har dårlig samvittighet selv om det var så tidlig, så er det noe jeg går og tenker på, spesielt når jeg har en som er syk i fra før.[...]Synes det var vanskelig å snakke om alkohol. Følte ikke jeg ble dømt av henne sånn, for hun var veldig grei å snakke med, men du føler litt allikevel. Dømmer deg selv litt.

Intervjuene viser antakelig at alkoholbruk tidlig i svangerskapet, før positiv graviditetstest, ikke er uvanlig. De viser også dilemmaet jordmødrene har i møtet med de gravide. Dersom de støtter og forstår for mye, risikerer de å signalisere at alkoholbruk før positiv graviditetstest er ufarlig. Understreker de farene ved alkoholbruk før positiv graviditetstest, kan de risikere å skremme den gravide og gjøre henne engstelig gjennom hele svangerskapet, og i ytterste konsekvens til å vurdere abort som et alternativ. Dette dilemmaet er noe jordmødrene er opptatt av.

6.2.5 Partner

Ingen av de gravide som ble intervjuet individuelt har kommet til samtalen sammen med partner. Én av de gravide mener det ville vært bra å inkludere far i samtalen fordi det ville gi ham en større forståelse for påkjenningen det er å være gravid. Andre forteller at far ikke var med fordi han var offshore, at det ikke ble opplyst om at det var en mulighet eller at de opplever at det vil være mer relevant senere i svangerskapet. Flertallet uttrykker at det var greit å gå alene til samtalen, og at de likevel diskuterer innholdet i samtalen med partner når de kommer hjem. Kun én av de gravide har ikke informert partneren sin om samtalen i det hele tatt.

6.2.6 Informasjonsmateriell

Kvinnene forteller at de har fått med seg en god del informasjonsmateriell hjem. Det som blir framhevet som positivt med materialet er at det er konkret og kvalitetssikret. Ellers forteller mange at Internett er viktigste informasjonskilden, og at det var greit

også å få diskutert med jordmor på hvilke nettsteder det er best å søke korrekt informasjon.

Det informasjonsmateriellet som blir spesielt framhevet er magasiner hvor det går an å følge barnets utvikling, som «Svangerskapsboken» fra Babyverden.no. En annen ting som blir fremhevet med denne er at det også var informasjon til far der, som flere av de vordende fedrene hadde satt pris på. Én av de gravide fant dette magasinet kjønnsstereotyp, og følte ikke den traff. Ellers nevner en polskspråklig informant at hun satte stor pris på å få en brosjyre på eget språk.

Det blir oppgitt at partnerne i varierende grad viser interesse for informasjonsmateriellet den gravide har med seg hjem. Noen er veldig interessert mens andre involverer seg i langt mindre grad.

6.3 Oppsummering

Kapittelet beskriver synspunkter på opplæringen i den motiverende samtale (MI), hvordan samtalerne fungerte i praksis, hvordan støttematerialet fungerte og om det ble formidlet et klart budskap om alkohol under samtalerne.

Jordmødrene mener at opplæringsdagene har vært inspirerende og motiverende for å delta i prosjektet. Kunnskaper om alkohol og fosterskader er blitt oppgradert. Jordmødrene har hatt mye nytte av samtaleteknikken og har om mer trening i dette.

Jordmødrene generelt er fornøyde med støttemateriellet som er utarbeidet av Helsedirektoratet og sier at de har tilgjengelig det materiellet de trenger og savner ingenting. Andre kommentarer er at materiellet er instruktivt, oversiktlig og fungerer som et godt hjelpemiddel både til samtalerne og til å friske opp kunnskap. Utkast nr. 1 til veiviser, *FRIDA – Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner* (Helsedirektoratet 2012a), blir beskrevet som nyttig og oversiktlig, men er tatt i bruk i ulik grad.

De gravide var positive til informasjonsmateriellet som ble utdelt etter samtalen. Mange bruker Internett som viktigste kilde til informasjon, noe også spørreskjemaundersøkelsen viste.

Meny-agenda tas i bruk i de fleste samtalerne, og erfaringene er jevnt over gode. Meny-agenda fungerer også bevisstgjørende for jordmor i forbindelse med temaer som skal gjennomgås. De gravide var positive til samtaleformen, måten de ble møtt på, de følte seg trygge og at de ble tatt på alvor.

TWEAK-skjemaet blir beskrevet som en god innfallsport til samtale av flertallet av jordmødre. Noen rapporterer om startvansker med bruken av skjemaet, da de syntes det kunne være vanskelig å summere TWEAK-skjemaet. Jordmødrene måtte også være tydelige på hva som legges i de ulike spørsmålene i skjemaet og prøve å unngå misforståelse med hva som menes med bl.a. «alkoholenhet» og «effekt». Noen synes det var vanskelig å starte å snakke så konkret om alkoholbruk med gravide for egen del, og at det var noe de trengte trening på før det opplevdes som greit.

Enkelte gravide reagerer negativt på kartleggingen av alkoholbruk i året før man ble gravid.

Jordmødre mener at budskapet om nulltoleranse for bruk av alkohol i svangerskapet er tydelig i samtalen. Intervjuundersøkelsen viser at de gravide oppfatter et klart budskap om totalavhold i løpet av samtalen, men mange mener at tema som kosthold og trening er vel så viktig og at de ikke fikk så mye ny informasjon om alkoholbruk. For noen var det imidlertid opplevd som svært nyttig informasjon om skader på fosteret i forbindelse med alkohol.

7 Gruppeintervjuene om samtalemotodikk

I samarbeid med lokal prosjektleder for FRIDA ble det laget tre mulige situasjoner som jordmødrene diskuterte i gruppeintervjuer. Ideene til situasjonene er alle hentet fra intervjuer med jordmødrene, og er konstruert på bakgrunn av hva de har skissert som samtaler som de har måttet reflektere på i etterkant. Grunnene til dette kan være rollen de selv inntok i samtalen, at samtaletemaet opplevdes som vanskelig eller reaksjonen til den gravide. Situasjonene er slik sett satt på spissen, i det vi har forsøkt å innarbeide flere slike problemstillinger i hver situasjon.

I gruppeintervjuene spilte IRIS-kollegaer rollene som jordmor og gravid i tre situasjoner. Jordmødrene diskuterte temaer og dilemmaer som kom opp i forbindelse med hver enkelt situasjon, men også problemstillinger av mer overgripende karakter ble bragt på bane. Se ellers mer om metode i 1.3. Vi presenterer først temaene av mer overgripende karakter, og deretter temaene som ble spesielt vektlagt i diskusjonene etter hver situasjon.

7.1 Generelt om samtalemotodikken

De overgripende temaene som kom fram i gruppeintervjuene var mye knyttet til generelle prinsipper for gjennomføring av samtaler, uavhengig av tema. Det var en forståelse av at FRIDA var et prosjekt rettet mer på å forebygge risikoatferd enn å avdekke denne atferden. Jordmødrene oppfattet det som sin oppgave å gi støtte til de gravide.

For å møte de gravide på en best mulig måte bør det legges til rette for en god dialog. Dette blir i følge jordmødrene gjort gjennom å vise respekt, være åpne, interesserte og vise at en vil den andre vel. Her blir også kroppsspråk viktig. Hva som formidles verbalt må stemme overens med kroppsspråket. De gravide må skjønne at jordmor vil dem vel, og kvinnene må være trygge på at de kan fortelle om hva de har på hjertet uten å møte fordømmelse eller andre sterke reaksjoner. Slik blir det et poeng for jordmor å holde masken og ikke bli overrasket når hun blir fortalt noe.

Hvordan samtalen bygges opp er også tematisert. Jordmødrene er samstemte om at de har best erfaring med å ta de mest nøytrale temaene først, for deretter å gå over til de mer sårbare temaene. Dette handler også om å bygge opp tillit og skape en god relasjon til kvinnen.

Tilnærmingene de forteller at de har gode erfaringer med er for det første å ha tilgjengelig ulike typer konkretiseringer og visualiseringer. Dette hjelper den gravide med å forstå budskapet bedre, og det er også enklere å samtale rundt konkrete. For det andre mener de at det er viktig å få den gravide til å sette ord på ting selv, og ikke gjøre det for henne. De ser mer endringsmotivasjon når den gravide beskriver ting selv. Slik blir det for det tredje viktig å lete etter motivasjonen. Hva er det som motiverer? Hva kan du endre på? Hva har du lyst til? Erfaringene forteller at det fungerer dårlig at jordmor kommer med løsninger. For det fjerde er et spørsmål om tillatelse for å

informere verdifullt. Dette tenker de viser respekt og gir mer likevekt i relasjonen. For det femte har de erfart at ved kulturforskjeller blir det viktig å legge vekt på at rådene som blir gitt er råd alle gravide i Norge får. Det de formidler er norske myndigheters anbefalinger og at dette er retningslinjene som følges.

Jordmødrene understreker også verdien av at alle gravide får samme informasjon. De peker på at man ikke kan se på folk hvem som trenger ulike typer informasjon. Det å gi alle samme informasjon ufarliggjør i situasjonen ved å si at dette sier vi til alle. Her er også meny-agenda et godt hjelpemiddel. Det at alle jordmødrene skal gi samme informasjon til alle gravide, gjør også at det blir viktig å gi balansert informasjon. De gravide snakker også sammen i forum på nettet. På den måten kan de spre informasjonen seg i mellom, selv om ikke alle gravide kommer på tidlig samtale.

7.2 Situasjon 1

Situasjonen gjelder en dame som har hatt en skikkelig fyllekule et par dager før hun fikk positiv graviditetstest. Hun har stor skyldfølelse og er veldig redd og lei seg.

Jordmor styrer samtalen sterkt og gir mye skrekkinformasjon. Dette tar utgangspunkt i at noe helseinformasjon har vært skremselspropaganda.

J: Når vi ser videre på dette skjemaet, så ser jeg at du har drukket i svangerskapet. (Jordmor snakker ovenfra og ned)

G: Uff, ja, jeg var på fest for noen helger siden, og drakk meg ganske full. Husker ikke helt hva som skjedde egentlig..., men det var før jeg fikk positiv test, altså. For nå drikker jeg ikke.

J: Jeg håper du er klar over at dette er skadelig for barnet? Du har jo gitt barnet ditt ei fyllekule inni magen. (Legger armene i kors)

G: Oi, steike... Hva kan skje da?

J: Barnet ditt kan jo ha fått en hjerneskode. 30 % av barn som får diagnosen ADHD antar man er feildiagnostisert og at de egentlig er offer for en alkoholskade.

G: Nei....

J: Det er veldig vanlig med lese- og skrivevansker og konsentrasjonsvansker, også. Tenk hvor vanskelig det vil bli for barnet ditt i oppveksten, og ikke minst de rundt.

G: Oi, men...

J: Se på denne plansjen, du, det du drikker går rett over til barnet. Barnet får like høy promille som deg. Leveren er jo ikke fullt utviklet og det både ligger i og drikker alkohol. Trener du noe, forresten?

G: Eh, nei, nå blir jeg litt.....

J: Du må være i fysisk aktivitet minst en halv time hver dag.

G: Oi, jeg har visst ikke gjort noe rett. Har jeg ødelagt alt for ungen? (Begynner å gråte)

Begge jordmorgruppene peker på at denne scenen beskriver en kjent situasjon. De møter ofte jenter som har drukket alkohol før de fikk positiv graviditetstest. Jordmødrene beskriver et mønster hvor alkoholbruken slutter når kvinnene finner ut at de er gravide. I samtalene skaper dette situasjoner som jordmødrene beskriver som krevende, og hvor man også opplever dilemmaer med tanke på hva man skal informere om og hvordan man skal formulere seg i møtet med den gravide. De peker på at det ikke er ulovlig å drikke alkohol.

I gruppeintervjuene blir det understreket at framtidfokus blir viktig i slike sammenhenger for ikke å skremme den gravide. Siden samtalene foregår så tidlig, tenker man at et negativt fokus kan gi økt risiko for at den gravide skal bestemme seg for å ta abort. Situasjon 1 blir slik sett betraktet som et eksempel på hvordan man ikke bør gå fram i samtalene. Framtidfokus blir framhevet, ved hele tiden å holde oppe at det viktigste er ikke hva du har gjort, men hva du kan gjøre for barnet framover. Samtidig må dette veies opp imot en bagatellisering fra jordmors side, som heller ikke blir sett på som ideelt. Balansert og forskningsbasert informasjon blir beskrevet som idealet. Dilemmaet er hva de svarer på spørsmålet om hvilke konsekvenser alkoholbruken kan ha for fosteret. En løsning er bare å svare dersom de blir spurt direkte, men også være tydelige på at det varierer mye fra foster til foster, så det er vanskelig å si noe sikkert. Jordmødrene peker på et mønster der alkoholbruken slutter når man finner ut at man er gravid, ikke fra man begynner å planlegge å bli gravid. De ønsker generelt mer fokus på at kvinner bør slutte å drikke når man prøver å bli gravide.

Det beskrives også en opplevelse av at det ofte blir jordmors rolle å trøste de som kommer med dårlig samvittighet fordi de har drukket før de visste at de var gravide. Slik sett blir empati og innlevelse viktig i samtalene.

Et annet tema som blir aktualisert i Situasjon 1 er hvordan man skal benytte informasjonen som man får i TWEAK-skjemaet. Her har de fått tilbakemeldinger fra mange gravide som sier at de ikke tror de hadde svart sannferdig dersom de hadde hatt et alkoholproblem. Dette fordi de da ville vært redde for at om de forteller om et rusproblem så har de barnevernet på døra. Å bli stilt overfor gravide som hadde høyt forbruk året før graviditet skaper også et dilemma for jordmødrene. Hvordan behandle denne informasjonen? Når det blir registrert risikofylt alkoholbruk i forkant av graviditet, forteller jordmødre at de blant annet spør om hvordan de ser for seg å amme. De kan også fortelle hvordan små barn reagerer negativt på voksne som har drukket alkohol. Samtidig oppleves dette som et grensetilfelle, og det stilles spørsmål om hvordan denne informasjonen bør brukes i samtalene.

Forventninger til alkoholbruk i sosiale sammenhenger blir også diskutert i etterkant av Situasjon 1. Mange kvinner opplever at alkoholbruk på jobb og i sosiale sammenhenger kan være problematisk. De ønsker gjerne ikke å gjøre svangerskapet offentlig før det har gått over tre måneder, men forteller at de må ha gode unnskyldninger når man ikke drikker i situasjoner som julebord eller i sosialt lag. Avhold fører til spekulasjoner. Flere jordmødre forteller at de har fått positive tilbakemeldinger når de har presentert Vinmonopolets brosjyre om «De gode alkoholfrie alternativene».

Når det gjelder gravide fra andre land har jordmødrene registrert at det er forskjell i medikamentbruk mellom land. Noen er vant med utstrakt reseptfri medikamentbruk, og

kjøper gjerne også reseptfrie medisiner i utlandet. Dette er noe de har i bakhodet i samtalene. De har også erfart at anbefalinger fra andre land om alkoholbruk varierer, men at mange anbefaler totalavhold.

7.3 Situasjon 2

Den gravide er en tilbakeleent tenåring som kommer med colaflaske, høye hæler og tyggis. TWEAK-skjemaet viser et særdeles høyt forbruk av alkohol før positiv graviditetstest. Tenåringen sier at hun har sluttet både å drikke alkohol og røyke nå, og at hun bare snuser litt. Jordmor inntar en morsrolle.

J: Du, det der er ikke bra for kroppen din. Du burde ikke gå i så høye sko, vet du, ville det ikke vært mer behagelig med lavere sko?

G: Synes det er fint med høye hæler, og alle andre bruker det jo. Det er ikke noen sykdom å være gravid, altså. Føler meg jo helt frisk, og føler meg mye mer vel i høye sko enn lave.

J: Jaja, du kommer til å skjønne hva jeg mener når magen blir større.... Du sier jo at du har sluttet å drikke alkohol, når sluttet du?

G: Vet ikke jeg, husker ikke helt. Det er mulig at sist gang var tre, fire helger siden, kanskje eller... ja, vertfall to helger siden.

J: Hva tenker du om det nå?

G: Skal vertfall ikke drikke nå, liksom. Hva er det egentlig som er farlig? Egget hadde sikkert ikke festet seg for tre uker siden likevel, liksom. Skal vertfall ikke skade ungen.

J: Flott at du tenker sånn. Og det viktigste er jo at du ikke drikker resten av graviditeten. Du sier også at du har sluttet å røyke, men jeg kjenner at det lukter røyk av deg (prøvende)?

G: Hallo, det er typen min som røyker, han kjørte meg hit. Jeg bare snuser nå litt nå, og det er jo helt greit. Det er bare de små General-porsjonene, det er nesten ingenting. Jeg er jo ikke helt løk.

J: Hvordan er det for deg når han røyker?

G: Fint, det vel, bryr ikke meg. Jeg kan vel ikke bestemme over han, liksom... Herregud, han er jo 23.

J: Ja, jeg forstår jo det.

I møtet med denne situasjonen dreide mye av samtalene seg om hvordan takle egne følelser i møtet med kvinner som ikke nødvendigvis ble oppfattet som å være en samvittighetsfull gravid. Det ble vist til at det var lett å bli bastant når man møter kvinner som oppfattes som lettvinne, og at dette var noe man måtte være bevisst på og kanskje jobbe for å unngå. Det fortelles også, med glimt i øyet, at jordmødrene noen ganger lurer på hvordan de bør snakke til unge gravide; som voksne, eller som barn?

Dette viser at det er viktig med egenrefleksjon og at jordmødrene forteller om konfrontasjoner med egne verdier, holdninger og tanker om hvordan ting bør være. Med tanke på å kunne ha en åpen og fordomsfri tilnærming til de gravide er det viktig at jordmødrene har slike «rom» for å kunne løfte fram og diskutere erfaringer.

Jordmødrene opplevde den gravide i situasjon 2 som lettvtint og tenkte at hun bagatelliserte. Dette gjorde at enkelte mente det ville være lurt å bruke god tid på kartlegging. Samtidig var det konsensus om at det ikke var noe poeng i å gi råd som folk ikke er interessert i, noe kommentarene om bruk av høyhælte sko kan være et eksempel på. Det blir et poeng å skille ut hva som er viktig å fokusere på og å bruke energi på i samtalene.

I forbindelse med Situasjon 2 ble det også et tema hva man bør bringe inn i samtalen når partner røyker. Det blir i følge jordmødrene i gruppeintervjuene viktig å fokusere på tida etter barnet er kommet. Hvordan vil du være som forelder? Hvordan blir det når barnet kommer? Er det greit at partner røyker i nærheten av barnet, som i bilen eller i hjemmet? Disse spørsmålene blir det hevdet er spesielt viktig å stille unge mennesker. De har også gode erfaringer med å spørre litt når man merker ambivalens på denne problemstillingen. Hvordan var det med forrige generasjon? Dersom generasjonen før har røykt og den gravide opplever at dette ikke har vært problematisk, er dette en mulig inngang til videre samtale.

I denne situasjonen ønsker jordmødrene også å få snakket med mannen i forholdet. De er opptatt av framtidspunktet og ønsker også partneren inn i en samtale om hva som skjer når barnet blir født, og hvordan familien vil ha det da. De forteller at i slike situasjoner vil de be partneren om å være med neste gang, og tenker at i akkurat denne situasjonen hadde det vært viktig om kjæresten hadde vært med, slik at begge de vordende foreldrene hadde blitt bevisstgjort og ansvarliggjort.

På denne måten kan man si at denne episoden er med på å illustrere dilemmaet mange jordmødre kommer opp i med tanke på å være en samtalepartner på den ene siden, som samtalemetodikken legger opp til, eller en oppdrager og en person som kommer med gode råd og spørsmål når den gravide ikke gjør de anbefalte valgene på den andre siden. I slike situasjoner er balansegangen skjær for jordmødrene mellom rollen som den gode, empatiske samtalepartneren og den paternalistiske helsearbeideren.

Et siste tema som ble diskutert under Situasjon 2 var spørsmålet om når man gikk videre i samtalen. Flere hadde erfaringer med at de ikke opplevde spesielt stor interesse fra enkelte gravide om å snakke om alkoholbruk, og at de gravide ønsket å komme videre i samtalen. Dilemmaet de stod overfor var hvor mye de skulle dvele ved alkoholbruk og eventuelle skadevirkninger før de gikk videre i samtalen. De fleste mente at de likevel prøvde å fortelle litt om skadevirkninger av alkoholbruk i svangerskapet, også med tanke på forebygging og neste graviditet. En jordmor forteller her at hun har hatt veldig gode erfaringer med å spørre den gravide om hvor mye hun selv kan om alkoholbruk i svangerskapet og konsekvenser for barnet. Det å få den gravide til å sette ord på dette selv gir jordmor innganger til å komme med ytterligere informasjon. Det fortelles også at spørsmålet om hva som er bra med å slutte å drikke alkohol i svangerskapet har fungert som en god inngang til dette temaet.

7.4 Situasjon 3

Den gravide forteller om et lite ønsket kosthold og har høy BMI.

Jordmor er god til å «rulle med motstand».

J: Ja, nå ser jeg at BMI-en din er 31. Hva tenker du om det?

G: Uff, ja, jeg synes det er vanskelig å vite hva jeg skal spise. Har vært sånn hele livet og uansett hva jeg gjør så blir det ikke bedre. I min familie er vi bare sånn.

J: Ja, hva er det du spiser i dag?

G: Spiser helt vanlig, jeg.

J: Hva vil det si for deg at du spiser når du spiser vanlig?

G: Nei, til frokost spiser jeg tre ferske rundstykker med Nugatti, og ei Pepsi Max. Til lunsj har jeg ei bagett med ost og skinke og ei Pepsi Max. Kanskje ei baconpølse med fransk hot dog dressing fra Esso på vei hjem og så spiser jeg middag i åtte tida. Da har vi gjerne grandis eller så har typen tatt med en MacDonalds meny.

J: Du sier du nå spiser (oppsummerer): tre ferske rundstykker med Nugatti, og ei Pepsi Max, ei bagett med ost og skinke og ei Pepsi Max, ei baconpølse og grandis eller en MacDonalds meny til middag. Hva tenker du om dette?

G: (tenker)

J: (venter)

G: Jeg synes egentlig det er helt greit. Jeg er jo ikke så glad i snop og chips, så det blir jo rimelig sunt. Grandisen bruker vi jo nøkkelhullsvarianten. Og Pepsi Max er det jo ikke sukker i i det hele tatt.

J: Ja, så flott at du ikke er glad i snop og chips. Er det greit at jeg sier noe om Pepsi Max?

I forbindelse med Situasjon 3 griper jordmødrene tak i hva de tenker fungerer som gode grep i samtalene. Å be om tillatelse til å gi informasjon er noe de er enige om er tillitvekkende, og det er med på å forebygge at de blir oppfattet som for pågående med informasjon. De har også gode erfaringer med å spørre veldig konkret, og be om å få eksempler, som når jordmoren i Situasjon 3 spør den gravide hva det vil si for henne når hun spiser helt vanlig. Dette grepet gjør at muligheten for eventuelle misforståelser mellom jordmor og gravid kan bli ryddet av veien. Det konkrete er også et godt utgangspunkt for å snakke om eventuelle forandringer. Jordmor i eksempelet blir også rost for å gjenta svaret til den gravide. Dette er en måte å bekrefte på, og å vise at man er en aktiv lytter. Igjen får man også muligheten til å rydde eventuelle misforståelser av veien. Det blir også understreket at de fleste gravide er redde for ikke å være «gode nok» og at de kan være vare for innspill som kan oppfattes som kritikk. Derfor blir det et poeng å ta tak i de tingene som er positive og gi ros og støtte der, som når den gravide sier at hun ikke spiser godteri og chips.

Et annet grep jordmødrene forteller om er at når de møter kvinner med flere utfordringer, bestemmer de seg for én ting å fokusere på for å få til endring. De tenker at å ta tak i alt på en gang innebærer en risiko for at den gravide vil kunne bli overveldet, miste motivasjon og føle seg bebreidet for en livsstil som etter gjeldende forskningsbaserte anbefalinger ikke blir ansett som den ideelle. Som eksempel blir nevnt at når det gjelder matvanene i Situasjon 3, kan det være en idé å foreslå endringer i ett av måltidene, eller ta tak i vanen med å drikke Pepsi Max.

Videre forteller jordmødrene at de synes det er vanskelig å bruke teknikken «rulle med motstand» i samtalene. Dette er noe de føler de trenger mer trening i. De sitter heller igjen med en opplevelse av at når de møter motstand, så når de ikke fram med informasjonen. Spørsmålet blir da hvor mye energi de skal bruke for å prøve å formidle et budskap som mottakeren signaliserer at hun ikke ønsker. Samtidig blir meny-agenda beskrevet som et redskap som gjøre det lettere og mer ufarlig å nærme seg ulike typer tematikker.

Noe som skaper mye diskusjon i gruppeintervjuene er spørsmålet om hvordan nærme seg tematikken overvekt. Det fortelles at det alltid gis råd om vekt i samtalene. BMI registreres, og de gravide får opplyst hva som er vanlig å legge på seg i løpet av et svangerskap. Jordmødrene opplever det som vanskelig å nærme seg temaet overvekt, men tenker at det er noe de må gjøre. Når det er aktuelt å ta opp tematikken må de være varsomme og vurdere hva de mener personen de har med å gjøre tåler. De sier at de må være forsiktige også fordi det kan være en risiko for at noen begynner å slanke seg i svangerskapet. Samtidig som de mener at det er viktig å ikke unngå tematikken overvekt, etterlyser de mer kunnskap om overvekt og svangerskap. De tenker også at det burde være et tilbud til overvektige gravide som gjerne vil gjøre noe, men som ikke ser for seg at de skal kunne klare det alene. Det blir et dilemma å motivere for livsstilsendringer, uten å kunne ha noe konkret å tilby som støtte. Det hender at de gravide spør om det er noen tilbud, og noe slik eksisterer ikke i de fleste kommunene. På lik linje med tema som alkoholbruk og røyking, stiller de spørsmålet om hva og hvor mye informasjon om risiko og konsekvenser man bør gi. De forteller at risikoen for svangerskapsdiabetes, muligheten for å få en stor unge og viktigheten av mosjon er informasjon som ofte blir gitt. Samtidig ser de at bekkenløsning og ryggplager kan være et viktig hinder for mosjon. Det blir også pekt på at vekt også kan være et problem andre veien. Enkelte kvinner, som i utgangspunktet er normalvektige, er redd for at de legger på seg og strever med at de blir større.

Hvordan snakke om kosthold er også noe som opptar jordmødrene. De forteller at de treffer på kvinner med lav kunnskap og bevissthet om hva som er sunt kosthold, og at dette kan være utfordrende for mange. Her forteller de at brosjyren *Gravid* fra Helsedirektoratet er nyttig når de snakker om kosthold. Bruken av denne har de gode erfaringer med og de opplever at den gir mange gode tips. Med tanke på kosthold fortelles det også at en inngang kan være å spørre hva den gravide liker av frukt og grønnsaker, eller se etter om det er noe som mangler i kostholdet og som det kan være lurt å spise mer av. Samtidig er dette også en periode der mange kvinner er kvalme, og hva gjør man med kostråd da?

Når det gjelder kosthold og mosjon under graviditeten i andre land, peker jordmødrene på at kostholdsråd og råd om mosjon også er kulturbestemt. Gravide fra andre land kan være vant med en helt annen måte å håndtere graviditet på. Hvordan nærme seg denne tematikken blir det fortalt at jordmødrene ønsker mer kunnskap om.

7.5 Oppsummering

Dette kapitlet er basert på gruppeintervjuer med jordmødrene. I intervjuene ble det presentert tre ulike samtalsituasjoner som jordmødrene skulle diskutere.

Situasjon 1. *Gravid som har hatt høyt alkoholforbruk nylig, møter lite empatisk jordmor.*

Jordmødre beskriver dette som en kjent situasjon og at de ofte møter gravide som har drukket alkohol før positiv graviditetstest. I samtalene skaper dette situasjoner som jordmødrene beskriver som krevende, og hvor man også opplever dilemmaer med tanke på hva man skal informere om og hvordan man skal formulere seg i møtet med den gravide. De peker på at det ikke er ulovlig å drikke alkohol og understreker at framtidfokus blir viktig i slike sammenhenger, for ikke å skremme den gravide.

Situasjon 2. *Den gravide er en tilbakelemt tenåring som kommer med colaflaske, høye hæler og tyggis. TWEAK-skjemaet viser et særdeles høyt forbruk av alkohol før positiv graviditetstest. Tenåringen sier at hun har sluttet både å drikke alkohol og røyke nå, og at hun bare snuser litt. Jordmor inntar en morsrolle.*

I møtet med denne situasjonen dreide mye av samtalene seg om hvordan takle egne følelser i møtet med kvinner som ikke nødvendigvis ble oppfattet som å være en samvittighetsfull gravid. Det ble vist til at det var lett å bli bastant når man møter kvinner som oppfattes som lettvinne, og at dette var noe man måtte være bevisst på og kanskje jobbe med å unngå.

Situasjon 3. *Kvinne som har et lite ønsket kosthold og høy BMI møter jordmor som er god til å rulle med motstand.*

I forbindelse med situasjon 3 griper jordmødrene tak i hva de tenker fungerer som gode grep i samtalene. Å be om tillatelse til å gi informasjon er noe de er enige om er tillitvekkende, og det er med på å forebygge at de blir oppfattet som for pågående med informasjon. De har også gode erfaringer med å spørre veldig konkret, og be om å få eksempler.

8 Oppsummerende diskusjon

Målet med evalueringen har vært å gi informasjon og formidle erfaringer fra pilotprosjektet og dets gjennomføring ved å påpeke styrker og svakheter i opplegget slik at tilbudet kan videreutvikles. Evalueringen belyser videre hvordan gravide opplever tidlig samtale og om gravide og helsepersonell er trygge og positive til metoden.

Rapporten har tatt opp disse spørsmålene:

- Hvordan prosjektet lyktes å nå gravide i en tidlig fase.
- Hvordan prosjektet ble organisert i helsetjenesten i kommunene.
- Hvordan samtalene ble gjennomført i praksis.
- Hvordan støttemateriellet fungerte.
- Om det ble formidlet et klart budskap om avhold.
- Hvordan gravide/par erfarte samtalen og tilbudet.
- Hvordan helsepersonell etter å ha praktisert tidlig samtale, ser på tiltaket.

8.1 Nådde man de gravide tidlig?

Det ble en utfordring for jordmødrene å nå den gravide fra positiv graviditetstest til innen utgangen av uke 9 i FRIDA-prosjektet. Et forhold er knyttet til *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* hvor det anbefales første konsultasjon i uke 8 – 12. Denne foregår i all hovedsak hos fastlegen, med unntak for Hå kommune, og gjerne først i uke 10 – 12. Det var derfor ingen rutiner på forhånd i kommunene med tidlig samtale med jordmor før uke 10. Samtlige kommuner unntatt Hå, har en dekningsgrad i jordmortjenesten på 50 – 60 prosent av de gravide i kommunen. Noen går bare til fastlege eller benytter private jordmorklinikker.

I følge jordmødrene velger høyt utdannede kvinner i større grad å gå til jordmor i svangerskapet enn andre. Allerede her skjer det en seleksjon av gravide. I spørreskjemaundersøkelsen kommer det fram at kvinner med høgskole- eller universitetsutdanning er sterkt overrepresentert iblant de som møtte til tidlig samtale. I spørreskjemaundersøkelsen hadde noe over 50 prosent høyere utdanning mot 24 prosent blant kvinner i Rogaland. I de personlige intervjuene med gravide hadde 75 prosent høyere utdanning.

FRIDA-prosjektet har i størst grad møtt høyt utdannede kvinner, og svarene i undersøkelsen må sees på denne bakgrunn. Tester av data fra spørreskjemaundersøkelser viser likevel ikke tydelige forskjeller i oppfatninger mellom gravide med høy eller lavere utdanning.

Ett unntak er Hå kommune. Her er det rutine at alle gravide kommer til første konsultasjon hos jordmor. Hå har den laveste andelen med personer med høy utdanning, og har en noe yngre alderssammensetting enn i de andre kommunene. Gravide som kommer til samtale i Hå er antakelig noe mindre selektert enn i de andre kommunene.

Å ha en mal som passer alle og blir gitt alle gravide uten tilpasninger for enkelte grupper, kan gjøre at innvandrerkvinner faller utenfor tilbudet.

I forbindelse med rekruttering av gravide til samtale er det foretatt mye informasjonsarbeid i kommunene.

8.2 Organisering

Pilotprosjektet FRIDA ble organisert under helsestasjonen i kommunene, hvor også jordmødrene er ansatt. Alle jordmødre og ledende helsesøster deltok i opplæringen i prosjektet i regi av KoRus vest, Stavanger og Helsedirektoratet.

De involverte kommunene ligger alle under landsgjennomsnittet for årsverk av jordmødre per 10 000 fødsler, med unntak av Sola kommune som ligger relativt høyt på jordmordekning. I prosjektperioden har alle jordmødre fått en økning i stillingsprosent tilsvarende 10% av full stilling som har vært øremerket FRIDA-prosjektet.

Pilotkommunene i FRIDA-prosjektet er store eller mellomstore. Pilotprosjektet må derfor ta høyde for at små kommuner kunne hatt andre erfaringer.

Bortsett fra Hå kommune har ingen av de andre kommunene noe tradisjon eller rutine for at gravide oppsøker jordmor til første gangs konsultasjon. Vanligvis har gravide oppsøkt fastlege først, og da gjerne etter uke 10.

Man regner med at ca. halvparten av de gravide oppsøker den kommunale jordmor i løpet av svangerskapet, igjen unntatt Hå, hvor de fleste legene er kommuneansatte.

I distriktet er det flere private jordmorklinikker.

8.3 Samtalen i praksis og støttematerialet

Jordmødrene mener at opplæringsdagene har vært inspirerende og motiverende for å delta i prosjektet. Kunnskaper om alkohol og fosterskader er blitt oppgradert. Jordmødrene har hatt mye nytte av samtaleteknikken og har nevnt behovet for mer trening om dette.

Jordmødrene generelt er fornøyde med støttematerialet og sier at de har tilgjengelig det materialet de trenger og savner ingenting. Andre kommentarer er at materialet er instruktivt, oversiktlig og fungerer som et godt hjelpemiddel både til samtalene og til å friske opp kunnskap.

Heftet «FRIDA» blir beskrevet som nyttig og oversiktlig, men er tatt i bruk i ulik grad. De gravide var positive til informasjonsmaterialet.

Meny-agenda som tas i bruk under samtalen, og erfaringene med dette er jevnt over gode. Meny-agenda fungerer også bevisstgjørende for jordmor i forbindelse med temaer som skal gjennomgås. De gravide var positive til samtaleformen, måten de ble møtt på, sier at de følte seg trygge og opplevde å bli tatt på alvor.

TWEAK-skjemaet blir beskrevet som en god innfallsport til samtale om alkoholbruk av flertallet av jordmødrene. Noen rapporterer om startvansker med bruken av skjemaet, da

de syntes det kunne være vanskelig å summere. Jordmødrene måtte også være tydelige på hva som legges i de ulike spørsmålene i skjemaet og prøve å unngå misforståelse med hva som menes med bl.a. «alkoholenhet» og «effekt». Noen synes det var vanskelig å starte å snakke så konkret om alkoholbruk med gravide for egen del, og at det var noe de trengte trening på før det opplevdes som greit.

De gravide bruker i stor grad Internett som kilde til informasjon. Jordmødrene ser behov for å hjelpe de gravide med kildekritikk i forhold til all informasjonen som finnes på nettet. Mange gravide er godt informert om alkohol, men det kan eksistere ulike holdninger til alkoholbruk før positiv graviditetstest.

Kosthold skiller seg ut som et viktig tema som det også eksisterer en del usikkerhet og myter omkring. Det er kanskje vel så stort behov for informasjon om kosthold og fysisk aktivitet/trening. En jordmor er mer bekymret for dette enn for alkohol.

Mange er **usikre** på hva de kan gjøre av **fysisk aktivitet/trening**. Noen tror de må trappe ned trening, og frykter for spontanabort ved for mye trening. Resultatet kan bli at man får for lite aktivitet og er for passive, fysisk. Dette er en utfordring blant etnisk norske, men enda større i enkelte innvandregrupper.

Snusing er også en tematikk, men på helsekort og på den opprinnelige meny-agenda er det røyking som blir tematisert.

I samtale opplever jordmødrene ulike dilemmaer som oppleves som vanskelige å håndtere:

- Hvordan formidle budskap om nulltoleranse og fortelle om skadevirkninger for fosteret uten å skremme gravide som har drukket alkohol tidlig i svangerskapet?
- Hvordan balansere mellom rollen som god samtalepartner og rollen som rådgiver og «oppdrager» når gravide oppgir å ha en usunn livsstil?
- Hvordan følge opp den gravide når det i TWEAK-skjemaet rapporteres om problematisk forbruk av alkohol i året før svangerskapet. Hva er jordmors rolle her?
- Overvekt oppleves som et vanskelig og følelsesladet tema. Her savner jordmødrene mer kunnskap og etterlyser egne tilbud til kvinnene i løpet av graviditeten.

8.4 Klart budskap om avhold?

Jordmødre mener at budskapet om nulltoleranse for forbruk av alkohol i svangerskapet er tydelig i samtalen. Intervjuundersøkelsen viser at de gravide oppfatter et klart budskap om alkohol i løpet av samtalen, men mange mener at tema som kosthold og trening er vel så viktig, og at de ikke fikk så mye ny informasjon om alkoholbruk. For noen var det imidlertid opplevd som svært nyttig informasjon om skader på fosteret i forbindelse med alkoholbruk.

Enkelte gravide reagerer negativt på kartleggingen av alkoholbruk i året før man ble gravid. Mange føler seg ikke i målgruppen for skadelig bruk av alkohol. Med tanke på at minimum 25 % av de gravide kvinnene som besvarte spørreskjemaundersøkelsen

ville ha kommet inn under definisjonen av problematisk forbruk siste år før graviditet brukt i TWEAK-skjemaet, stiller vi spørsmål om hva som er informasjonsarbeid knyttet til alkoholbruk i svangerskapet, og hva som er generelt rusforebyggende arbeid. Hvor går grensene, og hva er jordmors rolle i dette arbeidet?

8.5 Hvordan gravide og par erfarte samtalen

Gravide som har deltatt i personlige intervjuer er positive til tidlig samtale og føler seg godt ivaretatt i samtale. Flertallet mente at de ikke fikk så mye ny kunnskap når det gjaldt alkohol, mens enkelte syntes det motsatte. De gravide opplevde at jordmødrene ga seg god tid til samtalen, at de viste omsorg og var kunnskapsrike. Mange beskrev nyttige råd knyttet til kosthold og aktivitet, og følte en økt trygghet i graviditeten etter samtale.

8.6 Hvordan helsepersonell ser på tilbudet

Jordmødrene er positive til FRIDA og påpeker viktigheten av tidlig informasjon som grunnlag for informerte valg i svangerskapet. De mener at tidlig samtale burde tas med i de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen.

Jordmødrene uttrykker bekymring for levedyktigheten av tidlig samtale etter at prosjektperioden er over, grunnet manglende ressurser i kommunene.

Ledende helsesøstre finner tidlig samtale nyttig og mener at dette bør bli en del av den ordinære svangerskapsomsorgen. Man er imidlertid bekymret for kapasiteten til å gjennomføre samtale etter prosjektperioden.

Hå er et unntak blant pilotkommunene fordi flertallet av gravide går til første konsultasjon hos jordmor. Jordmor i Hå uttrykker at de gravide viser mer skepsis og er mer tilbakeholdne til å snakke om alkohol enn det vi finner i de andre pilotkommunene. I Hå kommer alle gravide, og FRIDA-samtalen blir tilbudt alle gravide som kommer innen utgangen av uke 9 i forbindelse med første konsultasjon. Dette kan ha sammenheng med at det er gjort veldig tydelig i de andre kommunene er at de som kommer på FRIDA-samtale er en del av et prosjekt. Antakelig representerer de gravide i Hå bedre et gjennomsnitt av gravide i befolkningen, enn i de andre pilotkommunene.

8.7 Spørreskjemaundersøkelsen

Alle gravide som kom til samtale fikk tilbud om å svare på et spørreskjema. Av i alt 364 samtale, svarte 241 gravide på skjemaet innen utgangen av november, 2013. Dette blir en svarprosent på 66.

En andel på 52 prosent av de som svarte hadde høyskole eller universitetsutdanning. Dette er langt høyere enn tilsvarende andel for andel kvinner i befolkningen i Rogaland fylke eller på landsbasis. Høyt utdannede er altså overrepresentert i undersøkelsen.

Alle samtale mellom jordmor og den gravide tok opp temaet alkohol, men en rekke andre temaer ble tatt opp, så som kosthold, fysisk aktivitet, røyking mm. Det gravide selv mente var at informasjon om kosthold og trening var viktigere enn alkohol.

De gravide var meget tilfredse med måten samtalen ble gjennomført på. Dette gjelder både at budskapet om alkohol var tydelig, at egne tanker ble vektlagt i samtalen, at man ble involvert i samtalen og den opplevde nytten av samtalen.

Om vanlig konsum av alkohol før kjent graviditet oppgir 60 prosent at de drakk alkohol en gang i måneden eller sjeldnere. De andre drakk noe oftere. Typisk konsum av alkohol når man drikker er mellom tre og seks alkoholenheter, noen drikker mindre og et lite mindretall drikker mer. Ingen drikker etter kjent graviditet, men enkelte hadde drukket før graviditeten var kjent. Dette skapte ikke nevneverdig bekymring blant de gravide, se 6.2.4.

Bortsett fra informasjon om alkohol fra jordmor, var Internett den mest brukte kilden til informasjon. Informasjon fra avis, TV eller radio var liten.

Nær 60 prosent av de som svarte på spørreskjemaet var førstegangsfødende, de fleste yrkesaktive. Andel med høyere utdanning var som vist høy, og drøyt 40 prosent var mellom 25 og 29 år, mens det var flest andel førstegangsfødende i aldersgruppen 20 – 24 år. 84 prosent oppgir Norge som eget fødeland. De øvrige oppgir 27 ulike fødeland, med Sverige, Polen og Litauen som de største gruppene, med 1,3 prosent hver.

8.8 Avsluttende kommentarer

Med tanke på gjennomføring av tidlige samtaler med gravide om alkohol og levevaner, er det gjort erfaringer i pilotkommunene: De gravide uttrykker et behov for dette tilbudet. De gir uttrykk for at de har god informasjon om skadevirkninger av alkoholbruk, men temaer som kosthold og fysisk aktivitet, samt den emosjonelle støtten og tryggheten en slik samtale gir forteller de at de har et sterkt behov for.

Jordmødrene uttrykker at dette er et tilbud de mener er framtidsrettet og dekker et reelt behov hos de gravide. Jordmødrene er mer positive til informasjonen om alkohol og effekten av den enn det de gravide selv er. Samtalene forstås også i et forebyggende- og folkehelseperspektiv og som et ledd innenfor satsinger knyttet til «tidlig innsats».

Strukturelt er det derimot hindre i svangerskapsomsorgen for å gjennomføre denne typen samtaler. Det første gjelder anbefalt tidspunkt for første konsultasjon, som medfører at de fleste ikke er i kontakt med helsetjenesten før etter uke 10, og da fortrinnsvis fastleger. Det andre gjelder refusjonsordningen, hvor tidlig samtale ikke ligger inne. Det tredje er forholdet mellom fastleger og jordmødre og deres utydelige oppgavefordeling innenfor svangerskapsomsorgen, noe som resulterer i at leger gjerne tar første konsultasjon. For det fjerde er jordmortjenesten ulikt utbygd i kommunene, slik at det også kan bli spørsmål om tilgjengelig kapasitet. Det eksisterer heller ingen normtall kommunene må forholde seg til. Piloten er gjennomført med et tillegg i stilling på en halv arbeidsdag for hver jordmor som har gjennomført samtaler, dette avspeiler ikke normalsituasjonen i kommunene.

I pilotkommunene har vi i tillegg erfart at det finnes lite og vanskelig tilgjengelig informasjon om jordmortjenesten på kommunale nettsider. Til tider har det også vært

vanskelig å nå jordmødrene, både på telefon og på e-post. Piloten viser i tillegg at tilbudet treffer selektivt, ved at kvinner med høyere utdanning er overrepresentert.

Innvandrerkvinner blir av jordmødrene beskrevet som en gruppe med stort behov for denne typen kontakt med helsetjenesten, men den må i større grad tilpasses denne gruppens behov. Dette gjelder både språklig tilpassing med tilgjengelig tolketjeneste, men også innholdsmessig. Vi ser også at gravide arbeidsinnvandrere har spesielle utfordringer knyttet til arbeidsliv og rettigheter på mange områder.

Det er fremdeles noe uavklart hvilken rolle kartleggingskjemaet TWEAK bør ha i samtale. Det reises spørsmål både ved om det fungerer som screening-instrument og om relevansen av å innhente detaljert informasjon om kvinners alkoholkonsum i året før inntrekket i graviditet. Jordmødrene opplever det som en god inngang til samtale, de gravide stiller seg mer spørrende til nødvendigheten av TWEAK.

Erfaringene fra piloten forteller at de tidlige samtale blir godt mottatt av de gravide som har vært til samtale, og er etterlengtet blant jordmødrene, men en innføring av dette som et generelt tilbud forutsetter arbeid med de strukturelle begrensningene.

9 Referanser

Alvik, A. (2007). *Alcohol use before, during and after pregnancy; A population based study in Oslo, Norway*. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Oslo.

Bayer, S. og Lie, T. (2012). *Indikatorer på psykisk helsefelt – trender og analyse*. Rapport IRIS-2012/039.

Bergsgard, N. A., Fjær, S., Lie, T. og Ravneberg, B. (2009). *Rus-somatikk satsing i Helse Vest – tvetydig satsing?* Rapport IRIS – 2009/193.

Britt, E., Hudson, S. M. og Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*. 53 (2004). 147-155.

Braaten, E. S., Lie, T. og Nødland, S. I. (2011). *Alkoholfrie soner. Evaluering av AV-OG-TILs kampanjearbeid*. Rapport IRIS – 2011/114.

Engeström, Y. (2007). Putting Vygotsky to work. The change laboratory as an application of double stimulation. I: Daniels, H., Cole, M. og Wertsch, J. V. (red.) *Cambridge Companion to Vygotsky*. Cambridge. Cambridge University Press. 363 – 383.

Fitz-Gibbon, C. T., Morris, L. L. (1987). *How to design a Program Evaluation*. SAGE Publications.

Greenwood, D. J., og Levin, M. (1998). *Introduction to Action Research. Social Research for Social Change*. SAGE Publications.

Hauge, T. E., Norenes, S. O. og Vedøy, G. (2012). Teknologi som verktøy for å forandre undervisning og ledelse. I Hauge, T. E. og Lund, A. (red.) *Små skritt eller store sprang? Om digitale tilstander i skolen*. Oslo, Cappelen Damm akademisk, 227 – 249

Helsedirektoratet (2010). *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet*. Rapport. Oslo. Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2012a). *FRIDA – tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner, Utkast nr. 1 (24.09.12)*. Oslo. Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2012b). *Gravid*. Oslo. Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2012c). *Høringsutkast – retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Oslo. Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2013). *Tidlig samtale om alkohol og levevaner. Veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen*. Oslo, Helsedirektoratet

Ihlen, Amundsen & Trønnes (1993). Reduced alcohol use in pregnancy and changed attitudes in the population. *Addiction*, 88(3), 389-934.

Ivarsson, B. H. (2010) *MI motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm, Gothia förlag

- Lai, DTC, Cahill, K., Qin Y., Tang, J-L. (2011). Does motivational interviewing help people who smoke to quit? *Cochrane Summaries* 2011.
- Lie, T. (2010). *Rolig nå – om rusforebygging blant unge*. Rapport IRIS – 2010/064.
- Lindøe, H. P. (2003). *Erfaringslæring og evaluering*. Tiden Norsk Forlag.
- Lyberg, A., Viken, B., Haruna, M. og Severinsson, E. (2012). Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *Journal of Nursing Management*, 20, 287 – 295
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, Practice and Puzzels. *Addictive Behaviors*. Vol. 21. No.6, 835 – 842
- Miller, W. R. og Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior*. New York. The Guildford Press
- Nilsen, E. S., Underland V. og Johansen M. (2010). *Motiverende samtale for å endre levevaner – Litteratursøk med sortering*. Notat 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- NOU 2003: 4. *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Oslo. Sosial- og helsedepartementet.
- Rogde, H. I. og Storbækken, S. (2013). God start med tidlig livsstilkartlegging. *Rusfag*. Nr. 1/2013, 5 – 12
- Rossi, P. H., og Freeman, H. E. (1993). *Evaluation. A systematic Approach*. 5. SAGE Publications.
- Rossow, Pape og Baklien (2010). *Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer*. SIRUS-Rapport 5/2010.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Laurantzen T. og Christensen B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, April 2005.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005a). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet (2005b). *Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? Rapport fra en ekspertgruppe*. Oslo. Sosial- og Helsedirektoratet
- St.meld. nr. 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap*
- St.meld. nr. 12 (2008 – 2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*
- Synovate (2009). AV-OG-TIL Postalcracker. Oktober 2008 – Mars 2009.

Vedlegg

Til den gravide

Forespørsel om å delta i evalueringen av prosjektet ”Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner ”

IRIS (International Research Institute of Stavanger AS) gjennomfører på oppdrag av Helsedirektoratet en evaluering av prosjektet ”Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner”. Dette er et pilotprosjekt som gjennomføres i åtte kommuner, hvor gravide får tilbud om en samtale om alkohol og levevaner fortrinnsvis i 6. – 9. svangerskapsuke.

Evalueringen skal være læringsrettet og vil særlig handle om hvordan prosjektet ble organisert i helsetjenesten, hvordan samtale ble gjennomført i praksis, hvordan støttematerialet fungerte, om det ble formidlet et klart budskap om avhold, hvordan gravide/par erfarte samtalen og tilbudet og hvordan helsepersonell etter å ha praktisert tidlig samtale, ser på tilbudet.

For å finne svar på disse problemstillingene ønsker vi å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse for alle gravide som får samtale. Vi vil i tillegg gjennomføre individuelle intervjuer med helsepersonell og gravide i fem av kommunene.

Ved deltakelse i spørreskjemaundersøkelsen ber vi deg om å fylle ut det vedlagte skjemaet og returnere det i den frankerte konvolutt. Alternativt kan du svare elektronisk ved å benytte en lenke til skjemaet på internett og kodenøkkel som vist nedenfor. Koden er ikke knyttet til ditt navn.

Leken til skjemaet på internett er: www.iris.no/gravide Din kodenøkkel er: 19GW

Indirekte personidentifiserbare opplysninger som alder, antall barn mv. vil bli behandlet konfidensielt, og vil kun være tilgjengelig for prosjektgruppen. Personopplysninger slettes ved prosjektslutt. Informasjonen gitt i spørreskjemaet blir ikke koblet tilbake til deg som person. Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten å måtte begrunne dette nærmere. Resultatene av studien vil bli publisert som gruppedata, slik at den enkelte ikke kan gjenkjennes. Prosjektet vil ende opp i en rapport ved prosjektavslutning i oktober 2013.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Ved spørsmål kan du kontakte Gunn Vedøy tlf. 51 87 54 25 eller Terje Lie tlf. 51 87 51 26.

E-post: Gunn.Vedøy@iris.no eller Terje.Lie@iris.no

Vi setter stor pris på om du tar deg tid til å svare på skjemaet.

Med vennlig hilsen
International Research Institute of Stavanger AS

Terje Lie
Seniorforsker, IRIS

Spørreskjema til gravide i forbindelse med samtale om alkohol og levevaner	19GW
---	-------------

Sp1 Du har hatt samtale med jordmor om alkohol og levevaner i forbindelse med din graviditet, kryss av på følgende spørsmål (flere kryss mulig):

	Alkohol	Røyk/ snus	Kosthold	Overvekt/ vektkontroll	Fysisk aktivitet/ mosjon/ trening	Folat	Lege- midler	Helse- kost	Andre temaer	Ingen av alternativene
Hvilke tema ble tatt opp i løpet av samtalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synes du noen av temaene var ubehagelige å snakke om, i tilfelle hvilke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilke tema synes du var spesielt viktig å snakke om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp2 Du har hatt samtale med jordmor om alkohol og levevaner i forbindelse med din graviditet, kryss av på følgende spørsmål (kun ett kryss per linje):

	I svært liten grad	I liten grad	I verken liten eller stor grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad synes du informasjon om alkohol i svangerskapet var tydelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble dine tanker og betraktninger vektlagt i samtalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hvilken grad ble du involvert i samtalen med jordmor på en måte du selv var tilfreds med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hvilken grad har du opplevd nytte av den kunnskapen du fikk i samtalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp3 Omtrent hvor ofte har du drukket alkohol det siste året før du ble gravid, hvis du tenker på ditt typiske forbruk?

- 4 ganger i uken eller oftere
 2-3 ganger i uken
 2-4 ganger i måneden
 En gang i måneden eller sjeldnere
 Drikker aldri alkohol

Sp4 Hvor mange glass / alkoholenheter drakk du vanligvis før du ble gravid det siste året, en typisk dag når du drikker alkohol?

- 1-2 enheter
 3-4 enheter
 5-6 enheter
 Mer enn 6 enheter
 Drikker aldri alkohol

Én enhet alkohol tilsvarer 1 flaske øl (0,33l), ett glass vin eller ett glass brennevin (4 cl)

Sp5 Mener du at gravide kan drikke alkohol uten at det er risiko for å skade fosteret? Min mening:

- Å drikke alkohol gir ingen risiko for skade
 Kan drikke litt uten risiko for skade
 Alt alkoholkonsum gir risiko for skade
 Usikker på risiko

Sp6 Har du redusert forbruket av alkohol etter at du ble gravid eller er forbruket det samme som før?

- Har ikke redusert forbruket av alkohol
 Har redusert forbruket helt
 Har reduserte forbruket noe
 Drikker aldri alkohol

Sp7 Ville du anbefalt andre å ta en samtale med jordmor om alkohol og levevaner under graviditet?

- Ville sterkt anbefalt Ville anbefalt Ville ikke anbefalt Usikker

Sp8 Hvor har du fått opplysninger eller informasjon om graviditet og levevaner? (Flere kryss mulig).

- Innslag i aviser, TV eller radio Informasjon på Internett Informasjonsmateriell på legekontor eller helsestasjon
 Informasjon i samtale med jordmor Informasjon fra folk jeg kjenner

Sp9 Har du barn fra før?

- Førstegangsfødende Andre fødsel Tredje fødsel Flere enn tre fødsler

Sp10 Hva er din ekteskapelige status?

- Gift/samboer Ugift Skilt/separert Enke

Sp11 Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- Grunnskole - inntil 10 år Videregående skole Fagbrev Høgskole / universitet

Sp12 Hva er din viktigste kilde til livsopphold?

- Inntekt av eget arbeid Dagpenger fra NAV Lånekassen
 Trygd Arbeidsavklaringspenger Sosialhjelp
 Forsørget av andre Annen forsørgelse

Sp13 Din alder

- Under 20 år 20-24 år 25-29 år 30-34 år
 35-39 år 40-44 år 45 år eller over

Sp14 Hvilken kommune bor du i?

- Sandnes Klepp Hå Sola Gjesdal

Sp15 Hva er ditt fødeland?

- Norge Sverige Polen Litauen Storbritannia
 Tyrkia Vietnam Somalia Annet land: _____

Sp16 Hva er din mor sitt fødeland?

- Norge Sverige Polen Litauen Storbritannia
 Tyrkia Vietnam Somalia Annet land: _____

Sp17 Uke i svangerskapet ved samtale med jordmor?

Skriv inn ukenummer i boksen til høyre

Uke

Sp18 Har du kommentarer til din samtale med jordmor eller informasjon om graviditet og levevaner vil vi gjerne at du skriver dem her eller på baksiden av informasjonsbrevet:



Engelsk versjon

To those who have participated in the project

Request for participation in the evaluation of the project "Early dialogue with pregnant women about alcohol and lifestyle"

IRIS (International Research Institute of Stavanger AS) on behalf of The Norwegian Directorate of Health is conducting an evaluation of the project "Early dialogue with pregnant women about alcohol and lifestyle". This is a pilot project, now being carried out in eight municipalities. In the project pregnant women are offered a consultation about alcohol and lifestyle between the 6th and 10th week of the pregnancy.

The evaluation is learning oriented and will study how the project was organized within the municipal health care services, how the dialogues were conducted, experiences with support material, if there was expressed a clear message about abstinence from alcohol, how pregnant women / couples experienced this type of service and dialogue, and how health care providers evaluate their experiences with the service.

To answer these research questions, all pregnant women who participated in the dialogues are invited to participate in a survey. In addition we will conduct individual interviews with health professionals and pregnant women in five of the municipalities.

To participate in the survey you must fill in the attached form and return it in the prepaid envelope.

Indirect personally identifiable information, such as age, number of children, etc. will be treated confidentially and will only be made available for the research group. All personal information will be deleted by project completion. The information given in the survey will not be linked to you as a person. Participation is voluntary and you can choose to withdraw at any time without further explanation. Results from the study will be published as group data with no individual identification. A report will be written by project completion in October 2013.

This project has been endorsed by the Data Protection Official for Research, Norwegian Social Science Data Services (NSD).

If you have questions, please contact Gunn Vedøy, phone number 51 87 54 25, e-mail: Gunn.Vedoy@iris.no or Terje Lie, phone number 51 87 51 26, e-mail Terje.Lie@iris.no

We appreciate your participation in the survey.

Best regards,
International Research Institute of Stavanger AS

Terje Lie
Senior Research Scientist, IRIS

Survey to pregnant women regarding early dialogue about alcohol and lifestyle

Q1 You have participated in a dialogue with a midwife about alcohol and lifestyle during pregnancy. Mark your answers for each of the following questions (more than one mark possible):

	Alcohol	Cigarettes /snus	Nutrition	Overweight /weight control	Physical activity and exercise	Folate /folat acid	Pharmaceutical drugs	Health food	Other subjects	None of the alternatives
Which subjects were discussed during the dialogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did you feel uncomfortable talking about any of these subjects? If yes, which?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Which subjects do you feel the most important to discuss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2 You have participated in a dialogue with a midwife about alcohol and lifestyle during pregnancy. Mark one answer for each of the following questions:

	Very small extent	Small extent	Some extent	High extent	Very high extent
During the dialogue, to what extent did you find the information about use of alcohol in the pregnancy explicit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were your thoughts and reflections emphasized in the dialogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
To what extent were you involved in the dialogue with the midwife in a manner you were comfortable with?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
To what extent did you find the knowledge you gained during the dialogue useful?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3 Approximately, how often have you typically been drinking alcohol during the last year before you became pregnant?

- 4 times a week or more
 2-3 times a week
 2-4 times a month
 Once a month or less
 I never drink alcohol

Q4 When you drank alcohol, how many units did you usually drink the last year before you got pregnant, counting a typical day?

- 1-2 units
 3-4 units
 5-6 units
 More than 6 units
 I never drink alcohol

One unit of alcohol is equivalent to one bottle of beer (0,33 litre), one glass of wine or one glass of liquor (4 cl)

Q5 Do you think that pregnant women can drink alcohol without a risking harm to the unborn child?

- It causes no risk
 I can drink a little without a risk of harm
 All drinking is a risk
 I am uncertain

Q6 Have you reduced your use of alcohol after you became pregnant?

- Have not reduced
 Have stopped drinking alcohol
 Have reduced some
 I never drink alcohol

Q7 Would you recommend an early dialogue with a midwife about alcohol and lifestyle to others?

- Would strongly recommend Would recommend Would not recommend Uncertain

Q8 Where did you receive information about “Early dialogue about alcohol and lifestyle”?

- Newspapers / TV / radio Information on the Internet Information from the General Practitioner or the health care station
 Information through midwife Information from relatives / friends / acquaintances

Q9 Have you had a child previously?

- First-time mother Second child Third child More than three children

Q10 Marital status?

- Married/cohabitant Single Divorced/legally separated Widow

Q11 Highest education completed?

- Compulsory education Secondary education Vocational certificate University/college

Q12 Main source of income?

- Income from employment Unemployment benefits from NAV Support from The Norwegian State Educational Loan Fund
 Social Services Work assessment allowance Financial assistance
 Supported by another Other source of support

Q13 Age

- Under 20 years 20-24 years 25-29 years 30-34 years
 35-39 years 40-44 years 45 years or above

Q14 Place of residence?

- Sandnes Klepp Hå Sola Gjesdal
 Time Haugesund Karmøy

Q15 Country of birth?

- Norway Sweden Poland Lithuania UK
 Turkey Vietnam Somalia Other: _____

Q16 Which is the country of birth of your mother?

- Norway Sweden Poland Lithuania UK
 Turkey Vietnam Somalia Other: _____

Q17 In which week of your pregnancy did you have the early dialogue with midwife?

Write week number in the box to the right

Week

Q18 Here can you write additional comments on your early dialogue with a midwife, or any additional information about pregnancy and lifestyle here. You may also use the back of the sheet:



Personlig intervju

Til den gravide

Informasjon om deltakelse i evalueringen av prosjektet "Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner"

IRIS (International Research Institute of Stavanger AS) gjennomfører en evaluering av prosjektet "Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner" på oppdrag av Helsedirektoratet. Dette er et pilotprosjekt som gjennomføres i fem kommuner, hvor gravide får tilbud om en samtale om alkohol og levevaner fortrinnsvis i 6 – 8 svangerskapsuke.

Evalueringen skal være læringsrettet og vil særlig rette oppmerksomheten mot:

- Hvordan prosjektet ble organisert i helsetjenesten
- Hvordan samtalene ble gjennomført i praksis
- Hvordan støttematerialet fungerte
- Om det ble formidlet et klart budskap om avhold
- Hvordan gravide/par erfarte samtalen og tilbudet
- Hvordan helsepersonell etter å ha praktisert tidlig samtale, ser på tilbudet

For å finne svar på disse problemstillingene ønsker vi å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse for alle gravide som får samtale. Videre vil vi gjennomføre individuelle intervjuer med helsepersonell og gravide i de fem kommunene, og fokusgruppeintervjuer med helsepersonell som gjennomfører tidlig samtale. Til sammen vil vi gjennomføre rundt 25 intervjuer med gravide, 20 med helsepersonell og 3 fokusgruppeintervjuer.

Grunnen til at nettopp du blir spurt om å delta er at jordmødrene som gjennomfører samtalene spør de første gravide de har samtale med i utvalgte uker. Svarer du ja til å delta formidler jordmor din kontaktinformasjon videre til forskerne på prosjektet. Vi vil deretter ta kontakt med deg for å gjøre nærmere avtale om tid og sted for intervju. Det er viktig for oss at vi avtaler en tid og et sted som gjør det lett for deg å delta.

Deltakelse i intervju betyr en samtale med en forsker med en varighet på 30 – 45 minutter. Intervjuet vil berøre sentrale sider ved tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner og din erfaring med dette.

Vi ønsker å gjøre lydopptak av alle intervjuene. Lydopptak og identifiserbare personopplysninger vil oppbevares konfidensielt. De er kun tilgjengelige for prosjektgruppen, som har taushetsplikt. Datamaterialet anonymiseres og alle lydfiler slettes ved prosjektslutt.

Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten å måtte begrunne dette nærmere.

Resultatene av studien vil bli publisert som gruppedata, slik at den enkelte ikke kan gjenkjennes. Prosjektet vil ende opp i en rapport ved prosjektavslutning i september 2013. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Ved spørsmål kan du kontakte Gunn Vedøy tlf. 51 87 54 25 eller Terje Lie tlf. 51 87 51 26.

E-post: Gunn.Vedøy@iris.no eller Terje.Lie@iris.no

Vi setter stor pris på om at tar deg tid til å delta i prosjektet.

Med vennlig hilsen International Research Institute of Stavanger AS

Terje Lie

Seniorforsker, IRIS

Temaguide, individuelle intervjuer, gravide

Informasjon

Kan du fortelle om kontakten med helsestasjonene og jordmor i forkant av samtalen?

Prober:

- Hvordan fikk du informasjon om tilbud til samtale om livsstil/helse
- Hvilken informasjon fikk du
- Nytte av informasjonen, klar tydelig...
- Hvorfor ønsket du samtale? Noen tema du var spesielt interessert i

Samtalen

Innhold i samtalen. Kan du fortelle om innholdet i samtalen. Hvilke tema ble tatt opp. Hvordan forløp samtalen?

Prober innhold:

- Hva tenker du om innholdet i samtalen?
- Hvilke temaer var det viktig for deg å få tatt opp i løpet av samtalen?
- Foreslo du noen tema eller spørsmål selv
- Hvem brakte de ulike temaene på bane?
- Fikk du svar på det du lurte på?
- Er det noen tema du opplevde som vanskelige å snakke om i samtalen, (eksempler)
- Var det noe nytt i informasjonen eller kjente du til det meste fra før
- Hva synes du informasjonen om alkohol i svangerskapet; (klar/tydelig/uklar/vanskelig å forstå)
- Hva sitter du igjen med som det viktigste budskapet som ble formidlet i samtalen?

Andre tema: Jobb, trening

Prober form:

- Initiativ i samtalen.
- Kom du til med dine egne behov for kunnskap
- På hvilken måte ble du involvert i samtalen
- Ble du involvert i samtalen på noen måte
- Hvordan opplevde du å bli møtt av jordmor i løpet av samtalen?
- Hva oppleves som positivt/negativt i samtalen (nevn gjerne eksempler)
- Er det noe i samtalen du skulle ønske var annerledes?
- Ble barnefaren med i samtalen

Til ledende helsesøster

Deres ref.

Vår ref.

Dato

6. mai 2013

Forespørsel om å delta i evalueringen av prosjektet ”Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner ”

IRIS (International Research Institute of Stavanger AS) gjennomfører på oppdrag av Helsedirektoratet en evaluering av prosjektet ”Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner”. Dette er et pilotprosjekt som gjennomføres i åtte kommuner, hvor gravide får tilbud om en samtale om alkohol og levevaner fortrinnsvis i 6. – 9. svangerskapsuke.

Evalueringen skal være læringsrettet og vil særlig rette oppmerksomheten mot:

- Hvordan prosjektet ble organisert i helsetjenesten
- Hvordan samtalene ble gjennomført i praksis
- Hvordan støttematerialet fungerte
- Om det ble formidlet et klart budskap om avhold
- Hvordan gravide/par erfarte samtalen og tilbudet
- Hvordan helsepersonell etter å ha praktisert tidlig samtale, ser på tilbudet

For å finne svar på disse problemstillingene ønsker vi å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse for alle gravide som får samtale. Videre vil vi gjennomføre individuelle intervjuer med helsepersonell og gravide i de fem kommunene, og fokusgruppeintervjuer med helsepersonell som gjennomfører tidlig samtale. Til sammen vil vi gjennomføre rundt 25 intervjuer med gravide, 15 med helsepersonell og 2 fokusgruppeintervjuer.

Deltakelse for ledende administrativt helsepersonell intervjuer vil innebære å delta i ett individuelt intervju, med en varighet på 45 – 60 minutter. Dette intervjuet vil berøre sentrale sider ved tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner og arbeidet med dette i kommunene.

Informasjonsskriv, jordmødre

Til dem det måtte angå

Deres ref.

Vår ref.

Dato

1. oktober 2012

Forespørsel om å delta i evalueringen av prosjektet ”Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner ”

IRIS (International Research Institute of Stavanger AS) gjennomfører på oppdrag av Helsedirektoratet en evaluering av prosjektet ”Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner”. Dette er et pilotprosjekt som gjennomføres i fem kommuner, hvor gravide får tilbud om en samtale om alkohol og levevaner fortrinnsvis i 6 – 8 svangerskapsuke.

Evalueringen skal være læringsrettet og vil særlig rette oppmerksomheten mot:

- Hvordan prosjektet ble organisert i helsetjenesten
- Hvordan samtalene ble gjennomført i praksis
- Hvordan støttematerialet fungerte
- Om det ble formidlet et klart budskap om avhold
- Hvordan gravide/par erfarte samtalen og tilbudet
- Hvordan helsepersonell etter å ha praktisert tidlig samtale, ser på tilbudet

For å finne svar på disse problemstillingene ønsker vi å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse for alle gravide som får samtale. Videre vil vi gjennomføre individuelle intervjuer med helsepersonell og gravide i de fem kommunene, og fokusgruppeintervjuer med helsepersonell som gjennomfører tidlig samtale. Til sammen vil vi gjennomføre rundt 25 intervjuer med gravide, 20 med helsepersonell og 3 fokusgruppeintervjuer.

Deltakelse for jordmødre i prosjektet vil innebære å delta i ett individuelt intervju og ett fokusgruppeintervju. Begge vil vare i om lag en time og finne sted i løpet av prosjektperioden. Det individuelle intervjuet vil berøre sentrale sider ved tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner. Fokusgruppeintervjuet vil bli benyttet til å belyse samtale inspirert av motiverende intervju som metode i møtet med den gravide. I tillegg vil vi be deg om å være behjelpelig med å dele ut spørreskjema og informasjonsskriv til gravide som gjennomfører tidlig samtale og å hjelpe til med å rekruttere

gravide til individuelle intervjuer.

Vi ønsker å gjøre lydopptak av alle intervjuene. Lydopptak og identifiserbare personopplysninger vil oppbevares konfidensielt. De er kun tilgjengelige for prosjektgruppen, som har taushetsplikt. Datamaterialet anonymiseres og alle lydfiler slettes ved prosjektslutt.

Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten å måtte begrunne dette nærmere.

Resultatene av studien vil bli publisert som gruppedata, slik at den enkelte ikke kan gjenkjennes. Prosjektet vil ende opp i en rapport ved prosjektavslutning i september 2013. Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Ved spørsmål kan du kontakte Gunn Vedøy tlf. 51 87 54 25 eller Terje Lie tlf. 51 87 51 26.

E-post: Gunn.Vedøy@iris.no eller Terje.Lie@iris.no

Vi setter stor pris på om du tar deg tid til å delta i prosjektet.

Med vennlig hilsen
International Research Institute of Stavanger AS

Terje Lie

Seniorforsker, IRIS

Temaguide, individuelle intervjuer, ledende helsesøster

- Jordmørtjenestens organisering i kommunen
- Jordmørtjenestens rolle i det kommunale forebyggende området
- Kobling mellom jordmødre og helsesøstre i informasjonsarbeidet
- Valg av tidspunkt for informasjon, utfordring med å nå den gravide
- Behov for endring av retningslinjerfor svangerskapsomsorgen

- På hvilken måte er du selv involvert i prosjektet.

- Eierforhold til prosjektet; «ildsjeler», aksept blant alle? Forskjeller i involvering blant jordmødrene
-
- Hvem andre er informert og hvem har roller i forhold til prosjektet?
- Hvem trenger å bli informert om prosjektet i kommunen og fastleger

- Hvilket helsepersonell er informert om tilbudet/trenger å være informert?

- Bemanning av tilbudet
- Entusiasme/motstand?
-
- God informasjonsstrategi for å nå de gravide?

- Kommunen og holdninger til alkoholbruk i svangerskapet generelt?
- Hvordan ble FRIDA implementert/satt i gang i din avdeling
- Hvem tenker du har **ansvaret** for å informere de gravide om tilbudet
- Hvordan har du/dere fått til denne informasjonen, erfaringer (kommunens hjemmesider, apotek, stands, annonser, plakater etc)

Temaguide, individuelle intervjuer, jordmødre

Opplæring

- Opplæring med tanke på å gjennomføre samtale
- MENY AGENDA/FOSTERPLAKAT
- Har du vært inne på direktoratets nettsider om prosjektet?
- Støttmateriell til samtalen (FRIDA BOK/Motiverende intervju MI/tidlig samtale/CDer), fungerer? Hvordan brukes støttmaterialet? Styrke/svakheter

Informasjon

Kan du fortelle om informasjonsarbeidet som er gjort knyttet til FRIDA?

Prober:

- Hvilke tiltak er gjort?
- Hva slags tiltak for å gjøre tilbudet kjent, avtale med apotek, fastlegen media, radio, avis, plakater, etc.
- Rekruttering av gravide til samtale.
- Hvordan kommer de gravide til samtale, hvordan fått informasjon, rekrutteringstiltak,
- Respons hos de gravide
- Avslag?
- Samarbeid med fastleger; legesekretærene, første kontakt?

Samtalen

Innhold i samtale. Kan du fortelle om innholdet i samtale. Hvilke tema blir tatt opp? Hvorfor er disse viktige?

Prober innhold:

- Hvordan er den gravides kunnskaper om alkohol og livsstil?
- Hvor er informasjonsbehovet størst?
- Er det store forskjeller i kunnskaper og informasjonsbehov?
- Mange tema?

Gjennomføring av samtale. Kan du fortelle om hvordan du har opplevd gjennomføringen av samtale?

Prober form:

- Hvordan fungerer samtalen om andre tema enn alkohol?
- Hvem tar initiativ til å bringe de ulike temaene på bane?

VEDLEGG

Alkohol i graviditet

Her er spørsmål om alkoholvanene dine. Vennligst sett et kryss/svar på hver linje. Tenk på det siste året.

Hvor mange glass alkohol (alkoholenheter*) kan du drikke før du begynner å merke de første effektene av det?

Antall glass (enheter*):

Har nære venner eller slektninger bekymret seg eller klaget på alkoholbruken din i løpet av det siste året?

Ja Nei

Tar du noen ganger et glass alkohol om morgenen når du står opp?

Ja Nei

Har det hendt, etter at du har drukket alkohol, at en venn eller et familiemedlem har fortalt deg om ting du har sagt eller gjort som du ikke kunne huske?

Ja Nei

Føler du noen ganger behov for å redusere alkoholforbruket ditt?

Ja Nei

Omtrent hvor ofte har du drukket alkohol?

	Siste år før du ble gravid	Etter du ble gravid
4 ganger i uken eller oftere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-3 ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-4 ganger i måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månedlig eller sjeldnere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

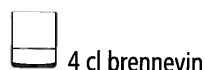
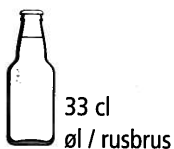
Hvor mange glass (alkoholenheter) drakk / drikker du en typisk dag når du drikker alkohol?

10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drikker ingenting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Omtrent hvor ofte har du drukket 4 glass (alkoholenheter) eller mer på en dag?

Daglig eller nesten hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En gang i måneden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn månedlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ett glass alkohol (en alkoholenhet):



For helsepersonell

Sum

Før Etter

Sum

Sum



Meny - Agenda

Alkohol

Kosthold

Folat

Medikamenter

Røyking

Alkohol i graviditet

Her er spørsmål om alkoholvanene dine. Vennligst sett et kryss/svar på hver linje. Tenk på det siste året.

Hvor mange glass alkohol (alkoholenheter*) kan du drikke før du begynner å merke de første effektene av det?

Antall glass (enheter*):

Har nære venner eller slektninger bekymret seg eller klaget på alkoholbruken din i løpet av det siste året?

Ja Nei

Tar du noen ganger et glass alkohol om morgenen når du står opp?

Ja Nei

Har det hendt, etter at du har drukket alkohol, at en venn eller et familiemedlem har fortalt deg om ting du har sagt eller gjort som du ikke kunne huske?

Ja Nei

Føler du noen ganger behov for å redusere alkoholforbruket ditt?

Ja Nei

For helsepersonell

Sum

Omtrent hvor ofte har du drukket alkohol?

Siste år før du ble gravid

Etter du ble gravid

4 ganger i uken eller oftere

2-3 ganger i uken

2-4 ganger i måned

Månedlig eller sjeldnere

Aldri

Før

Etter

Hvor mange glass (alkoholenheter) drakk / drikker du en typisk dag når du drikker alkohol?

10 eller flere

7-9

5-6

3-4

1-2

Færre enn 1

Drikker ingenting

Omtrent hvor ofte har du drukket 4 glass (alkoholenheter) eller mer på en dag?

Daglig eller nesten hver dag

En gang i uken

En gang i måneden

Sjeldnere enn månedlig

Aldri

* Ett glass alkohol (en alkoholenhet):



33 cl
øl / rusbrus



12-15 cl vin



8 cl hetvin



4 cl brennevin

Sum

Sum



International Research
Institute of Stavanger

Rapport IRIS - 2014/016
ISBN: 978-82-490-0839-1

Main Office:

PO Box 8046,
NO-4068 Stavanger, Norway
Telephone: (+47) 51 87 50 00
Telefax: (+47) 51 87 52 00

Visiting address Stavanger:
Prof. Olav Hanssens vei 15

Office Bergen:

Thormøhlens gate 55,
NO-5008 Bergen, Norway
Telephone: (+47) 55 54 38 50
Telefax: (+47) 55 54 38 60

General mail address:
firmapost@iris.no

Office Mekjarvik:

Mekjarvik 12,
NO-4070 Randaberg, Norway
Telephone: (+47) 51 87 55 00
Telefax: (+47) 51 87 55 30

Enterprise No.:
NO 988 944 459 MVA