

# Helsesøstres erfaringer med ivaretagelse av mors psykiske helse i barseltiden

*En kvalitativ studie*

—  
**Linn Adele Orø Nybø**

*Masteroppgave i helsefag, retning helsesøsterfag*

*Mai 2017*

*Antall ord: 23 414*

"Men skal et samvær overhovedet være åbent, må man tale og handle på sine motiver og lade være med å beskytte dem, endsige skjule dem, men tale rent ut af posen og handle spontant!"

(Løgstrup, 1983, s.16).

## Forord

Da er siste punktum satt i en lang og krevende prosess med å ferdigstille mastergradsoppgaven min. Det har vært et intensivt år med en bratt læringskurve. En enorm utvikling har skjedd i min bevissthet rundt hva en mastergradsoppgave virkelig er. Jeg er ydmyk og stolt over å ha produsert et bidrag til forskningen innen helsesøsterfaget. Tilbake sitter jeg med mer kunnskap og en større forståelse av faget mitt.

Prosessen har vært preget av en balansegang mellom jobb, familie og skriving. Innimellom en krevende balansegang, men takket være en meget forståelsesfull samboer, tålmodige barn og ledere som ser nytten av å forske, har dette prosjektet vært mulig å gjennomføre. Tusen takk til de seks informantene som har gitt av sin tid og delt sine tanker og sin kunnskap med meg. Takk til deg, Ingrid, for hjelp til å komme i gang med og til å avslutte oppgaven.

Jeg vil rette en stor takk til min dyktige veileder, Anne- Gerd Karlsen. Du har sørget for å holde meg på rett kurs og gitt meg veiledning slik at jeg har følt mestring gjennom prosessen. Dine tilbakemeldinger har vært konkrete, konstruktive og humørfylte. Tusen takk for gode samtaler!

Anita, min gode venn, medstudent og dyktige helsesøster. Jeg er jammen ikke sikker på om dette hadde gått uten deg ved "min side" gjennom opp- og nedturer! Du har gitt meg positive tilbakemeldinger og bidratt med faglige innspill. Du har satt ting i perspektiv for meg og samtidig støttet og konsultert med meg. Jeg ser frem til hyggelige stunder i fremtiden, preget av andre ting enn diskusjoner rundt skolearbeid. Tusen, tusen takk!

Tor Erling, min trofaste klippe gjennom tider med frustrasjon og tidspress. Du har vært min motivator gjennom dette året, og du har ikke et sekund vært i tvil om at dette kom til å gå bra. Takk for støtte, oppmuntring og et spark bak når det har vært nødvendig.

Linn Adele Orø Nybø  
Bodø, mai 2017.

## **Sammendrag**

**Bakgrunn for oppgaven:** Barselkvinnen opplever forandringer, både fysisk, psykisk og i livssituasjonen i tida etter fødsel. Måten kvinnen takler disse forandringene på avhenger av hennes psykiske helse, samt støtten hun opplever i sin rolle som mor. Helsesøstre møter mødrene tidlig i barseltida, og har dermed mulighet til å være en støtte for mor, samt hjelpe henne til å orientere seg mot ressursene i seg selv og omgivelsene. Mange ting spiller inn på hvordan mor føler seg i tiden etter fødsel, men det viktige er at mor føler at det kan snakkes om. Det handler om å ha et helsefremmende syn på barseltiden og gi informasjon og veiledning på at det er normalt å kjenne på vanskelige følelser i tida etter fødsel, uten at man skal sykelliggjøre henne.

**Problemstilling:** Hvordan kan helsesøstre ivareta mors psykiske helse i barseltiden?

**Teori:** Den teoretiske rammen i studien bygger på helsefremming, salutogenese og empowerment.

**Metode:** For å svare best mulig på problemstillinga i studien har jeg valgt et kvalitativt forskningsdesign med semi- strukturerte intervju av seks helsesøstre fra tre ulike kommuner i Nordland fylke. Analysen er gjennomført gjennom systematisk tekstkondensering, en analysemetode av Malterud (2011).

**Resultat:** Datamaterialet viser at ivaretagelse av barselkvinnen foregår på flere plan. En god relasjon til mor ble ansett som grunnleggende for å komme i posisjon til å veilede og støtte barselkvinnene. Informantene var opptatt av å gjøre ei kartlegging av mødrenes situasjon, samt sikre riktig og tilstrekkelig informasjon for å unngå at deres utfordringer blir bagatellisert eller normalisert. De savnet tydeligere rammer og retningslinjer over hva man bør ta opp i tilknytning til mors psykiske helse. Dette var uavhengig av om informantene brukte kartleggingsverktøyet EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) eller ikke. Helsesøstre beskrev et godt samarbeid med jordmødrene, men ønsket en større åpenhet.

**Konklusjon:** Helsesøstre har et ønske om å ivareta mødre som nylig har født så godt som det lar seg gjøre innenfor tidsrammen et hjemmebesøk har. Samarbeidet mellom helsesøstre bør bli mer åpent, slik at mødrene opplever en mer sammenhengende barselomsorg. Dette vil være spesielt viktig i tida fremover ettersom både jordmor og

helsesøster skal gjennomføre hjemmebesøk. Det er behov for å løfte opp samtalen om mors psykiske helse for å se på hva helsesøstre opplever som utfordrende.

## **Summary**

**Background:** Women who has recently given birth experience changes, both physically, mentally and in their lifesituation. The way the woman deals with these changes depends on her mental health and the social support she receives from the surroundings. Public health nurses meet the mothers quite early in the postpartum period and have the opportunity to offer support and to orient her towards her current resources. A lot of things influence how the mother feels in this vulnerable period, but one of the most important things is that she experienses openness regarding challenges she may have. It's about having a health-promoting vision of this time in life, and provide information and guidance about normal feelings a woman may experience after giving birth.

**Thesis statement:** How do public health nurses take care of the mental health aspect of the woman in the postpartum period?

**Theory:** The theoretical framework of the study is based on health promotion, salutogenesis and empowerment.

**Method:** In order to answer the thesis statement in a good way, I have chosen a qualitative approach with semi-structured interviews of six public health nurses from three different municipalities in the county of Nordland. The analysis was conducted through systematic text condensation, an analysis method by Malterud (2011).

**Result:** The findings highlight that the welfare of the maternety woman is being looked after by health professionals in the community service. A good relationship with the mother was considered to be the basis for being able to guide and support maternal women. The informants were concerned with doing a mapping of the mothers situation, as well as ensure proper and adequate information to avoid their challenges being compromised or normalized. They wanted clearer frameworks and guidelines about what should be addressed in connection with maternal mental health. This was regardless of whether the informants used the EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) mapping tool or not. The public health nurses described good cooperation with the midwives, but wanted greater openness.

**Conclusion:** Public health nurses have a genuin wish to take care of maternal women as well as possible within the time frame of a a home visit. The cooperation between public

health nurses and midwives ought to be more open so that mothers experience a more coherent maternity care. This will be especially important in the future as both midwives and public health nurses will conduct home visits. There is a need to lift the conversation about maternal mental health to see what public health nurses are experiencing as challenging in conducting this conversation.

## Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| Forord.....   | ii        |
| Sammendrag.....   | iii       |
| Summary.....  | v         |
| Innholdsfortegnelse.....                                  | vii       |
| <b>1.0 INNLEDNING.....</b>                                | <b>1</b>  |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....                       | 1         |
| 1.2 PROBLEMSTILLING.....                                  | 3         |
| 1.3 HENSIKT/ AVGRENSING .....                             | 4         |
| 1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING.....                             | 4         |
| 1.5 TIDLIGERE FORSKNING .....                             | 4         |
| 1.6 HELSESØSTERTJENESTEN I NORGE.....                     | 9         |
| 1.7 HJEMMEBESØKET .....                                   | 10        |
| 1.8 FORELDREROLLEN .....                                  | 11        |
| 1.9 BARSELTID .....                                       | 12        |
| 1.10 TILKNYTNING .....                                    | 12        |
| 1.11 VURDERINGSSKALAEN EPDS.....                          | 13        |
| <b>2.0 TEORETISK UTGANGSPUNKT .....</b>                   | <b>13</b> |
| 2.1 HELSEFREMMENTE ARBEID .....                           | 13        |
| 2.1.1 HELSEFREMMENTE BARSELOMSORG.....                    | 14        |
| 2.2 EMPOWERMENT .....                                     | 15        |
| 2.3 SALUTOGENESE .....                                    | 15        |
| 2.4 VEILEDNING.....                                       | 16        |
| 2.5 TVERRFAGLIG SAMARBEID .....                           | 17        |
| <b>3.0 METODE.....</b>                                    | <b>18</b> |
| 3.1 VALG AV METODE.....                                   | 18        |
| 3.1.1. VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING .....               | 18        |
| 3.2 FORFORSTÅELSE .....                                   | 19        |
| 3.3 REKRUTTERING AV DELTAKERE.....                        | 20        |
| 3.4 PRØVEINTERVJU.....                                    | 20        |
| 3.5 INTERVJU .....  | 21        |
| 3.6 INTERVJUGUIDE.....                                    | 21        |
| 3.7 ANALYSE .....   | 22        |
| 3.8 METODEKVALITET .....                                  | 27        |
| 3.8.1 REFLEKSIVITET.....                                  | 27        |
| 3.8.2 RELEVANS.....                                       | 28        |
| 3.8.3 VALIDITET .....                                     | 29        |
| 3.9 ETISKE OVERVEIELSER.....                              | 29        |
| <b>4.0 PRESENTASJON AV RESULTATENE FRA ANALYSEN .....</b> | <b>30</b> |
| 4.1 Å GI MOR STØTTE OG TRYGGHET.....                      | 31        |
| 4.1.1 KARTLEGGING AV SOSIAL STØTTE OG STRESSORER .....    | 31        |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.1.2 INFORMASJON OM BARSELTIDEN.....   | 32        |
| 4.1.3 TVERRFAGLIG SAMARBEID TIL DET BESTE FOR MOR.....  | 33        |
| <b>4.2 SAMTALEN I FØRSTE MØTET MED MOR.....</b>   | <b>34</b> |
| 4.2.1 RELASJONSBYGGING.....   | 34        |
| 4.2.2 HELSESØSTER I DET FØRSTE MØTET MED MOR.....   | 35        |
| <b>4.3 PSYKISK HELSE SOM TEMA I SAMTALEN.....</b>   | <b>35</b> |
| 4.3.1 INTRODUKSJON AV TEMAET PSYKISK HELSE.....   | 35        |
| 4.3.2 ÅPENHET RUNDT PSYKISK HELSE.....  | 36        |
| <b>5.0 DRØFTING .....</b>   | <b>37</b> |
| <b>5.1 HVA GJØR HELSESØSTER FOR Å STYRKE BARSELKVINNE I MORSROLLEN?.....</b>                                    | <b>37</b> |
| 5.1.1 HVORDAN GI TILPASSET INFORMASJON OG VEILEDNING TIL MOR UNDER HJEMMEBESØKET? .....                         | 37        |
| 5.1.2 HVORDAN FÅR HELSESØSTER SYNLIGGJORT VIKTIGHETEN AV SOSIAL STØTTE I BARSELTIDA? .....                      | 42        |
| 5.1.3 HVILKEN PÅVIRKNING HAR TVERRFAGLIG SAMARBEID OG TILGJENGELIGHET PÅ MORS OPPLEVELSE<br>AV BARSELTIDA?..... | 46        |
| 5.1.4 OPPSUMMERENDE KOMMENTARER.....  | 48        |
| <b>5.2 HVORDAN BIDRAR SAMTALEN TIL AT MOR FØLER SEG IVARETATT? .....</b>  | <b>48</b> |
| 5.2.1. HVA SKAL TIL FOR AT HELSESØSTER OG MOR UTVIKLER EN TRYGG RELASJON?.....                                  | 49        |
| 5.2.2. HELSESØSTER I SAMTALEN- ROM FOR Å VÆRE ÆRLIG OG DIREKTE? .....   | 56        |
| 5.2.3 OPPSUMMERENDE KOMMENTARER.....  | 59        |
| <b>5.3 HVORDAN SNAKKER HELSESØSTRE MED BARSELKVINNE OM DERES PSYKISKE HELSE? .....</b>                          | <b>59</b> |
| 5.3.1 HVILKEN TILNÆRMING BRUKER HELSESØSTER FOR Å SAMTALE OM PSYKISK HELSE?.....                                | 59        |
| 5.3.2 EPDS SOM UTGANGSPUNKT OG REDSKAP FOR SAMTALE .....  | 62        |
| 5.3.3 OPPSUMMERENDE KOMMENTARER.....  | 65        |
| <b>6.0 AVSLUTNING .....</b>   | <b>65</b> |
| <b>6.1 VIDERE FORSKNING OG BEGRENSNINGER .....</b>  | <b>66</b> |
| <br>  |           |
| Bibliografi.....  | 68        |
| <br>  |           |
| Vedlegg 1: Informasjonsskriv til rådmann.....   | 73        |
| Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.....  | 74        |
| Vedlegg 3: Samtykkeerklæring.....   | 75        |
| Vedlegg 4: Intervjuguide.....   | 76        |
| Vedlegg 5: Melding til NSD.....   | 77        |
| Vedlegg 6: Endringsmelding NSD.....   | 78        |
| Vedlegg 7: Litteraturmatrise.....   | 80        |



## 1.0 Innledning

Denne oppgaven omhandler hvordan helsesøstre ivaretar mors psykiske helse hos mødre som nylig har født. Jeg vil se på hvordan helsesøster kan bidra til at mødre takler utfordringer og stressorer i barseltiden. I dette ligger et helsefremmende syn på følelsmessige reaksjoner i tilknytning til fødsel og tiden som følger. Barseltiden er preget av følsomhet og sårbarhet hos kvinnen. Økt følsomhet er viktig for å kunne forstå det nyfødte barnets signaler og gi barnet nødvendig hjelp til å regulere følelser og støtte utviklingen (Helsedirektoratet, 2014). Den tette kontakten med helsestasjonen i tida etter barnets fødsel, innebærer en god mulighet for helsesøster til å ivareta mor, såvel som barn. I dette kapitlet presenteres bakgrunn for valg av tema, problemstillingen, samt en begrepsavklaring.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Barseltida er en sårbar periode for mødre ettersom kroppen gjennomgår store forandringer på kort tid. Måten kvinner klarer å tilpasse seg disse forandringene har stor innvirkning ikke bare på henne selv, men også på barnet. Måten kvinnen takler denne overgangen, avhenger av hennes fysiske og psykiske helse (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). For barselkvinner vil det være viktig å få hjelp til å forstå endringene hun gjennomgår fysisk og psykisk (Aune & Olufsen, 2014). Helsetilsynet gjennomførte i 2011 tilsyn med barselomsorgen, som konkluderte med at tjenestetilbudet ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til den korte tiden kvinnen er på sykehuset, og at familien er overlatt til seg selv frem til helsestasjonen oppretter kontakt (Aune & Olufsen, 2014). Dette er tatt til følge i retningslinjene for barselomsorgen som ble publisert i 2014. Her foreslås det hjemmebesøk av jordmor i løpet av den første uken etter hjemreise fra sykehuset, og at helsesøster deretter overtar oppfølgingen med et hjemmebesøk mellom syvende til tiende døgn (Helsedirektoratet, 2014). Dette fordrer et tett samarbeid mellom helsesøster og jordmor. I den norske undersøkelsen om brukererfaringer med svangerskaps, fødsels- og barselomsorgen (Sjetne, Holmboe, Iversen, & Kjøllesdal, 2013) finner man at

informasjon til foreldre om kvinnens fysiske og psykiske helse på helsestasjonen er et av feltene som kommer dårligst ut. Dette viser at det å samtale med mor om hennes psykiske helse i barseltida er en viktig arbeidsoppgave for helsesøster å ivareta, og et område med forbedringspotensiale. I forbindelse med publisering av St.mld.47 (Samhandlingsreformen) ble det uttalt at man måtte våge å tenke nytt med referanse til å satse på forebygging fremfor reparasjon. Det skulle lønne seg for kommunene å satse på forebyggende arbeid, slik at innbyggerne i mindre grad vil ha behov for spesialisthelsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Helsetjenestene skal fremover i større grad kartlegge og forstå brukernes helhetlige behov og ressurser, samt gi brukerne informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem (Rannestad & Haugan, 2014, s. 20). En slik brukermedvirkning betyr ikke at helsepersonell kan fraskrive seg sitt ansvar, men at brukernes erfaringskunnskap må balanseres opp mot helsepersonellens ekspertkunnskap (ibid.). Det beskrives at det ikke er mulig å løse morgendagens utfordringer med dagens virkemidler, som i stor grad baserer seg på forebygging, behandling og rehabilitering (Espnes & Lindström, 2014). Det er behov for mer kunnskap om hva som gir helse, for deretter å implementere disse tiltakene i samfunnet. Det eksisterer mye kunnskap på hva som gir sykdom, nå gjenstår det å forske på hva som gir helse (ibid.).

For å få kunnskap om hva som gir helse, er man over i en individrettet omsorg som går ut på at man har ulike behov og ulikt syn på hva som er helsebringende. I denne sammenheng innebærer det at helsepersonell bør vie spesiell oppmerksomhet mot mødres psykiske og fysiske helse, for å sikre at hun har forutsetninger til å mestre den nye livssituasjonen. På generell basis blir det hevdet at stress har stor innvirkning på psykisk helse, og at dette er en av de største utfordringene knyttet til folkehelse og helsefremmende arbeid (Lindström & Eriksson, 2005). Mange momenter kan oppfattes som stressfaktorer i tida etter fødsel, noe som kan føre til at kvinnen opplever en usikkerhet i sin nye rolle som mor. En helsefremmende tilnærming vil kunne redusere stressfaktorer (Lindström & Eriksson, 2005), også hos barselkvinnen. Helsefremmende tiltak i barseltiden omfatter tiltak som bedrer livskvaliteten, trivselen og muligheten til å mestre de utfordringer man står overfor i den nye livssituasjonen med et nyfødt barn (Aune & Olufsen, 2014).

I rapporten "Trygg, tydelig og tilgjengelig" (LaH NSF, 2015) understrekes det at det helsefremmende perspektivet ofte blir glemt- det snakkes mest om å fange opp og sende videre. Det fins ulike depresjonsskalaer der målet er å identifisere kvinner som er i fare for å utvikle barseldepresjon, og det er disse som har fått meg til å stille spørsmål ved hvordan helsesøstre snakker med mødre om psykisk helse. Flere av konsultasjonene på helsestasjonen tar utgangspunkt i utfylte skjema for å initiere samtale om mor og barn. Min undring ligger i hvordan helsesøster evner å ha et individrettet fokus når rammene for samtalen er satt av et skjema med formulerte spørsmål og svaralternativer, som eksempelvis er tilfelle med EPDS, Edinburgh postnatal depression scale. I en artikkel fra 2012 tok daværende leder av Landsgruppen av Helsesøstre, Ersvik, opp ei bekymring for at helsesøstre gjennom systematisk leting etter avvik gjennom bruk av kartleggingsverktøy, mister det helsefremmende perspektivet. Videre at helsesøstre risikerer å miste blikket for helheten og oppgaven med å styrke foreldrene i foreldrerollen dersom vi fanges inn i et system med kartlegging, vurdering og scoring av barn og foreldre (Ersvik, 2012). På den ene siden har man et syn på at helsesøster skal oppdage risikofaktorer og psykiske vansker på et tidlig tidspunkt, og på den andre siden et syn på svangerskap, fødsel og barseltid som er en naturlig del av livet. Det er et spenn mellom risikoleting og naturligjøring, sykdomsforebyggende fokus og helsefremmende fokus.

## **1.2 Problemstilling**

Overført til helsesøsters praksis kan man stille spørsmål ved hva det gjør med samtalen å møte mor med et skjema og et risikoletende blikk, fremfor å fokusere på de tingene i barselkvinnens nye hverdag som bidrar til hun føler mestring og gir henne glede og energi. Disse tankene var utgangspunkt for denne studien og følgende problemstilling er formulert:

- Hvordan kan helsesøster ivareta mors psykiske helse i barseltiden?

### 1.3 Hensikt/ avgrensing

Hensikten med oppgaven er å bidra med økt kunnskap om hvordan helsesøstre kan ivareta mødres psykiske helse gjennom tilgjengelighet og tilnærming. Et mål er at helsesøstre i større grad reflekterer over om veiledningen de gir er individuelt tilpasset den enkelte barselkvinnes behov, i motsetning til å tilby et standardisert program utviklet generelt for barselkvinner. Oppgaven er avgrenset til å omhandle barseltida fordi denne tida er ei spesielt sårbar tid for kvinner på bakgrunn av de store endringene kroppen gjennomgår, både fysisk og psykisk. Barseltiden er de første seks ukene etter fødsel. Disse ukene er den estimerte tiden kvinnekroppen trenger for å tilpasse seg etter svangerskap og fødsel (Helsedirektoratet, 2014). Fokuset i oppgaven er på mor fordi det er hun som opplever forandringene på kroppen, både fysisk og psykisk. Det er mors kropp som bærer frem og føder barnet, med de utfordringene det medfører, og det er mor som gjennomgår de hormonelle svingningene.

### 1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i 6 hovedkapitler. I kapittel 1 presenteres oppgavens tema, bakgrunn for valg av tema, problemstilling, hensikt, begrepsavklaring og tidligere forskning. I kapittel 2 presenteres det teoretiske grunnlaget for oppgaven, herunder helsefremmende arbeid, empowerment og salutogenese. I kapittel 3 redegjøres det for metodevalg, fremgangsmåte for innsamling av data og analyse av empirien, metodekritikk og til slutt etiske vurderinger. I kapittel 4 presenteres resultatene fra undersøkelsen, og disse drøftes i kapittel 5. Oppsummerende kommentarer og forslag til videre forskning kommer i kapittel 6.

### 1.5 Tidligere forskning

Søk etter tidligere forskning ble gjort i databasene Idunn, Oria, Cinahl, PsychInfo, PubMed, Swemed+ og Cochrane. Søkeordene som ble brukt var "public health nurse", "postpartum", "mental health", "social support", "health promotion", "conversations", "mother" og "vulnerable" i ulike kombinasjoner. Søkene ble utført i tidsrommet

september 2016 frem til april 2017. Søkene ble utført både på norsk og på engelsk. Jeg brukte aktivt referansene i artiklene, samt artikler foreslått fra databasen ut fra søkene jeg gjorde. Det viste seg at det er gjort en del forskning i forhold til mødres opplevelser av helsetjenester i forbindelse med fødsel, men det meste tar utgangspunkt i jordmors oppgaver. Jeg har valgt å forholde meg først og fremst til forskning gjort i Norden ettersom organiseringen av barselomsorgen er tilnærmet lik, men har også på bakgrunn av resultatenes overførbarhet inkludert noen utenlandske artikler. Jeg har også ekskludert forskning som er eldre enn 10 år. I det følgende presenteres noen studier som fremhever ulike sider av barselomsorgen

I studien til Tveit & Söderhamn (2015) har man intervjuet 7 førstegangsmødre for å finne ut hva førstegangsmødre gjør for å mestre barnestellet de første to ukene etter fødsel. Det kom blant annet frem at noen av informantene opplevde overgangen fra jordmor til helsesøster som vanskelig fordi helsesøster ble en fremmed som de ikke kjente rollen til. Det som gjorde at mødrene mestret barnestellet, var at de forberedte seg godt før babyen kom ved å tilegne seg informasjon om babystell, samt å få støtte fra familie og venner i tiden før og etter fødsel. Opplevelse av stress etter fødsel som følge av forventninger om å mestre barnestellet, ble håndtert med å søke hjelp hos erfarne pleiere. Det siste momentet som kommer frem i studien, er at det å bli kjent med barnet og være nær det, var viktig. I artikkelen fremkommer det at videre forskning bør ha fokus på hvordan førstegangsmødre kan forberedes på de første ukene etter fødsel, og på hvordan organiseringen i barselomsorgen kan fremme amming hos førstegangsmødre (Tveit & Söderhamn, 2015).

I studien til Haga, Lynne, Slinning og Kraft (2012) var hensikten å få innsikt i hvorfor noen takler overgangen til morsrollen godt, mens andre strever så mye at de opplever depressive symptomer. Denne studien har et helsefremmende fokus og søker å utforske hvordan det oppleves å bli mor for første gang. Urealistiske forventninger og mangel på mestring i morsrollen ble fremhevet i intervjuene. Studien finner at det å lykkes med amming var viktig for kvinnene for å føle at de mestret morsrollen. I tillegg fremheves

behovet for sosial støtte fra familie og venner som viktig. Helsepersonell har en stor og viktig rolle i å ta presset av mødre som sliter med amminga. I tillegg må helsepersonell ta mødres bekymringer på alvor, fremfor hele tiden å normalisere utfordringer i barseltida. Begrepet "god nok/ godt nok" blir løftet opp, og det påpekes at helsepersonell må tilstrebe et trygt miljø der mødre oppfordres til å snakke om sine opplevelser og utfordringer rundt det å bli mor. På denne måten kan mødre støttes i at deres innsats er god nok (Haga, Lynne, Slinning, & Kraft, 2012).

Borglin, Hentzel & Bohman (2015) utførte en kvalitativ studie der det er gjort intervjuer med 8 helsesøstre. Hensikten med studien var å se nærmere på helsesøstres erfaringer med psykisk helse og forebygging av dårlig psykisk helse etter fødsel. Forfatterne fant tre kategorier som de gikk videre med: ekstern påvirkning på psykisk helse etter fødsel, screening for og forebygging av psykisk uhelse etter fødsel, samt helsestasjonen som en plattform for støtte. Det trekkes frem at det er viktig at helsesøstre er i stand til å støtte kvinnene i overgangen til morsrollen som en del av det å forebygge psykisk uhelse. En strategi kan være å hjelpe mødre til å identifisere sine egne styrker og kompetanse og å støtte dem i å utvikle disse videre. I tillegg hjelpe til med å navigere dem gjennom jungelen av informasjon, myter og inntrykk. Det er også viktig med kulturelt kompetente helsesøstre som følge av den økte innvandringen de siste tiårene. Mors helse i etterkant av fødsel burde vært en prioritet, men har så langt fått lite oppmerksomhet. Mange mødre får ikke den støtten de trenger for å takle morsrollen. Dette går i sin tur ut over barna som kan slite med ettervirkninger i oppveksten (Borglin, Hentzel, & Bohman, 2015).

Studien til Barimani, Johansson, Hylander, & Oxelmark (2014) måler mors tilfredshet med oppfølging før fødsel, på sykehuset, samt oppfølging etter hjemreise fra sykehus. Det ble funnet store forskjeller i tilfredshet mellom de ulike tjenestene. Mødrene var stort sett fornøyde med oppfølging etter hjemkomst fra sykehuset, men savnet oppmerksomhet rundt mors fysiske og psykiske helse. Flere av mødre i studien kommenterte at det var utilstrekkelig overlapping mellom de ulike tjenestene, og mange reagerte på det plutselige

bruddet med jordmor som hadde fulgt dem opp i svangerskapet. Artikkelforfatterne beskriver at i Sverige, som i andre vestlige land, har liggetiden på sykehusene blitt kortet ned, men at det er mangel på oppfølging etter utskrivning fra sykehuset. Dette ble også påpekt av mødrene i undersøkelsen. De var usikre på hvem de kunne kontakte hvis de hadde spørsmål (Barimani, Johansson, Hylander, & Oxelmark, 2014).

I studien til Barimani, Oxelmark, Johansson, Langiuseklöf & Hylander (2014) undersøkes mødres tilfredshet med helsevesenet de to første ukene etter fødsel, samt hyppighet av kontakt med sykehus i den samme tida. Resultatene viser at mødre som opplever en vanskelig fødsel ikke føler seg godt nok ivaretatt. Det samme gjelder for mødre som har dårlig evne til å identifisere mestringsstrategier for å håndtere stress. Det var disse gruppene som hyppigst oppsøkte sykehus i perioden to uker etter fødsel. Studien viser at til tross for at familiene får et hjemmebesøk innen en uke etter fødsel, så føler mødrene at de ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Dette gjelder spesielt deres egen fysiske og psykiske helse. Jordmødrene som følger kvinnene opp i graviditeten blir fremhevet som viktige personer som kan bidra til å gi mødrene god støtte i tida etter fødsel. Dette fordi de har etablert et godt forhold til kvinnen gjennom svangerskapet (Barimani, Oxelmark, Johansson, Langiuseklöf, & Hylander, 2014).

Hensikten med studien til Økland & Hjälmhult (2012) var å undersøke hvordan mødre opplever den første tiden hjemme etter fødsel. De finner at utvikling av kompetanse i morsrollen var viktig, men at mødrene følte de hadde for lite informasjon om barseltida og hva som var normalt angående både seg selv og barnet. Studien viser også at overgangsfasen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten var problematisk ettersom mange mødre følte seg overlatt til seg selv. Det påpekes at i dagens elektroniske samfunn burde informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune være uproblematisk, slik at helseøstre, evt jordmødre, har mulighet til å ta tidlig kontakt med mødrene. Spesielt kompetanseutvikling angående amming var sentralt

for mødrene fordi det var knyttet mye sårbarhet og morsfølelse til å mestre dette (Økland & Hjälmhult, 2012).

Hensikten med studien til Aaserud, Tveiten og Gjerlaug (2016) var å belyse kvinners erfaringer og opplevelser av hjemmebesøk av kommunalt ansatt jordmor i tidlig barseltid. Flere av informantene uttalte at de i forkant av hjemmebesøket trodde jordmor kom for å kontrollere hjemmet og dem som foreldre, men i etterkant var de svært fornøyde. De understreket viktigheten av å få svar på spørsmål de hadde, samt få informasjon og veiledning fra jordmor. Flere av informantene sa at det var lett å åpne seg for jordmor ettersom de kjente henne godt fra svangerskapskontrollene. Spesielt det å snakke om fødselsopplevelsen var viktig for mødrene. Studien viser at det å kunne imøtekomme barnets behov, kunne bidra til at kvinnene følte mestring. Da mødrene var trygge på at alle forhold rundt barnet var ivaretatt, kunne hun slappe av og tenke på seg selv og sine behov. Forfatterne tar opp viktigheten av et godt samarbeid mellom helsesøster og jordmor. De viser til at de har mye kompetanse på de samme områdene, og at begge jobber med et helsefremmende fokus. Det er likevel noen forskjeller som gjør at de utfyller hverandre godt. Det pekes på at jordmødre har mye kunnskap om kvinnehelse, svangerskap og fødsel, mens helsesøster har mye kunnskap om barnet og familien. Et bedre samarbeid og forståelse mellom helsesøstre og jordmødre kan bidra til en barselomsorg som er bedre tilpasset kvinnen og familiens behov (Aaserud, Tveiten, & Gjerlaug, 2016).

Vik, Aas, Willumsen & Hafting (2009) finner i sin studie at helsesøstre var av den oppfattelsen at helsefremmende og forebyggende arbeid var en viktig del av yrkesutøvelsen, men ikke alltid like lett å ivareta når det gjaldt psykiske helse grunnet mangel på kunnskap og verktøy. Innføringen av EPDS hadde gitt dem et godt verktøy for å ivareta det forebyggende og helsefremmende perspektivet i utøvelsen. Det beskrives at psykisk helse ikke nødvendigvis et område helsesøstre har så mye kunnskap om som andre tema som omhandler konkrete oppgaver i barselomsorgen (Vik et al., 2009).

Tani & Castagna (2017) så på betydningen av i sosial støtte i svangerskapet i forhold til



utvikling av barseldepresjon. De fant at sosial støtte i svangerskapet var en beskyttende faktor i opplevelsen av fødsel, både i forhold til lengde og redusert medikamentbruk. De fant også at den idylliserte oppfatningen av morsrollen og barseltida kunne føre til stress hos mødre, og i verste fall at mødre ikke rapporterte at de hadde utfordringer slik at de kunne få hjelp. De konkluderer med at barselomsorgen må ha større fokus på å ivareta kvinnens totale behov for omsorg, både medisinsk, sosialt og psykisk (Tani & Castagna, 2017).

Hensikten med studien til Razurel, Buchon- Schweitzer, Dupanloup, Irion & Epiney (2011) var å identifisere stressorer i barseltida, samt se på hvordan sosial støtte og mestringsstrategier spilte inn i håndteringen av stressorene. Sosial støtte fra deres nærmeste og fra helsepersonell har en beskyttende effekt på mødrenes oppfatning av deres velvære, både fysisk og psykisk. Mødrene etterspurte informasjon om barseltida, men oppga at det var for tidlig å gi denne informasjonen på fødselsforberedende kurs ettersom deres fokus da var rettet mot fødselen (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011).

Wynter, Rowe, Burns & Fisher (2015) gjennomførte en studie blant helsesøstre i Australia der de undersøkte hva de oppfattet som risikofaktorer for å utvikle dårlig psykisk helse i etterkant av fødsel. Helsesøstrene oppga manglende sosial støtte og manglende kunnskap om morsrollen som de to viktigste årsakene til dårlig psykisk helse hos mor. Studien viser at det er behov for bedre oppfølging av mødre i barseltida. De ønsker et mer helsefremmende perspektiv på barseltida, i tillegg til screening og behandling av psykisk sykdom (Wynter, Rowe, Burns, & Fisher, 2015).

## 1.6 Helsesøstertjenesten i Norge

Første gang kommunene ble pålagt å tilby forebyggende helsearbeid i form av helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste, var da Kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft 01.01.84. Siden da har helsesøstertjenesten utviklet seg mye, og helsesøstre har stadig fått nye arbeidsoppgaver. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er et lovpålagt tilbud til barn og unge mellom 0 og 20 år. «Forskrift om kommunenes helsefremmende

og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (2003), i tillegg til faglige retningslinjer, legger føringer for helsesøsters arbeidsoppgaver. Helsesøster på helsestasjonen jobber med barn i aldersgruppa 0-5 år og deres familier.

Helsestasjonsprogrammet bygger på kunnskapsbaserte erfaringer og er anbefalt i veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450. Programmet inneholder oversikt over alle anbefalte konsultasjoner i helsestasjonen, totalt 14 konsultasjoner (Misvær & Lagerløv, 2013). I 2014 kom retningslinjer for barselomsorgen: "Nytt liv og trygg barseltid for familien». Retningslinjen beskriver anbefalinger av tiltak og effekten av disse for friske barselkvinner og barn født til termin. Videre sier den noe om den grunnleggende omsorgen og oppfølgingen av barselkvinner og nyfødte barn. Dokumentet omfatter i alt 41 anbefalinger om spedbarnet, moren og familien. Målene med retningslinjen er faglig forsvarlig barselomsorg, helhetlige pasientforløp, riktig prioritering, tilstrekkelig kvalitet på barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014). Helsestasjonstjenesten skal være et likeverdig tilbud til hele befolkningen. Tilbudet bør tilpasses den enkeltes behov og forutsetninger. Det innebærer å ta hensyn til forskjeller i språk, kultur og utvikling (Helsedirektoratet, 2017). Likeverdige tjenester er ikke ensbetydende med like tjenester. Dersom alle behandles likt, vil dette føre til at noen grupper får et dårligere tilbud enn de har behov for (Helsedirektoratet, 2014).

### **1.7 Hjemmebesøket**

De nye retningslinjene legger opp til hjemmebesøk av både jordmor og helsesøster (Helsedirektoratet, 2014). Arbeidsformen med hjemmebesøk omtales som krevende, men har sine fordeler. Det å møte familien i deres hjem gir et godt grunnlag for det videre samarbeidet (Misvær & Lagerløv, 2013). Målet med hjemmebesøket er å bli kjent med barnet og familien, samt tilby råd og veiledning etter behov. Konsultasjonen skal likevel alltid ta utgangspunkt i foreldrenes ønsker og behov. Listen over momenter som bør tas opp under hjemmebesøket er derfor kun retningsgivende (Misvær & Lagerløv, 2013). Retningslinjene for barselomsorgen (2014) understreker at hjemmebesøk er praktisk for foreldrene, som slipper å stresse av gårde til helsestasjonen før de er blitt fortrolige med hjemmesituasjonen med amming og stell av barnet. Retningslinjene gir også anbefaling om at man har med skriftlig informasjon i form av brosjyrer som utdyper de tema

helsesøster tar opp. Om man ikke rekker å gå gjennom disse, kan de legges igjen slik at foreldrene kan sette seg inn i dem når de har mulighet. Hjemmebesøket er berammet til en time. I løpet av den timen listes det opp tema helsesøster bør berøre:

Helsestasjonstilbudet, samspill, søvn, ernæring, familisituasjon (herunder mors psykiske og fysiske helse), helseopplysning, samt vekt og hodeomkrets (ibid).

Olesen (2004) beskriver at helsesøster er formidler mellom faglighet og hverdagsliv. Det innebærer at hun bruker fagkunnskap, egne erfaringer og vurderinger i sin utførelse av yrket, i tillegg til at hennes relasjonelle og emosjonelle kompetanse har betydning for hennes formidlingspraksis. Helsesøsters faglige erfaring innebærer hva og hvordan hun formidler til hvem, mens hennes personlige erfaring har med hennes livshistorie å gjøre, som inngår som et mer eller mindre bevisst grunnlag for de vurderinger og initiativer hun foretar (ibid). Man har med seg ei livserfaring når man går inn i yrket som preger en bevisst eller ubevisst.

## 1.8 Foreldrerollen

Det å bli foreldre er for mange utfordrende. Man har ulik erfaring og trygghet, og forventningene til foreldrerollen kan føre til en følelse av utilstrekkelighet. Spesielt tida etter hjemreise fra sykehuset kan oppleves som krevende for nye foreldre (Helsedirektoratet, 2014). Foreldrenes måte å møte barnet på og å vise omsorg på er like viktig som at de ser og oppfyller barnets grunnleggende behov. Barnet har behov for å bli møtt med signaler på aksept og bekreftelse. Kvaliteten i samspillet med barnet er avhengig av foreldrenes sensitivitet og evne til å regulere følelser. For å kunne gi emosjonell støtte og omsorg til barnet, har foreldrene det samme behovet (Helsedirektoratet, 2014). Gjennom livserfaring og egne erfaringer fra barndommen skapes grunnlaget for hvordan en selv opplever å bli forelder. Verdier og holdninger fra egen barndom kan videreføres eller forkastes, alt etter hvilken innvirkning de har hatt (Misvær & Lagerløv, 2013). I dag velger par i større grad når og om de vil ha barn. Det gjør til at de stiller høyere krav til seg selv i foreldrerollen, og det blir lite rom for negative følelser (Misvær & Lagerløv, 2013). Måten forandringer møtes og takles på, avhenger ofte av hvilke forventninger en har. Her kan det oppstå et misforhold med

forventninger som ikke oppfylles. Det er forventninger om at foreldre i dag skal strekke til på alle områder som de mestret før de fikk barn, noe som kan føre til stress og negative tanker. Dersom helsesøster er oppmerksom på dette, kan hun gi informasjon og veiledning slik at forventningene kan justeres og tilpasses den enkelte familie.

### **1.9 Barseltid**

Graviditet, fødsel og barseltid medfører store endringer i en kvinnes liv. Man går fra å være noens datter til å bli noens mor. Både under graviditeten og i de første ukene etter fødselen er psyken mer mottakelig og fleksibel, men det innebærer også at man er mer sårbar (Eberhard- Gran & Slinning, 2007). Mange kjenner på at de er følelsesmessige labile, nedstemte og urolige i denne perioden. Flere faktorer er med på å avgjøre hvor smidig tilpasningen til den nye livssituasjonen går. Det handler blant annet om foreldrenes evne til å støtte hverandre, samt i hvilken grad de selv tilpasser seg sin nye rolle. Andre momenter i hverdagen som kan bidra til stress i barseltida er sosial isolering, økonomiske problemer, en uventet hard fødsel eller andre uventede momenter som blir en belastning (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). En vanlig velkjent følelsesmessig reaksjon i etterkant av fødsel er barseltårer. Barseltårer er en tilstand der nybakte mødre blir lett beveget og gråter lett. Man går ut fra at barseltårer er hormonelt betinget, og tilstanden har en varighet på to til tre døgn. Denne tilstanden er veldig vanlig og rammer 50- 80 % av nybakte mødre (Slinning & Eberhard- Gran, 2010, s. 330). Det er viktig at mor får informasjon av jordmor om at dette kan inntreffe noen dager etter fødsel slik at hun er forberedt. Å snakke om mors psykiske helse er en del av agendaen på hjemmebesøket. Samtalen helsesøster skal ha med den nybakte mor, kan vise seg å være utfordrende for begge parter. For den nybakte mor kan det være vanskelig å skulle snakke om noe så personlig som sin egen psykiske helse. For helsesøster kan det være utfordrende å ta initiativ til å starte denne samtalen.

### **1.10 Tilknytning**

Det nyfødte barnet lagrer fra første stund erfaringer fra det nære samspillet, og disse erfaringene settes sammen til indre modeller om seg selv og den nære voksne (Grøholt,

Sommerschild, & Garløv, 2008). Dette innebærer at barnets oppfatning av seg selv som verdifull og kompetent har sammenheng med at moren er emosjonelt tilgjengelig og har positive holdninger til aktivitet og utforskning. Dersom moren ikke har disse egenskapene, men opptrer avvisende eller likegyldig, utvikler barnet en negativ selvbylde med liten tro på seg selv (ibid). Dersom mor ikke har kunnskap om hvorfor det er viktig å stimulere barnet, kan de stå i fare for å få ei dårlig tilknytning. Det samme kan skje dersom mor har tanker og bekymringer som tar fokuset bort fra barnet. Helsepersonell som følger opp har mulighet til å bidra til at mor føler seg trygg på å snakke om ting som oppleves utfordrende, slik at mor opplever mestring i morsrollen.

### **1.11 Vurderingsskalaen EPDS**

EPDS, Edinburgh postnatal depression scale er en skala for å identifisere depressive symptomer hos kvinner som nylig har født, herunder å identifisere og hjelpe sped- og småbarn i sårbare omsorgssituasjoner. EPDS er et skjema som består av ti spørsmål om hvordan kvinnen har følt seg de siste syv dagene. Hvert spørsmål har fire svaralternativer, og kvinnen bes streke under det alternativet som passer best. Svarene rangeres på en skala fra null til tre. Deretter summeres alle svarene og man sitter igjen med en totalscore på mellom null og tretti, der høy score indikerer depresjon. EPDS er oversatt til 57 språk og brukes over hele verden (Cox, Holden, & Henshaw, 2014)

## **2.0 Teoretisk utgangspunkt**

For å belyse problemstillinga, tar jeg i det følgende opp momenter som jeg tenker å benytte videre i drøftingen av resultatene.

### **2.1 Helsefremmende arbeid**

Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet (Rannestad & Haugan, 2014, s. 15).

Mens forebyggende helsearbeid har som formål å forhindre sykdom, har helsefremmende arbeid fokus på å styrke folks helse. Sentralt i den helsefremmende ideologien er Ottowacharteret som ble utformet i 1986. Charteret legger vekt på at helse er et positivt begrep som omfatter personlige og sosiale ressurser, samt fysisk yteevne (Tegnander & Brunstad, 2010). I motsetning til den mer ekspertstyrte måten å drive helseforebyggende arbeid på, er helsefremmende arbeid bygget på en likeverdig relasjon mellom gir og den som mottar tjenesten. I helsesøstersammenheng innebærer dette at man ikke ser på foreldre som passive mottakere av informasjon, men som aktive mottakere som vet hva som er best for deres barns trivsel og helse. Helsesøster skal veilede fremfor å være en rådgiver. Dette innebærer at helseopplysninger blir gitt på en slik måte at foreldre opplever mestring i foreldrerollen (Glavin & Kvarme, 2003) Helsefremmende tiltak kan bidra til god fysisk og psykisk helse og mestring av motgang og belastninger. (Helsedirektoratet, 2014). (ibid). En omsorgsfull og helsefremmende tilnærming til pasienter må basere seg på en tenkning om at mennesket er en helhetlig enhet, hvor de ulike dimensjonene, fysisk, psykisk, sosialt og åndelig, er knyttet til hverandre (André, 2017)

### **2.1.1 Helsefremmende barselomsorg**

Trygghet i barseltida for foreldre er nært knyttet opp mot en forutsigbar og sammenhengende helsetjeneste (Aune og Olufsen, 2014, s. 166). Kort liggetid på sykehus i etterkant av fødsel fordrer en kommunehelsetjeneste som står klar til å ivareta barselkvinnen i det hun skrives ut. Det blir et tidsrom med usikkerhet fra barselkvinnen skrives ut fra sykehus frem til helsestasjonen tar kontakt for å avtale hjemmebesøk. Den manglende oppfølgingen i dette tidsrommet kan føre til økt usikkerhet hos mor og ubesvarte spørsmål rundt omsorgen av barnet (Aune og Olufsen, 2014, s 166). I retningslinjene for barselomsorgen (2014) gis jordmor en sentral rolle i oppfølgingen de første dagene etter fødsel. Man har gode erfaringer fra steder som har prøvd ut et slikt tilbud. Aaserud, Tveiten og Gjerlaug (2016) finner at hjemmebesøk av kommunalt ansatt jordmor kan gjøre til at kvinnene opplever mestring i sin nye livssituasjon. Tveiten (2007a) viser til to grunnleggende prinsipper i det helsefremmende arbeidet. Det ene er synet på brukeren som ekspert på seg selv, det andre er vektleggingen på brukerens

medvirkning. Disse prinsippene er nært knyttet opp mot empowerment og til veiledning som metode i empowermentprosessen (ibid).

## 2.2 Empowerment

Begrepet empowerment er sentralt i helsefremmende arbeid. Det omhandler at det enkelte individ og befolkningen som helhet må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsa, samt delta aktivt for å oppnå et sunnere samfunn.

Empowermenttenkningen innebærer en omfordeling av makt, fra fagfolk til bruker, og er et slags motsvar til det paternalistiske synet på brukeren (Tveiten, 2007a). Dette fordrer at bruker er i stand til å medvirke. Det kan være et spørsmål om bruker forstår empowermenttenkningen, eller om bruker ønsker å være delaktig i avgjørelser rundt egen helse. Empowermentprosessen stiller flere krav til helsepersonell. Et moment er at helsepersonellet må være villig til å oppgi sitt kontrollbehov. Videre må helsepersonellet akseptere at brukerens avgjørelse ikke alltid vil være i overensstemmelse med det de selv ville valgt (Tveiten, 2007a). I helsesøstersammenheng innebærer dette at man ikke ser på foreldre som passive mottakere av informasjon, men som aktive mottakere som vet hva som er best for deres barns trivsel og helse. Helsesøster skal veilede fremfor å være en rådgiver. Dette innebærer at helseopplysninger blir gitt på en slik måte at foreldre opplever mestring i foreldrerollen (Glavin & Kvarme, 2003).

## 2.3 Salutogenese

I salutogen forståelse har helse med holdningen til livet å gjøre; holdninger til å takle stress og uventede forhold (Antonovsky, 2012). Antonovsky kaller denne holdningen for «opplevelse av sammenheng» (OAS). De tre kjernekomponentene i OAS er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Å ha en sterk OAS er å være motivert for å håndtere stressende situasjoner, ha tro på at man forstår situasjonen og har ressurser tilgjengelig (ibid). Grunnlaget for OAS legges allerede i spedbarnsalderen gjennom nære og trygge relasjoner til omsorgspersonene. Antonovsky hevder at jo sterkere foreldrenes OAS er, desto større er sannsynligheten for at de vil forme barnets livsopplevelser slik at

det går i samme retning (Antonovsky, 2012). Det som er avgjørende for å ha en sterk OAS, er at det finnes områder i livet som er viktige for personen.

Mange ting kan skape stress for familien etter fødsel, slik som mangel på søvn, ammeproblemer, humørsvingninger og barnegråt (Aune & Olufsen, 2014). Antonovsky (2012) beskriver endringer i livet etter fødsel som en stressende livsbegivenhet. Det er personens OAS- nivå som bestemmer om utfallet blir skadelig, nøytralt eller helsebringende (Antonovsky, 2012). Med en salutogen tilnærming til barselkvinnen, har helsesøster mulighet til å kartlegge hennes opplevelse av sammenheng, samt å gi støtte slik at hun opplever mestring i sin rolle som mor.

Eriksson & Lindström (2010) har videreutviklet Antonovskys tanker om ei helseelv som beskriver sammenhengen mellom salutogen helsetenking og vanlig sykdomstenkning (Espnes & Lindström, 2014). Øverst i fossen finner man helsefremming og i rekkefølge nedenfra og oppover i fossen finner man terapi og behandling, beskyttelse og forebygging, helseundervisning og på toppen helsefremming. Helseelva er et bilde på at alle er født inn i et liv som er grunnlaget for vår utvikling. Elva har stryk og stille farvann, noe som indikerer at man møter både med- og motgang. Både menneskene i elven og elven selv er som livet, fylt med både risiko og ressurser. Hvordan hvert enkelt liv blir avhenger av orienteringen til de ressursene en har, hva vi har lært om å takle utfordringer gjennom tidligere erfaringer og evnen en har til å bruke dem (ibid). I den helsefremmende tilnærmingen fokuserer man på å finne ressurser og man er opptatt av velvære, trivsel og livskvalitet.

Antonovsky fremhever i en artikkel at den største feilen på feltet helsefremmende arbeid er at det mangler teori. Han foreslår å bruke salutogenesen som teori, men mener at andre forskere må teste den ut før man kan ta den inn som fullverdig teori (Antonovsky, 1996).

## 2.4 Veiledning

Veiledning er en pedagogisk metode som søker å bidra til at det enkelte mennesket blir bevisst sin styrke (Tveiten, 2007a). Veiledning er en prosess, som innebærer at den er



avgrenset i tid. Prosessen er pedagogisk, formell og relasjonell. Dette vil si at veiledningen skal ha elementer av bevisstgjøring eller læring i seg, den er styrt av lover og regler og at relasjonen er viktig i veiledning. Veiledning kan sette bruker i stand til å mestre, dette er også målet for veiledningen (s. 177). Med bakgrunn i helsesøsters veiledningsfunksjon, er det den subjektive opplevelsen som er viktig, og tanken om at brukeren er ekspert på seg selv. Helse kan knyttes til livskvalitet, som baserer seg på den enkeltes tanker om hva som gjør livet godt å leve, om erfaringer i eget liv og subjektive vurderinger (Tveiten, 2007b).

## 2.5 Tverrfaglig samarbeid

St.meld. nr. 12 (2008-2009) "*En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*" skapte ei forventning om at barselomsorgen skulle styrkes. St. mld.nr 12 peker på fem innsatsområder: en helhetlig svangerskapsomsorg, et trygt fødetilbud, et familievennlig barseltilbud, kvalitet i alle ledd og et bredt brukerperspektiv (Mld. St. 12, 2008-2009). I etterkant av dette utkom "Et trygt fødetilbud; kvalitetskrav til fødselsomsorgen" (2010) og "Nytt liv og trygg barseltid for familien- nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen" (2014). Begge disse dokumentene legger opp til tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Aune og Olufsen (2014) påpeker at ved å tilby relasjonell kontinuitet til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid vil det skapes større forutsigbarhet i en viktig fase i livet. Det innebærer at det er de samme jordmødrene og helsesøstre som følger opp familien. Det vises også til den norske undersøkelsen om brukererfaringer med svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen (Sjetne et al., 2013) som viser at kvinner opplever omsorgen i denne tida som fragmentert, og ønsker en større helhet og mer sammenheng. Samarbeid mellom jordmor og helsesøster vil føre til en helhetlig vurdering, faglig støtte, økt kompetanse, effektiv ressursutnyttelse og tidligere og bedre hjelp til utsatte grupper (Glavin & Erdal, 2013). Mangel på samhandling vanskeliggjør en helsefremmende tilnærming.

## 3.0 Metode

I dette kapitlet presenteres metodevalg og begrunnelse for dette. Deretter beskrives vitenskapsteoretisk forankring som bakgrunn for valg av metode, etterfulgt av min forforståelse, presentasjon av forskningsprosessen og til slutt metodekvalitet og etiske overveielser.

### 3.1 Valg av metode

For å svare best mulig på problemstillinga har jeg valgt en kvalitativ metode, da det egner seg godt for å få en dypere forståelse av det jeg tenker å undersøke. Malterud (2011) skriver at forskeren må ta stilling til hvilken form for datainnsamling som vil gi data som er mest mulig relevant for problemstillingen. Ettersom jeg er interessert i erfaringer, har jeg valgt å gjøre intervju.

#### 3.1.1. Vitenskapsteoretisk forankring

I en kvalitativ studie gjør forskeren bruk av både beskrivelser og tolkninger, det er ikke mulig å bare gjøre bruk av en av delene. Enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser (Malterud, 2011). Denne studien baserer seg på å tolke menneskelig mening, samtidig som intensjonen er å representere informantenes stemme så lojalt som mulig. Dette innebærer at forsker må legge mye arbeid i å skape en tillitsfull ramme for utveksling av kunnskap og utvikling av data (Malterud, 2011). I min fortolkning er det viktig å se helheten, men samtidig se på de ulike delene som danner helheten.

Den filosofiske hermeneutikk omhandler forståelsen slik den utfolder seg i hele spekteret av menneskelig omgang med verden. Den undersøker hva som alltid skjer når vi fortolker og forstår (Gulddal & Møller, 1999). Vi er tvunget til å forsøke å forstå våre omgivelser, vår historie, våre medmennesker. Evnen til å forstå er ikke noe som kommer av seg selv, men kan læres, trenes og utvikles. I den moderne hermeneutikk handler det om å forholde seg til en sak på en passende måte. Hermeneutikken forsøker å redegjøre for evne til

riktig forståelse og fortolkning. Den søker å besvare spørsmålet om hvordan vi utvinner mening av de livsytringer som omgir oss (ibid). Et av de grunnleggende elementene i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel. Den innebærer at man forstår delene ut fra den helhet de inngår i, mens helheten omvendt forstås ut fra delene. Den hermeneutiske sirkel gjør spørsmålet om mening til et spørsmål om den sammenheng de enkelte elementer danner. Betydningen av ordene i vårt ordforråd kan kun forstås ut fra den sammenheng de er sagt. Samtidig kan også forståelsen av helheten kun forstås av enkeltdelene. Fortolkeren må derfor være innstilt på å justere sin oppfatning av helheten i lys av nye iakttagelser som fremkommer underveis (ibid). Gadamer (sitert av Gulddal & Møller, 1999) søker å vise at fordommer nødvendigvis ikke er noe negativt og at fortolkeren i virkeligheten aldri kan sette sine fordommer ut av spill. Gjennom en hermeneutisk sirkel går man inn med sin forforståelse, som endres og tilpasses i lys av de nye erfaringene man gjør seg. Forforståelsen løftes deretter opp igjen. Gadamer (ibid.) sier at det handler om å perfektionere sin forståelse og å redusere fordommens truende vilkårlighet. Å skrive inspirert av hermeneutisk tilnærming innebærer i følge Gadamer (sitert av Gulddal & Møller, 1999, s. 36) at forskerens horisont smelter sammen med verdenen til de mennesker som blir intervjuet. Dette gjør at forskeren får en ny horisont og nye spørsmål å stille til den studerte virkeligheten.

### 3.2 Forforståelse

Interessen for mors psykiske helse fikk jeg i første praksisperiode. Det viste seg da jeg var i praksis under helsesøsterutdanninga at helsesøstrene hadde ulik måte å tilnærme seg temaet, og at utfylling av registreringskjemaet EPDS ofte ble stående litt alene uten at det ble snakket om psykisk helse. Utfyllingen av skjemaet var ofte på 6- uerskontrollen, noe som fikk meg til å tenke gjennom når man burde ta opp dette temaet med mor for å gi henne best mulig forutsetninger for å mestre denne sårbare tida. Forforståelsen kan fungere som en styrke til prosjektet, men kan også bli en tung bær hvis alt handler om det vi har med oss og man ikke ser det som er langs veien. Det er naivt å fornekte sin egen rolle og innbille seg at som forsker er man en usynlig og uvirksom brikke i spillet der materialet produseres (Malterud, 2011). Min arbeidsbakgrunn er hovedsaklig fra skolehelsetjeneste, og har derfor til daglig en viss distanse til oppgavens tema. Jeg har

tidligere jobbet på helsestasjon og har erfaring fra å jobbe med mødre i barseltida. Gadamer beskriver at vår bakgrunnskunnskap gjør at vi har vanskeligheter med å formidle noe helt fordomsfritt. Dette har jeg kjent på flere ganger i denne prosessen, spesielt under intervjuene. I ettertid ser jeg at noen av spørsmålene jeg stilte, kunne oppfattes som ledende. Min forforståelse er med meg gjennom alle fasene av prosjektet, men ved å være bevisst på dette har jeg forsøkt å møte teksten så åpent som mulig ut fra mine forutsetninger. En av fordelene med å forske i eget felt er at jeg kan bruke og forstå terminologier som er spesielt for helsesøsterfaget. Det gjelder spesielt i utarbeidelsen av intervjuguide og i intervjusituasjonen. Man slipper å bruke unødig tid på å forklare ord og begreper når man har samme yrkesbakgrunn som deltakerne i prosjektet. Malterud (2011) beskriver at forskeren i feltarbeidet ikke skal prøve å eliminere seg selv og sin egen rolle, men identifisere sin påvirkning og drøfte betydningen av denne. Først da er det mulig å gå videre i prosessen med bearbeidning av materialet man har skaffet seg og samtidig best mulig ivareta det som ble sagt, hørt og opplevd i intervjusituasjonen (Malterud, 2011).

### **3.3 Rekruttering av deltakere**

For å rekruttere deltakere til min studie har jeg henvendt meg til ledende helsesøster i tre ulike kommuner og presentert prosjektet mitt. Kommunene ble valgt ut fra at jeg hadde kjennskap til ledende helsesøster i de aktuelle kommunene. Dette ble først gjort via e-post der jeg presenterte prosjektet mitt. Jeg fikk god respons, og endte til slutt med seks deltakere fra tre ulike helsestasjoner. Tre av helsesøstrene har jeg en viss kjennskap til og de tre andre var ukjente for meg. Det har derfor vært viktig for meg å tenke nøye gjennom min forforståelse slik at jeg kunne møte de 6 informantene på samme måte. Jeg har ikke hatt andre inkluderingskriterier enn at de må være helsesøstre som jobber med sped- og småbarn i helsestasjonen.

### **3.4 Prøveintervju**

Jeg valgte å ha et prøveintervju med en helsesøsterkollega i forkant av de planlagte

intervjuene. Det valgte jeg å gjøre for å få testet ut spørsmålene i intervjuguiden, som førte til at jeg måtte både endre på og stryke enkelte spørsmål. Dernest var det positivt for min egen del for å se hvordan jeg oppførte meg i en intervjusituasjon. Jeg ble bevisst på en del ting ved min væremåte og min måte å stille spørsmål på som var nyttig å oppdage før jeg gikk i gang. Sist, men ikke minst var det nyttig for å få testet lydopptakeren.

### 3.5 Intervju

Intervjuene ble gjennomført i uke 40-42 (2016) på tre ulike steder i Nordland fylke. Etersom jeg fikk tilskudd fra UiT, valgte jeg å reise rundt for å gjennomføre intervjuene. En av fordelene med intervju ansikt-til-ansikt er at man får mulighet til å etablere en god relasjon til deltakeren slik at intervjuet blir mer åpent og ærlig. En ulempe er at deltakeren kan lukke seg dersom man ikke lykkes i å opprette en trygg relasjon. Kanskje vil deltakeren unnlate å ta opp ting som oppleves ubehagelige. Det var ledende helsesøster som koordinerte intervjuene på to av stedene. Det siste intervjuet avtalte jeg direkte med deltakeren. De fikk selv bestemme tid og sted og samtlige valgte å bli intervjuet på sin arbeidsplass. Forskning viser at miljøet man blir intervjuet i påvirker innholdet. I følge Jacobsen (2003) kalles dette konteksteffekten. Ingen kontekster er nøytrale, men farger intervjuene på sitt vis. Det er viktig å være bevisst på hvordan informasjonen kan ha blitt påvirket av situasjonen (Jacobsen, 2003). I forkant av intervjuet gikk jeg gjennom samtykkeskjemaet sammen med dem og understreket at de på et hvilket som helst tidspunkt kunne velge å trekke seg. Det ble brukt båndopptaker i form av mobiltelefon, noe som fungerte godt. Lydopptak fungerer godt når materialet består av samtaledata, men man går glipp av den nonverbale kommunikasjonen (Malterud, 2011). Alle deltakerne ble informert om at intervjuet kom til å bli slettet så snart materialet var transkribert og anonymisert i det videre arbeidet, samt at ingen andre enn forsker ville komme i kontakt med lyd materialet.

### 3.6 Intervjuguide

Jeg la opp til semistrukturerte intervju med intervjuguide. Dette for å sikre at vi fikk

snakket om de temaene jeg ønsket, samtidig som det var rom for å komme inn på andre ting som deltakerne oppfattet som viktige. Etter hvert som intervjuene ble avholdt kjente jeg at jeg ble mer avslappet, og hadde ikke like stort behov for å se på intervjuguiden som i begynnelsen. Forskerens interesser og egenskaper setter preg på materialet i form av spørsmål som blir stilt, eller unnlatt og stilt, og i form av forskerens respons og måten den gis på (Malterud, 2011). Transkriberingen valgte jeg å gjøre selv for å få god kjennskap til datamaterialet.

### 3.7 Analyse

Studiens analyse er utført gjennom en systematisk tekstkondensering, en analysemetode av Malterud (2011). Analysemetoden egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper (ibid). Metoden består av fire trinn: å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsdannende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og å sammenfatte betydningen av dette.

I første trinn beskriver Malterud (2011) at man skal bli kjent med materialet. For min egen del innebar det å lese gjennom de 50 sidene med transkribert datamateriale for å finne foreløpige temaer. Hvert av de 6 intervjuene ble nøye lest gjennom hver for seg. Med åpent sinn, noterte jeg stikkord for de temaene hvert intervju etterlot meg med. Da alle intervjuene var gjennomlest, ble stikkordene sammenfattet. De foreløpige temaene var

- Første samtale mellom mor og helsesøster
- Erfaring som helsesøster bidrar til trygghet i samtalen
- Kartlegging av forholdene rundt mor
- Tverrfaglig samarbeid for å ivareta mor best mulig
- Informasjon om barseltida
- Å snakke om psykisk helse

I andre trinn ble datamaterialet på nytt lest gjennom for å skape en ny organisering av materialet som skal studeres nærmere. Meningsbærende enheter ble sortert i nye kodegrupper (Malterud, 2011). For å holde orden på materialet, fikk hvert intervju sin tekstfarge. På denne måten ble det lett å holde orden på hvor de ulike tekstdelene, de meningsbærende enhetene, var hentet fra. Det er dette Malterud (2011) kaller for dekontekstualisering. Deler av teksten blir tatt ut av den opprinnelige konteksten og organisert sammen med andre tekststykker som sier noe om det samme, knyttet opp mot problemstillinga (ibid). Et eksempel på en meningsbærende enhet er "Når man får det hjemmebesøket, så får man en ro, man blir kjent med folk på en annen måte. Det er uvurderlig i forhold til kontakten videre". Utsnittet ble organisert under den nye koden "Samtalen i første møte".

I analysens tredje trinn ble de meningsbærende enhetene gjennomgått på nytt i den hensikt å synliggjøre ulike nyanser av innholdet i kodegruppen (Malterud, 2011). Utgangspunktet for dette arbeidet er den enkelte kodegruppen som helhet. Materialet i den enkelte kodegruppe var svært kompleks, det ble derfor opprettet subgrupper etter hvert som materialet ble gjennomgått og nyansene ble klarere. Heretter var subgruppene analyseenheten. Videre ble innholdet i den enkelte subgruppen abstrahert til et kunstig sitat, et kondensat. Kondensatet skal bære med seg innholdet i den enkelte subgruppe, fortrinnsvis slik deltakerne har uttrykt seg (Malterud, 2011).

Et eksempel på et kondensat kan være

Hjemmebesøket er jo det første møtet man har og er uvurderlig i fht kontakten videre. Man får en ro og blir kjent med folk på en annen måte. Det viktigste å ivareta i dette møtet er relasjonen. Jeg tenker at hvis jeg skal være hjelper til noen, så må de ha tillit til meg. Jeg gir rom for at de kan ta opp ting de ønsker først. Det syns jeg er viktig. Man må se hva de har behov for. At man ikke har en plan for det man skal gjennomføre, også ser man forbi det de har behov for å snakke om.

Til slutt i dette analysetrinn ble det valgt ut et direkte sitat fra en av informantene som best mulig representerte innholdet i kondensatet, et gullsitat. Sitatet som ble valgt ut for å sammenfatte innholdet i kondensatet over var "Hvis jeg kjører for fort frem med alt jeg føler at jeg absolutt må gjennom for å sette "check" på lista mi, så har jeg ikke fått gjort det jeg skal i forhold til relasjonen".

I fjerde trinn ble tekstbitene satt sammen igjen i form av beskrivende gjenfortellinger. Med bakgrunn i kondensatene fra forrige analysetrinn, ble det utformet en analytisk tekst for hver kodegruppe. Denne analytiske teksten er en sammenfatning av uttalelser fra deltakerne, og skal i følge Malterud (2011) formidles så lojalt som mulig opp mot deltakernes stemmer. Eksempel på en analytisk tekst:

Alle helsesøstrene snakket om viktigheten av åpenhet, selv om de i varierende grad følte at de selv var det. Ei helsesøster fortalte at hun var overrasket over hvor mye mødre deler med henne i dag sammenlignet med før. Hun tenkte at det handlet om samfunnsendringer, og at helsesøster har fått en tydeligere rolle. Hun understreket at det er viktig at helsesøstre tør å åpne opp for personlige ting. En av de andre helsesøstre mente at dette med å være åpen er personavhengig. Hun hadde merket seg at noen av kollegene hennes vegret seg for å ta opp vanskelige ting. En mente at man må være bevisst på hva man spør mødre om, ettersom det kan legge føringer for hva hun tenker som er akseptert å snakke med helsesøstre om.

Hver kodegruppe fikk et nytt navn, en kategori, som presenteres inngående i resultatdelen. Til slutt ble det opprinnelige datamaterialet gjennomgått for å sjekke ut at delene som var hentet ut i analysen ikke var tatt ut av sin kontekst. Malterud (2011) kaller dette for rekontekstualisering.

Analyseprosessen var en tidkrevende prosess, der materialet ble gjennomlest mange ganger. Nye koder og kategorier ble etablert underveis, som gjorde at jeg måtte gå tilbake i materialet mange ganger for å sikre meg at alt relevant materiale ble inkludert.



Dette er helt i tråd med den hermeneutiske tolkningstradisjonen. Man går inn i prosjektet med en forforståelse, og etterhvert som prosjektet utvikler seg bidrar informantene og materialet til at jeg får ny forståelse. Den transkriberte teksten utgjorde helheten, men i løpet av analyseprosessen ble teksten kategorisert i deler. Forståelsen utvikler seg i det man går frem og tilbake mellom delene og teksten som helhet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Tabellen under viser analysens fire trinn som jeg har gitt ulik farge for å vise hvordan jeg har kommet frem til de ulike kategoriene:

| <u>Trinn 1-</u><br><b>Foreløpige tema</b>               | <u>Trinn 2-</u><br><b>Koding</b>    | <u>Trinn 3-</u><br><b>Subgrupper</b>  | <u>Trinn 4-</u><br><b>Kategorier</b>     |
|---|-------------------------------------|---|--|
| Kartlegging av forholdene rundt mor                     | Kartlegging av forholdene rundt mor | - kartlegging av sosial støtte og stressorer<br><br>- Informasjon om barseltiden<br><br>- tverrfaglig samarbeid til det beste for mor | <b>Å gi mor støtte og trygghet</b>       |
| Tverrfaglig arbeid for å ivareta mor best mulig         |                                     |   |  |
| Informasjon om barseltida                               |                                     |   |  |
| Første samtale mellom mor og helsesøster                | Samtalen i første møte              | - relasjonsbygging<br><br>- helsesøster i første møte med mor   | <b>Samtalen i første møte med mor</b>    |
| Erfaring som helsesøster bidrar til trygghet i samtalen |                                     |   |  |
| Å snakke om mors psykiske helse                         | Psykisk helse som tema i samtalen   | - introduksjon av temaet psykisk helse<br><br>- åpenhet rundt psykisk helse   | <b>Psykisk helse som tema i samtalen</b> |
| Tydelige retningslinjer for hva som skal tas opp        |                                     |   |  |
| Hva åpner helsesøster opp for å snakke om?              |                                     |   |  |

### 3.8 Metodekvalitet

Malterud (2011) understreker at vitenskapelig kunnskap skal være en frukt av systematisk, kritisk refleksjon. Dette innebærer at man skal se på valg av metode med et kritisk blikk. Tre forhold skal diskuteres; refleksivitet, relevans og validitet. Dette for å gi leseren innsikt i de forhold som kunnskapen er utviklet under (ibid).

#### 3.8.1 Refleksivitet

Refleksivitet innebærer at man erkjenner og overveier sitt eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Valg av tema har sammenheng med min faglige bakgrunn og min erfaring som helsesøster. Dette har satt sitt preg på alle sider av oppgaven. Min forforståelse er det gjort rede for tidligere i oppgaven. Utformingen av intervjuguiden tok utgangspunkt i min forforståelse av temaet. Det ble etter hvert nødvendig å skrive ned min forforståelse, slik at den kunne vedkjennes og legges litt til side. Det viste seg i intervjuprosessen at forforståelsen min kom til å prege noen av spørsmålene jeg stilte, ettersom jeg brukte en semistrukturert intervjuguide. Dette var ikke noe jeg tenkte over i intervjusituasjonene, men kom frem under transkriberingen. Kvale og Brinkmand (2009) skriver at det viktigste i en studie ikke er å unngå å stille ledende spørsmål, men å være bevisst på spørsmålets virkning på materialet. Ledende spørsmål kan være en nødvendighet for å verifisere det informanten har uttalt (ibid). En fare med å stille ledende spørsmål, er at informanten kan oppfatte at det ikke er anledning til å ha en annen mening enn det spørsmålet legger opp til. Utvalget av informanter kan også ha hatt betydning for resultatet. Ettersom jeg hadde kjennskap til tre av helsesøstrene, kan dette ha satt sitt preg på svarene de ga. Fordelen med å intervju noen du kjenner, er at man kanskje slapper mer av, men på den andre siden kan dette stille informanten i en vanskelig situasjon i forhold til å uttale seg fritt. Dette stiller krav til meg som forsker, noe jeg var bevisst på i intervjuene.

Analysen ble gjennomført flere ganger ved at materialet ble gjennomgått, lagt til side, for så å gjennomgå det på nytt etter en tid. Dette for å få distanse til materiale slik at nye perspektiver kunne tre frem. Det tas høyde for at enkelte aspekter i informantenes

intervju kan ha forsvunnet til fordel for de temaene jeg anså som relevante. En forsker med en annen fagbakgrunn ville kanskje vektlagt andre sider ved materialet.

I analysen har jeg forsøkt å sikre at informantenes stemmer kan føres tilbake til sin opprinnelige kontekst, uten at meningsinnholdet er endret.

### 3.8.2 Relevans

Ivaretagelse av mors psykiske helse i barseltida er et tema som det etter hvert har kommet mye forskning på, men forskningen som eksisterer har ofte et sykdomsforebyggende syn på temaet, ofte i forhold til forebygging av barseldepresjon. Dette kan ha sammenheng med at kartleggingsverktøyet EPDS har vært gjenstand for debatt siden det først ble tatt i bruk i Norge. Denne studien har et helsefremmende syn som søker å finne ut hva helsesøstre er opptatt av i ivaretagelse av barselkvinnen. Resultatene bekrefter funn som tidligere har vært gjort, og kommer med noen momenter som kan være gjenstand for debatt. Det helsefremmende synet på barselkvinnen er kanskje sterkere i denne studien sammenlignet med andre studier. Selv om et av poengene ikke var å fokusere på EPDS, viste det seg at samtlige informanter hadde mange tanker om verktøyet i forhold til å snakke om psykisk helse. Det ville vært illojalt ovenfor datamaterialet og informantene å overse deres tanker om temaet.

Relevans handler også om at man må sjekke kontinuerlig gjennom prosessen at man måler det man har sagt at man skal måle (Malterud, 2011). Problemstillingen har hele tiden vært førende for det jeg har funnet i datamaterialet, og temaene som ble valgt ut til drøftingen. Gjennom hele prosjektet har jeg gjennomført søk i ulike vitenskapelige databaser for å sikre at jeg har fått med den nyeste og mest relevante forskningen på feltet.

Til tross for at dette er en liten studie med bare 5 deltakere, vil jeg hevde at den kan bidra til debatt av et tema som oppleves utfordrende for mange å samtale om. Bruken av EPDS som en inngang til samtale om psykisk helse, er kanskje en annen funksjon enn den opprinnelige som er kartlegging av kvinner som står i fare for å utvikle barseldepresjon. Det tydelige budskapet fra helsesøstrene om klarere retningslinjer for hva man konkret

skal ta opp i samtalen om psykisk helse, kan også være gjenstand for debatt i helsesøstermiljøet, og andre miljø som benytter metoden. Til tross for at studien er av og med helsesøstre, tenker jeg at den har relevans for andre yrkesgrupper med samme målgruppe. Barselomsorgen skal være et samarbeid mellom helsesøster, jordmor, fysioterapeut og lege.

### **3.8.3 Validitet**

Validitet innebærer å ha en formening om overførbarheten resultatene i studien har, samt hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om (Malterud, 2011).

Problemstillingen har vært styrende for metodevalg, og har vært aktivt brukt i alle deler av oppgaven. Det er gjort nøye rede for alle ledd i prosessen, fra anskaffelse av informanter til drøfting av resultat. Stegene i analysen er nøye beskrevet, både i tekst og tabell for å gi ei ryddig fremstilling av prosessen med å komme frem til resultatene.

Samtykkeskjema, intervjuguide og svar fra NSD er lagt ved i form av vedlegg. NSD står for Norsk senter for forskningsdata og har en egen seksjon for personvern som behandler prosjektsøknader og gir råd om personvern til forskere og studenter (NSD, 2017).

Denne studien er mest relevant for de nordiske landene, og kanskje først og fremst i Norge. Dette fordi barselomsorgen har ulike retningslinjer å forholde seg til. Tidspunktet for studien er også gunstig ettersom helsesøstre har hatt en tid å jobbe etter retningslinjene for barselomsorgen.

Enkelte informanter har gitt rikere bidrag til prosjektet i form av gode, grundige beskrivelser, noe som kan ha innvirkning på resultatene. Det er forskjell på kunnskap som har røtter inn i store deler av materialet, og kunnskap som i all hovedsak stammer fra en enkelt (Malterud, 2011)

### **3.9 Etske overveielser**

I 1964 utformet Verdens legeförening Helsinkideklarasjonen for å beskytte forskningsobjektets helse og rettigheter (Førde, 2014). Det informerte samtykket står særlig sterkt i deklarasjonen, men den slår også fast at det etiske ansvaret uansett ligger

hos den ansvarlige forskeren (ibid.). Det understrekes av Malterud (2011) at deltakeren skal kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om vedkommende ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke. Dette ble i min studie ivaretatt i form av informasjon som ble sendt ut sammen med skjema om samtykke i forkant av intervjuet (vedlegg 2 og 3). Informasjonen omfattet tema for studien, hvordan intervjuet ville foregå og at intervjuene ville bli transkribert så fort som mulig og deretter slettet. De fikk også informasjon om at studien var frivillig og at de når som helst kunne trekke sitt samtykke. Det skal sies at denne informasjonen kun var sendt til ledende helsesøster i to av kommune, det kan derfor være en mulighet for at informantene opplevde et press for å delta. I følge Kvale og Brinkmand (2009) kan samtykke fra en overordnet innebære at det legges større eller mindre press på de underordnede om å delta. Skjema for samtykke var vedlagt og ble samlet inn da intervjuet fant sted. Den samme informasjonen ble gjentatt muntlig for alle informantene. Datamaterialet ble oppbevart på et sikkert sted, og lydopptakene ble slettet så snart transkriberingen var foretatt (Kvale & Brinkmann 2009). Informantenes navn fremkom kun i oppbevaringen av lydfile. I transkriberingsprosessen ble informantene gitt hver sin farge, deres navn eksisterte ikke i datamaterialet. I oppgaven er informantene referert til som *informant* eller *helsesøster*

Malterud (2011) påpeker at Helsinkideklarasjonen kun omfatter studier på pasienter, og gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell som utforskes. Det innebærer at forsker må bruke sitt beste skjønn for å utøve en ansvarlig forskningsetikk (ibid.). I denne studien er det vurdert at risikoen for skade for deltakeren utlignes av potensielle fordeler for deltakeren og betydningen av den oppnådde kunnskap. Det er gjengitt direkte sitater i oppgaven, men det er gjort i den tro at sitatene ikke kan føres tilbake til personene som ble intervjuet.

## 4.0 Presentasjon av resultatene fra analysen

I denne delen følger en kort presentasjon av resultatene fra analysen, organisert i tre

kategorier med tilhørende subgrupper. Etter omtalen av hver subgruppe følger gullsitatet, hentet fra trinn 3 i analysen. Resultatene blir drøftet i kapittel 5.

Kategori 1: Å gi mor støtte og trygghet

Subgruppe I: Kartlegging av sosial støtte og stressorer

Subgruppe II: Informasjon om barseltiden

Subgruppe III: Tverrfaglig samarbeid til det beste for mor

Kategori 2: Samtalen i første møte med mor

Subgruppe I: Relasjonsbygging

Subgruppe II: Helsesøster i første møte med mor

Kategori 3: Psykisk helse som tema i samtalen

Subgruppe I: Introduksjon av temaet psykisk helse

Subgruppe II: Åpenhet rundt psykisk helse

## **4.1 Å gi mor støtte og trygghet**

Denne kategorien representerer informantenes omsorg for ulike områder av barselkvinnens situasjon. Å gi mor støtte og trygghet var viktig for å gi henne mestringsfølelse i sin rolle som mor.

### **4.1.1 Kartlegging av sosial støtte og stressorer**

Alle helsesøstrene var opptatt av å kartlegge det sosiale nettverket rundt mor. De anså det som viktig at mor hadde god støtte i tida etter fødsel ettersom man vet at dette er en sårbar tid for barselkvinnen. Partnerstøtte hadde stor betydning i det daglige, at mødrene hadde noen å dele tankene og utfordringene med. Praktisk hjelp var også noe som ble nevnt i forbindelse med partnerstøtte. Støtte fra familie og venner ble også tatt opp som viktig. Det ble påpekt at ikke alle mødre nødvendigvis hadde en familie som stilte opp for dem selv om de geografisk sett var nær, og at det var viktig å ikke ta dette for gitt. Det ble nevnt at ettersom vi lever i en digital tidsalder, har man mulighet til en viss nærhet til familie selv om man ikke bor på samme sted. Skype og Facetime ble nevnt som viktige kommunikasjonsverktøy.

Studenter og asylsøkere ble tatt opp som sårbare grupper i forhold til sosial støtte ettersom de ofte kom alene flyttende til kommunen. Flere av informantene sa at helsesøster spiller en viktig rolle når det gjelder å bidra til nettverksbygging for disse gruppene. Det kunne eksempelvis være å tipse om tilbudet "Åpen barnehage", "babysang" eller andre nettverksskapende tilbud.

En av helsesøstrene fortalte:

Jeg har tre utenlandske mødre, europeiske, som har funnet hverandre i "Åpen barnehage". Og det er fantastisk å se; i fra å ikke kjenne noen, fra å være alene med barnet- til å komme inn her og nå møtes de hver uke, og gjerne utenom. De blir jo kjent med flere og flere, for når de først har noen å snakke med, så er det lettere å utvide nettverket.

En annen informant sa at det å kartlegge mulige stressorer i livet til barselkvinnen var av stor betydning. Det kunne oppleves utfordrende og ensomt for barselkvinner å være alene med omsorgen for barnet i lange perioder. Det var ofte tilfelle i familier der far jobbet på båt, noe som innebar at han kunne være borte i ukesveis. Dette var igjen noe som kunne spille inn på den psykiske helsa i forhold til mestring av situasjonen. Andre stressorer som kunne påvirke barselkvinnen var boforhold, sykdom i nær familie og økonomi. En av helsesøstrene uttalte:

Det er viktig å ha noen å speile seg i, noen å diskutere med, det å føle at man ikke er så alene, ikke bli gående hjemme, mannen er på jobb, og skal liksom finne ut av ting selv og ikke har familie eller andre.

#### **4.1.2 Informasjon om barseltiden**

Flere av helsesøstrene var opptatt av å sjekke ut hvilke forventninger mor hadde til barseltida og det å bli mor. De fortalte at kvinner ofte har urealistiske forventninger til barseltida og det å bli mor og har ei forventning om at det å få barn utelukkende er



fantastisk og problemfritt. Kvinnene vet kanskje ikke at amminga ofte er problematisk i starten, og at deres egen kropp bruker tid på å komme seg etter fødselen. De er kanskje ikke forberedt på at hormonene herjer i kroppen, og at babyen nødvendigvis ikke sover på natta. Mange foreldre er så fokusert på selve fødselen at de ikke klarer å ta innover seg informasjon om det som kommer etter utskrivelsen fra sykehuset. En av helsesøstrene uttalte:

Jeg tror de fleste forventer at det skal gå veldig bra, at det skal være ganske problemfritt, og at man i løpet av kort, kort tid skal kunne trille til byen og sitte på kafe, liksom, å amme uten problemer

Helsesøstrene anså det derfor som viktig at mødrene hadde kunnskap om morsrollen. Samtlige helsesøstre var opptatt av å snakke med mor om den hormonelle ubalansen mødre gjennomgår i barseltida. De snakket om barseltårer og vanskelige følelser mødre kan kjenne på i denne tida. Foreldreforberedende kurs var et tiltak som som helsesøstrene snakket varmt om i forhold til å informere foreldrene om utfordringer de kan møte på i barseltida. Flere av helsesøstrene uttalte at det var utfordrende å vite når man skulle gi informasjonen til mor ettersom de erfarte at mødrene var så fokusert på fødselen at de ikke klarte å tilegne seg informasjon som ble gitt om tida etter fødsel. Viktigheten av at mødrene fikk riktig informasjon ble også tatt opp av helsesøstrene. Det kunne være useriøs informasjon de hadde funnet på et diskusjonsforum på internett eller velmente råd fra venner og familie. En av helsesøstrene sa:

Jeg tror det er veldig vesentlig at de har litt kunnskap om hva det innebærer å bli mor. At de vet litt på forhånd, mer enn dette glansede bildet man ser for seg på forhånd. At man vet at det kan bli trøbbel med amminga, at det er er travelt, at man vet litt om hva som skjer rett etter fødselen.

#### **4.1.3 Tverrfaglig samarbeid til det beste for mor**

Informantene i studien min snakket om viktigheten av et nært samarbeid med jordmor, både i tida før og etter fødsel. Dette anså de som viktig for å sikre at informasjon som omhandlet mor ble tatt opp med helsesøstrene slik at hun kunne være bedre forberedt i

første møte med mor. Samtlige av informantene var samlokalisert med jordmor, noe som gjorde informasjonsflyten enklere, men noen mente likevel at dette kunne bli bedre. Flere av informantene trakk frem at det var en fordel for mødrene at jordmor og helsesøster var samlokalisert, ettersom de ofte hadde sett helsesøstrene da de gikk til svangerskapskontroll hos jordmor. En av helsesøstrene uttalte:

Jeg tror ikke vi hadde fått til et slikt samarbeid dersom jordmor ikke var lokalisert her hos oss. Det å få mulighet til å bli litt kjent med mødrene før ungen blir født gjør det trygt for dem og lettere for oss

## **4.2 Samtalen i første møtet med mor**

Hjemmebesøket er gjerne arena for første samtale mellom mor og helsesøster. Samtlige helsesøstre var opptatt av å ta tak i mors behov for tematikk fremfor å kjøre gjennom sin prosedyre for hjemmebesøket.

### **4.2.1 Relasjonsbygging**

Flere av helsesøstrene snakket om viktigheten av å bygge relasjoner for å kunne komme i posisjon til å snakke om nære og personlige ting. En av helsesøstrene beskrev at hjemmebesøket gir en ro, at man blir kjent med folk på en annen måte, og at det er uvurderlig i forhold til kontakten videre. Helsesøstrene snakket om hva som skal til for å bygge gode relasjoner. De navngir de samme byggesteinene; respekt og tillit. Dette utviser helsesøstrene ved å gi rom. Dette er noe som blir trukket frem av samtlige helsesøstre. De snakker mye om alle punktene på helsekortet de skal gjennom på hjemmebesøket, men at de lar mor sine veiledningsbehov være sentrum for samtalen.

"Hvis jeg kjører for fort frem med alt jeg føler at jeg absolutt må gjennom for å sette "check" på lista mi, så har jeg ikke fått gjort det jeg skal i forhold til relasjonen".

#### 4.2.2 Helsesøster i det første møtet med mor

Helsesøstrene snakket om hvordan deres erfaring spiller inn i en konsultasjon. Samtlige deltakere svarte at de føler seg tryggere i sin utøvelse av faget nå enn de gjorde da de var nyutdannet. Flere av helsesøstrene jobbet som konstituert før de var ferdig med helsesøsterutdanninga, og trekker frem usikkerheten med å ikke ha et faglig fundament. Ei helsesøster fortalte at hun var veldig usikker i begynnelsen, spesielt ettersom hun ikke hadde helsesøsterutdanninga i bunnen. Hun kjente likevel en trygghet i den erfaringa hun hadde opparbeidet seg som sykepleier, spesielt i forhold til kommunikasjon. Etter å ha jobbet noen år, følte de seg tryggere på å takle uventede spørsmål og situasjoner. Flere av informantene tok opp at det å komme på hjemmebesøk kunne oppleves ubehagelig for enkelte familier. En av informantene sa at hun tenkte at det fortsatt henger igjen litt av den gamle rollemodellen av helsesøster som en slags kontrollinstans.

Jeg tenker at vi helsesøstre i dag får vite så utrolig mye om hva folk står i. Det må jo handle om den rollen vi har og den endringa som har vært i samfunnet. Bare de to årene har 99% takket ja til hjemmebesøk, mens tidligere var foreldrene mer reservert i forhold til å ta i mot oss hjemme.

#### 4.3 Psykisk helse som tema i samtalen

Helsesøstrene i studien hadde ulike tilnærminger til temaet mors psykiske helse. De var likevel samstemte i nødvendigheten av tydelige rammer og retningslinjer for hva helsesøster bør ta opp. Det var stor variasjon i hvor trygge de følte seg på å snakke om psykisk helse. En mente at det var helt naturlig, mens en annen mente at psykisk helse var utfordrende å snakke om, og tilhørte "privatlivets fred".

##### 4.3.1 Introduksjon av temaet psykisk helse

Samtlige helsesøstre fortalte at psykisk helse er tema på hjemmebesøket. De beskriver at de har med seg ei sjekkliste over ting de skal ta opp, der psykisk helse er et av punktene. Flere av helsesøstrene støttet seg til ei brosjyre om psykisk helse der normale

følelsesmessige reaksjoner i barseltida er beskrevet. Andre brukte EPDS som en inngangsport til temaet. EPDS var et verktøy det ble referert til enten helsestasjonen hadde det i bruk eller ikke. Helsesøstre som brukte EPDS mente at verktøyet ikke var utslagsgivende for om de tok opp psykisk helse som tema. De som ikke brukte EPDS savnet et verktøy som gjorde det lettere å tilnærme seg temaet, samt ufarliggjøre det. Samtlige etterspurte tydeligere rammer og retningslinjer for hva man bør spørre om.

"Samtalen, brosjyren og det vi sier når vi er på hjemmebesøket, det er det aller viktigste for å få frem at dette kan vi prate om".

#### 4.3.2 Åpenhet rundt psykisk helse

Alle helsesøstre snakket om viktigheten av åpenhet rundt den psykiske helsa, selv om de i varierende grad følte at de selv var det. Ei helsesøster fortalte at hun var overrasket over hvor mye mødre deler med henne i dag sammenlignet med før. Hun tenker at det handler om samfunnsendringer, og at helsesøster har fått en tydeligere rolle. Hun understreket at det er viktig at helsesøstre tør å åpne opp for personlige ting. En av de andre helsesøstre mente at dette med å være åpen er personavhengig. Hun hadde merket seg at noen av kollegene hennes vegret seg for å ta opp vanskelige ting. En mente at man må være bevisst på hva man spør mødre om, ettersom det kan legge føringer for hva hun tenker som er akseptert å snakke med helsesøstre om, og sa følgende:

Jeg tenker at det er veldig stor forskjell på helsesøstre på hvor mye fokus de har på psykisk helse fordi vi ikke har noen mal over hva vi skal spørre om. Også er det jo hvor direkte man tør å være, og hvordan man er som person. Det er jo veldig personavhengig når ting ikke er nedfelt.

## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven blir resultatene drøftet opp mot tidligere forskning og relevant teori for å svare på problemstillingen i studien; hvordan kan helsesøstre ivareta mors psykiske helse i barseltida? I denne delen er overskriftene formulert som spørsmål, som et ledd i å besvare problemstillingen. Overskriftene samsvarer ikke med kategoriene fra analysen, men er dekkende for drøftingsinnholdet i kapitlet.

### 5.1 Hva gjør helsesøster for å styrke barselkvinnen i morsrollen?

Tema som drøftes i dette kapitlet er kartlegging av sosial støtte rundt mor, forventninger til morsrollen, informasjon til mor om barseltiden og tverrfaglig samarbeid til det beste for mor. Informantene anså disse temaene som viktig for å kartlegge hvilke forutsetninger mor har for å opprettholde god psykisk helse.

#### 5.1.1 Hvordan gi tilpasset informasjon og veiledning til mor under hjemmebesøket?

Samtlige informanter i studien min var opptatt av å sette mors behov først, uavhengig av deres egen agenda for samtalen. De snakket om en avveining av hvilken informasjon om barseltida som var viktig å formidle og hva som kunne vente. Alle oppga at det første møtet er hjemmebesøket. De ga rom til at mor kunne komme med sine tanker og eventuelle bekymringer først, deretter ga de tilpasset informasjon og veiledning. I tråd med anbefalingene, ga alle ut skriftlig informasjon i tillegg til det de valgte å ta opp muntlig. Både praktisk informasjon i forhold til barnet, samt informasjon for å fremme mors helse ble tatt opp. De var opptatt av at mor skulle føle mestring, og at man som helsesøster har en viktig funksjon i å støtte mødrene og fokusere på det de gjør som er positivt. Barselkvinner kan ha behov for hjelp til å identifisere egne ressurser for å takle den nye livssituasjonen. Dette innebærer blant annet at hun får bekreftelse på at hun er en god mor (Aune & Olufsen, 2014). Informantene i studien min understreket viktigheten av å inneha kunnskap om morsrollen, og at mødrene har behov for informasjon og veiledning om psykiske og fysiske reaksjoner, om barnestell og mulige utfordringer de kan støte på. Spesielt var amming et tema som særlig opptok informantene. De understreket viktigheten av å gi utfyllende informasjon og veiledning om amming, samt

normalisere at det kan være utfordringer knyttet til amminga. Dette sammenfaller med resultatene fra andre studier hvor de fant at det å mestre amming for mange mødre hadde sammenheng med hvordan de definerte sin psykiske helse, og at følelsen av å være god mor hadde nær sammenheng med det å amme (Ökland & Hjälmhult, 2012, Haga et al., 2011). En av informantene i min studie uttalte:

Jeg tror det er vesentlig at mødrene har litt kunnskap om hva det innebærer å bli mor, mer enn dette glansede bildet de ser for seg på forhånd. At man vet at det kan bli trøbbel med amminga, at det er kjempe travelt og at man vet litt om hva som skjer etter fødselen

Retningslinjene for barselomsorgen (2014) er tydelig og understreker at foreldre har krav på informasjon. Hensikten med informasjon er å bidra til at foreldrene mestrer sine roller som foreldre. Informasjonen skal være tilpasset den enkelte kultur- og språkbakgrunn, og burde gis både muntlig og skriftlig (Helsedirektoratet, 2014). Aune & Olufsen (2014, s. 163) er opptatt av at det er viktig for barselkvinnen å få hjelp til å forstå kroppens fysiske og psykiske endringer, og at barselkvinnen har behov for informasjon og veiledning fra helsesøster for å forstå barnets signaler. Dersom mor ikke får tilstrekkelig veiledning, kan dette medføre stress og usikkerhet (s. 164). Flere av informantene i min studie snakket om viktigheten av at mødrene skal få riktig informasjon. Riktig informasjon ble sett på som kunnskaps- og forskningsbasert informasjon som anbefalingene i barselomsorgen er bygget på. Mødre i dag finner mye informasjon på internett, som ikke alltid er av god kvalitet. Blogger og andre diskusjonsforum ble nevnt. Dette var ikke et unisont syn i studien. Andre informanter påpekte at internett har eksistert i mange tiår, og at de fleste mødre i dag har et reflektert forhold til informasjonen de finner på internett. De oppfattet at mødre flest finner mye informasjon som de har nytte av. Selv om det var ulike oppfatninger av dette, opplevde likevel de fleste informantene at mødre brukte helsestasjonen som en kontrollinstans for å sjekke ut om den informasjonen de hadde tilegnet seg var til å stole på. En av informantene uttalte:

Mødre i dag googler på nett, de får råd fra venner og familie- også blir de bekymret. Jeg sier ofte at det rådet du har fått fra venninnen din funker sikkert godt for hennes barn, men det er ikke sikkert det fungerer godt for ditt barn. Barn er forskjellige, så du må finne ut hva som passer best for deg og ditt barn.

Dette kan forstås som at mødre ofte er usikre på hvilke råd de skal følge. Helsesøster i sitatet over understreket at alle barn er forskjellige og støttet opp under hennes kompetanse som mor, og støttet henne i at hun kjenner sitt barn best. Fagpolitisk er man også opptatt av foreldrekompetanse og begrepet løftes opp i rapporten Trygg, tydelig og tilgjengelig- en rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten (LaH NSF, 2015). Rapporten ble utarbeidet for å sette søkelys på utfordringene man står overfor i de nevnte tjenestene. Det vises til flere artikler som beskriver hvordan selvtilliten til nye foreldre utfordres, ved at det legges opp til forventninger om hvordan man skal se ut og ivareta morsrollen (Treborg og Øverbø, 2013, Gran, 2012, Sæther, 2011). Det beskrives at den norske foreldremodellen er kombinert med selvutvikling. Dette innebærer at det ligger ei forventning til at foreldre skal være dyktige arbeidstagere, oppmerksomme kjærester, delta i sosiale sammenhenger, gjerne trene selv og i hvert fall delta i barnas fritidsaktiviteter (LaH NSF, 2015). Helsesøstre har en viktig jobb i å bidra til at foreldre føler mestring i sine roller til tross for de stressorer de møter i hverdagen. Overført til min studie innebærer det å hjelpe mødre å ta ned forventningene til alt de tror de skal rekke over. En av informantene i studien min uttalte at hun opplevde at det var mange mødre som skulle på treningssenter to uker etter fødselen, og at hun tenkte at det kunne gå på bekostning av roen den første tiden. Hun sa at det ofte var en sammenheng med at barnet blir rolig dersom foreldrene er det, og at det var viktig å roe ned og bli kjent med barnet. Slike ting er det ikke sikkert mødre tenker over i sin overbevisning om at det viktigste hun gjør to uker etter fødsel er å komme seg i form. Helsesøster kan stille åpne spørsmål til mor for å få frem hennes tanker om hva som er viktig. Kanskje er det viktigste for hennes velbefinnende at hun får trent og dermed får overskudd og energi hun kan bruke på barnet.

Forventninger til barseltida var et tema informantene i studien hadde mange tanker om, og som ei av helsesøstrene uttalte det: "Den idylliserte virkeligheten- mange får seg en smell fordi det ikke er slik som de hadde tenkt". Forventninger er også noe informantene i studien til Borglin, Hentzel & Bohmann (2015) uttaler seg om. Ideen om å være den perfekte mor og kone, mente de skapte både stress og angst hos noen mødre som følte at de ikke var gode nok sammenlignet med idealet. De understreket også stresset i forhold til at verden er mer tilgjengelig enn før, spesielt for mødre som holder seg oppdatert på alt som skjer i sosiale media. (Borglin et al., 2015). En av informantene i min studie sa:

Jeg tror mange føler på at de ikke er gode nok, og at alle rundt dem har det så greit. Mødre i dag sammenligner seg veldig med andre, og i sine egne øyne kommer de selv oftest dårlig ut. Og så trenger det jo ikke å være slik, da.

Slik jeg tolker det, handler det om å støtte den enkelte mor i at hun er en god mor, og samtidig snakke om hva de implisitte forventningene egentlig består i. Sosiale media gir ikke et helhetlig inntrykk av hvordan andre har det, men for mange blir det kanskje et måleverktøy der de selv kommer dårlig ut. Å samtale om forventninger kan hjelpe mor til å sette ord på tanker som er vanskelige for henne. Helsesøster kan bidra med et realistisk syn og forventninger til barseltiden uten å problematisere det overfor mor. Mødre får mye informasjon fra sosiale medier, og her kan helsesøster bidra med å skille god informasjon fra dårlig. Helsesøster kan gi mor et bilde på en virkelighet som har røtter i kunnskapsbasert informasjon, og la det være opp til mor å navigere seg frem til det som blir riktig for seg selv og hennes barn.

Aune & Olufsen (2014, s. 164) understreker at helsesøstre skal jobbe kunnskapsbasert når de gir støtte, råd og veiledning til mødre i barseltida. En informasjonskanal er gjennom fødselsforberedende kurs som flere av helsesøstrene i studien er involvert i. Dette er en arena for å komme med informasjon under svangerskapet, men forskning viser at foreldrene ofte ikke er klar for denne informasjonen så tidlig. I retningslinjene for barselomsorgen (2014) etterlyses det mer kunnskap om hvorvidt slike tiltak har effekt, og om det skal være en prioritert oppgave for helsepersonell. Flere studier finner at brukere



ikke nødvendigvis har nytte av informasjonen som gis på foreldreforbereidende kurs (Razurel et al., 2011). Deltakerne i de aktuelle studiene rapporterte at deres motivasjon for å delta på kurs i svangerskapet primært rettet seg mot fødselen, og at informasjonen om barseltida gikk over hodet på dem for det var ikke det som opptok dem først og fremst. Denne informasjonen ble etterspurt i tida etter fødsel. For å ta denne forskningen og tilbakemeldingen fra brukerne på alvor, bør helsesøstrene ta opp tråden etter fødsel for å sjekke ut hva de husker. På denne måten kan de gi individrettet veiledning på bakgrunn av den informasjonen de husker å ha fått. Behov for informasjon understrekes også i studien til Tveit & Söderhamn (2015). Mange av mødrene som ble intervjuet i deres studie erfarte at de var lite forberedt på den første tida hjemme. De manglet informasjon om hva som var normalt angående seg selv og barnet. Økland & Hjalmlhult (2012) stiller seg undrende til om forestillingen om at det er normalt å føde barn kan ha ført til undervurdering av foreldrenes behov i ei sårbar tid, samt forhindre et helhetlig tilbud for profesjonell omsorg og informasjon.

Samtlige informanter var opptatt av å normalisere svingningene i følelseslivet til mødrene de første ukene etter fødsel, og brukte en del av hjemmebesøket til å snakke om normale følelsesmessige reaksjoner etter fødsel. De fortalte om svingninger i hormoner og konsekvensene av dette. De snakket også om viktigheten av å kartlegge forholdene rundt mor for å kunne gi best mulig støtte. Det er helt normalt at en mor vil føle seg ensom dersom partneren er bortreist på jobb mange uker sammenhengende etter fødselen. Det er også normalt å føle seg nedfor hvis man har kriser i nær familie eller lignende. Det var derfor viktig å kartlegge hva som lå bak de ulike utfordringene og stemningene mødrene skisserte opp. Haga, Lynne, Slinning og Kraft (2012) finner derimot at mange mødre føler at de ikke blir møtt med forståelse, men at helsesøstrene er opptatt av å normalisere uten å utforske mødrenes bekymringer. De fant at helsesøstre burde tilstrebe ei stemning som åpnet for at mødre følte at de kunne ta opp sine tanker og bekymringer. Informantene i min studie snakket om å gi mor rom og å la hennes behov være styrende for samtalen. En av informantene uttalte:

Man gir rom til at mor kan ta opp det hun ønsker først, det syns jeg er viktig. Vi har jo ellers ei sjekkliste vi skal gjennom. Det er mye du skal gjennom. Så hvis mor har noe hun ønsker å ta opp, så går man heller gjennom den sjekklista senere.

Slik jeg tolker dette utsagnet, så er det alltid mor som setter premissene for hva som blir tatt opp. Hun er ekspert på seg og sitt, og helsesøster kan tilpasse veiledningen og informasjonen til det hun tar opp. Dette er helt i tråd med empowermentttenkningen, der brukeren, mor, ikke blir sett på som en mottaker av informasjon, men som en aktiv deltaker i samtalen for å få større kontroll over beslutninger og handlinger knyttet til egen helse (Tveiten, 2007a). Dette kommer jeg tilbake til i punkt 5.2.1.

### **5.1.2 Hvordan får helsesøster synliggjort viktigheten av sosial støtte i barseltida?**

Det kommer tydelig frem i intervjuene at helsesøstrene anså det som viktig å kartlegge forholdene rundt mor. Dette omfattet både sosial støtte, samt andre stressorer som førte til bekymringer hos henne. Informantene understreket viktigheten av å ha noen å speile seg i og noen å diskutere med. Hun var opptatt av at de ikke skulle gå rundt å føle seg alene og skulle finne ut av ting selv.

Tani & Castagna (2017) trekker frem at sosial støtte er viktig og bringer frem ressurser hos mennesker i perioder preget av stress og endring. Personer som opplever høy grad av sosial støtte, vil være i bedre stand til å mestre forandringer i livssituasjonen enn de med lav grad av sosial støtte (Drageset, 2014, s. 76). Haga, Lynne Slinning & Kraft (2012) finner også at sosial støtte er viktig for mødre i barseltida. De intervjuet mødre om deres opplevelse av barseltida. Samtlige mødre i studien uttalte at sosialt nettverk utgjorde den viktigste støtten de første ukene etter fødsel. De trekker frem både partner, annen familie og venner (ibid).

Venner er også spesielt viktige for de som kommer tilflyttende til et sted. Flere grupperinger ble nevnt i denne sammenheng: asylsøkere, flyktninger, studenter og

arbeidsinnvandrere. De kommer ofte til kommunen alene, eller i beste fall sammen med mannen. For disse mødrene spiller venner en stor og viktig rolle. Informantene understreket den viktige rollen helsestasjonen har i å identifisere de som har manglende sosial støtte. Et viktig tiltak er å introdusere nettverksskapende aktiviteter, som åpen barnehage, babysang og andre lett tilgjengelige tilbud. Borglin et al. (2015) understøtter dette i sin studie. Sosialt nettverk ble ansett som en viktig faktor i forhold til mødres psykiske helse etter fødsel. Mødre som ikke hadde venner eller familie i nærheten, var spesielt sårbare. Dette var spesielt synlig i områder med høy tetthet av innvandrere. Mødre uten familie eller venner i nærheten, ble av helsesøstrene i studien forbundet med økt sårbarhet, eller i verste fall ensomhet (Borglin et al., 2015).

Partnerstøtte er et begrep helsesøstrene bruker hyppig. Det å oppleve støtte fra partner anses som viktig å kartlegge. En av informantene påpekte viktigheten av at partner får den samme informasjonen som mor, slik at han eller hun bedre er i stand til å forstå og gi støtte til mor gjennom barseltida. Om mødrene ikke har partner blir det viktig å finne ut hvem de selv opplever å få støtte fra i sitt nettverk. En av informantene sa:

Når jeg kommer inn på dette med psykisk helse og normale reaksjoner i barseltida, så er det mange som bare blir stille og du ser at de bare sitter og tar inn det jeg sier. Bare det at de får en bekreftelse på at de tingene hun kan kjenne på er normalt, mens mannen hører på, kan være til god støtte for henne

Dette kan forstås som at helsesøstre har en viktig funksjon i informere far også om de tingene mor kan gå gjennom, slik at han har større forutsetning for å forstå og støtte henne. Informanten i sitatet over viste til at i 90% av tilfellene var ofte mannen til stede på hjemmebesøket, slik at han hører det samme som mor. Jobben ligger kanskje i å få den samme informasjonen ut til fedre som ikke er med på hjemmebesøket. Deltakerne i studien til Tveit & Söderhamn (2015) bekrefter at partnerstøtten for mange er det viktigste. Deltakerne i studien var mødre som fortalte hvordan de opplevde å mestre barnestell etter fødselen. De uttalte at barnets far fremsto som den viktigste

støttespilleren. Hans engasjement utløste glede over delt ansvar og forventning om å mestre barnestellet med hans hjelp og støtte (ibid).

En av informantene var opptatt av å sjekke ut hvordan mor tidligere hadde taklet utfordringer og vanskelige tanker og følelser. Hun sa også at mange mødre klarte å sette utfordringer i barseltida i sammenheng med tidligere erfaringer og måten de var blitt løst på. Dette har sammenheng med spørsmålet Antonovsky stiller i sin teori om salutogenese: Har du ressursene du trenger for å hankses med de påkjenningene som stressorene i livet ditt gir deg? Antonovsky kalte faktorene eller påkjenningene som påvirker helseutviklingen for stressorer. Dette kan eksempelvis være sykdom, dårlige livsforhold, problemer i familiesituasjonen eller dårlig oppvekstmiljø. Dersom en innehar disse ressursene og man er i stand til å benytte dem, vil man mestre de påkjenninger stressoren gir (Antonovsky, 2012). Antonovsky er også inne på dette i sin beskrivelse av begrepet "opplevelse av sammenheng". Begrepet innebærer en grunnleggende tro på at ting går bra, at man har ressurser til å takle situasjonen og at man etter hvert vil forstå det som oppleves utfordrende å finne gode løsninger. Antonovsky viser også til at sosial støtte har en direkte sykdomsforebyggende effekt (ibid.). Sosial støtte er en variabel i det han kaller "generelle motstandsressurser". Det som er viktig med motstandsressurser er at de skaper livsopplevelser som bidrar til å utvikle og bevare en sterk opplevelse av sammenheng. Antonovskys hypotese er at en person med sterk OAS har lettere for å definere stimuli som "ikke-stressfaktorer" og går ut fra at han eller hun vil kunne tilpasse seg kravet, enn en person med svak OAS (ibid). Opplevelse av sammenheng synes å øke med alderen, og man finner også at kvinner gjennomsnittelig opplever lavere grad av OAS sammenlignet med menn (Lindström & Eriksson, 2005).

Barimani, Oxelmark, Johansson, Langiuseklöf, & Hylander (2014) finner at mødre som har dårlig evne til å identifisere mestringsstrategier for å håndtere stress ikke føler seg godt nok ivaretatt i tiden etter fødsel. Studien viser at til tross for at familiene får et hjemmebesøk innen en uke etter fødsel, så føler mødrene at de ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Slik jeg forstår det handler det om hvor godt rustet man er til å takle små og store endringer i livet. Man kan ikke forutse hvordan barseltiden blir, men helsesøstre kan

bidra til at mødre takler den så godt som de har forutsetninger til. Det innebærer for eksempel å gi god og tilstrekkelig informasjon og veiledning til mor om hvordan barseltida kan fortone seg. Det er nedfelt i Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (2014) at foreldrene har krav på informasjon og at den skal tilpasses foreldrenes individuelle forutsetninger. På den andre sida vil det være ei avveining fra helsesøsters side om mor er mottakelig for informasjon. Det som ofte er vanskelig å vurdere, er når denne informasjonen skal gis. Foreldreforberedende kurs er en arena der informasjon gis, men flere av informantene oppgir at mødre ofte er så fokusert på fødselen at all annen informasjon blir uvesentlig i svangerskapet. Tanken om å normalisere uten å bagatellisere er et tema som kommer opp i andre forbindelser også. Det er ikke bare i barseltida man kan oppleve å føle seg nedstemt. Dette er en tilstand man kan bevege seg inn og ut av uten at man trenger å sette en diagnose på det. Å være nedstemt en periode av naturlige årsaker trenger ikke å medføre omfattende tiltak iverksatt av helsevesenet, men heller styrke den enkelte på at vedkommende har de ressursene som behøves, i seg selv eller omgivelsene, til å takle det og kunne komme styrket ut av det. Sykeliggjøring av normalt tilstander vil bli kostbart for samfunnet i form av overbehandling og færre personer i arbeid. Å fokusere på å fremme helse hos enkeltpersoner og samfunnet i sin helhet er et langsiktig perspektiv som utelukkende har positive følger.

Det kan synes som om informantene i studien ivaretar det helsefremmende perspektivet på barseltiden. De var opptatt av å sette mor og hennes behov i sentrum, samt kartlegge stressorer rundt henne som kan komme til å ha en uheldig påvirkning, alt etter hennes opplevelse av sammenheng (OAS). Selv om ikke informantene selv nevnte dette begrepet, var de ofte innom temaer assosiert med begrepet. De hadde tanker om å identifisere ressursene hos mor ved å få henne til å reflektere over hvordan hun tidligere hadde taklet ulike livshendelser og stress. De søkte å kartlegge hvor i helseelva hun var født, for å kunne tilby best mulig støtte og veiledning. Ikke minst å kartlegge hvilke stryk hun har vært gjennom, og om disse erfaringene har ført til styrke eller sårbarhet.

### 5.1.3 Hvilken påvirkning har tverrfaglig samarbeid og tilgjengelighet på mors opplevelse av barseltida?

Flere av informantene i studien minntrakk frem viktigheten av at mor vet hvilken helsesøster som skal følge henne opp allerede i svangerskapet. Samtlige informanter fortalte at de tilstrebet at samme helsesøster skulle følge opp alle barna i en familie. Dette ga både foreldre og helsesøster en forutsigbarhet. Spesielt i forhold til førstegangsfødende er det viktig å tenke på behovet for forutsigbarhet, noe som fordrer at helsesøster og jordmor har tett dialog. Mødrene i studien til Barimani, Johansson, Hylander & Oxelmark (2014) (Barimani, Johansson, et al., 2014) kommenterte at det var utilstrekkelig overlappning mellom de ulike tjenestene i barseltida, og mange reagerte på det plutselige bruddet med jordmor som hadde fulgt dem opp i svangerskapet. Mødrene i studien var usikre på hvem de kunne kontakte hvis de hadde spørsmål i tida mellom utskrivning fra sykehuset frem til helsesøster tok kontakt, og de ønsket kontinuitet i oppfølginga. Tverrfaglig samarbeid blir av helsesøstrene i studien minn løftet frem som viktig i oppfølgingen av mor etter fødsel. Dersom jordmor i løpet av svangerskapet avdekker utfordringer, blir de ofte enige med mor om å dele disse med helsesøster som skal følge opp etter fødsel. Det helsesøstrene på den andre siden forteller, er at dette ofte kan bli tilfeldig ettersom det ikke eksisterer nedskrevne rutiner på slike informasjonsdelinger. Informantene snakker om det å være samlokalisert og betydningen det har, både for helsesøstrene og mødrene. De uttaler at ettersom kontorene deres ligger så tett, så ser helsesøstrene kvinnene gjennom svangerskapet, og vice versa. På den andre siden beskrives også utfordringer i utveksling av informasjon. Taushetsplikt ble nevnt som et hinder for å bringe informasjon fra en tjenesteyter over til neste. En annen var opptatt av at det burde være større åpenhet mellom jordmor og helsesøster. Gjennom svangerskapet blir jordmor godt kjent med mor og har dermed forutsetninger for å gjøre overgangen til helsesøster lettere ved å dele informasjon med helsesøster i samråd med mor.

De statlige føringene går på at det må være et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre presiseres det at oppfølgingen av

mor og barn de første dagene etter fødsel bør skje i et avtalt samarbeid mellom disse instansene (Helsedirektoratet, 2014). Helsestasjon- og skolehelsetjenesten pålegges å ha rutiner for samarbeid med aktuelle tjenester. Det anbefales også at rutinene skriftliggjøres for å lette arbeidet når nye personer kommer inn i tjenestene, samt ved internkontroll. Det legges til at skriftlige samarbeidsrutiner kan bidra til økt synliggjøring av og forpliktelse til samarbeid (Helsedirektoratet, 2004)

Aune og Olufsen (2014, s. 161) beskriver at jordmor og helsesøsters helsefremmende arbeid i barseltida er en viktig ressurs for foreldrenes håndtering av utfordringene og mulighetene i den nye livssituasjonen. Det samme finner Ökland & Hjälmhult (2012) i sin studie. Mødrene uttaler at overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten førte til økt stress og usikkerhet og hadde betydning for mødrenes sårbarhet og mestringsfølelse. I rapporten "Trygg, tydelig og tilgjengelig-rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten" (2015) tas det opp at tidlig utskriving fra føde-/barsel er innført uten at det er tilstrekkelig ressurser kommunalt for å kunne tilby rask og tett oppfølging som myndighetene legger til grunn gjennom faglige retningslinjer. Det trekkes også frem at elektronisk fødselsmelding ikke er etablert, noe som kan forsinke muligheten for å sette inn viktige og tidlige tiltak for barnet og den nye familien. Helsedirektoratet krever sikre rutiner for overføring av helseopplysninger mellom tjenestene (føde- og barseljournal og epikrise for mor og barn). På den andre siden er ikke elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus og kommune på plass enda. Landsgruppen av helsesøstre påpeker i sin rapport at det er underlig at helsedirektoratet godkjenner retningslinjer før det foreligger muligheter for elektronisk meldingsutveksling (LaH NSF, 2015). Behovet for å motta elektronisk melding etter at barnet er født ble understreket i St.mld. 12 (2008-2009). I påvente av elektronisk meldingsutveksling må det utvikles sikre rutiner for overføring av nevnte opplysninger mellom tjenestene. Sikre rutiner blir beskrevet som brev eller telefon (Helsedirektoratet, 2014).

Samarbeid mellom helsesøster og jordmor er et av temaene som drøftes i studien til Aaserud, Tveiten og Gjerlaug (2016). De har snakket med mødre om deres erfaringer med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid. Som tidligere beskrevet anbefaler

retningslinjene for barselomsorgen hjemmebesøk av jordmor innen 3. døgn etter hjemreise fra sykehus (Helsedirektoratet, 2014). I studien fokuseres det på at helsesøster og jordmor bør utfylle hverandre med sin spesifikke kunnskap. Jordmor har kompetanse på kvinnehelse, svangerskap og fødsel, mens helsesøster har kompetanse på barnet og familien. Det fremheves at et samarbeid og økt forståelse mellom yrkesgruppene kan bidra til at barselomsorgen i større grad kan tilpasses kvinnen, barnet og familiens behov.

#### **5.1.4 Oppsummerende kommentarer**

For å ivareta mors psykiske helse i barseltida la informantene i min studie vekt på å normalisere de følelsesmessige reaksjonene i barseltida. Det var også viktig å kartlegge eventuelle stressorer for mor. Mødre bør få tilpasset informasjon og veiledning om morsrollen og barseltida på et tidspunkt der mor er mottakelig. Forskning på området viser at mødre har behov for informasjon om barseltida både før og etter fødsel (Tveit & Söderhamn, 2015; Økland & Hjälmhult, 2012). For å sikre en individrettet veiledning bør helsesøster sjekke ut hva foreldrene husker av den informasjonen som ble gitt før fødsel. Overgangen fra jordmor til helsesøster oppleves brå for mange mødre ettersom de i svangerskapet utvikler et nært forhold til jordmor. Mye av forskningen i forkant av publiseringen av de nye retningslinjene for barselomsorgen påpeker at liggetiden på sykehus har blitt kortere de siste årene, og at mødre som har en ukomplisert fødsel og forløp ofte forlater sykehuset før amminga er godt etablert. For å ivareta mor på best mulig måte er det viktig at hun opplever en sammenhengende og forutsigbar barselomsorg, noe som fordrer tett tverrfaglig samarbeid.

#### **5.2 Hvordan bidrar samtalen til at mor føler seg ivaretatt?**

I det følgende tas det opp områder som har betydning for relasjonen mellom mor og helsesøster. I tillegg drøftes hva som skal til for å samtale om mors psykiske helse i barseltida og hvordan helsesøster påvirker samtalen i første møte.



### 5.2.1. Hva skal til for at helsesøster og mor utvikler en trygg relasjon?

Hjemmebesøket representerer gjerne det første møtet mellom mor og helsesøster. Samtlige informanter i min studie beskrev at det viktigste å ivareta i første møte med mor er relasjonen. I dette møtet er det mange ting helsesøster skal ha fokus på, og må derfor ofte prioritere hva som blir viktigst å fokusere på der og da. Informantene i min studie var bevisste på at de har mye de skal gjennom av informasjon på hjemmebesøket, men samtlige oppga at det blir uvesentlig fremfor å høre hva mor er opptatt av. En av informantene uttalte: "Hvis jeg kjører for fort frem med alt jeg føler at jeg absolutt må gjennom for å sette "check" på lista mi, så har jeg ikke fått gjort det jeg skal i forhold til relasjonen". Hjemmebesøket ble trukket frem som en trygg og rolig arena for konsultasjon. En av informantene kunne merke på måten hun av og til hadde blitt møtt på, at foreldrene hadde andre forventninger til hjemmebesøket som ikke stemte overens med den overordnede intensjonen. Hun sa at enkelte mødre hadde en forestilling om at det kom en myndighetsperson på besøk som skulle følge med på hvordan man utøvde morsrollen. Hun uttalte:

Det er veldig forskjellig hvordan man blir møtt. Noen er åpne og har masse å fortelle, mens andre er mer reservert og usikker på hvorfor helsesøstre kommer hjem til dem. Hva er det hun er ute etter? Er det for å sjekke hvordan vi har det? Enda henger det igjen mye av de gamle mytene om helsesøster som en slags kontrollinstans.

Det vil være i felles interesse for helsesøster og foreldre at formålet med hjemmebesøket er avklart i forkant. Det naturlige vil være å informere om dette når helsesøster ringer for å tilby og avtale tid for hjemmebesøket. Å gi foreldrene tilstrekkelig med informasjon vil gi forutsigbarhet i en utrygg situasjon, og være tillitsskapende for relasjonen. De faglige retningslinjene understreker også at måten helsesøster informerer om hjemmebesøket har betydning for om foreldrene takker ja eller nei til tilbudet (Helsedirektoratet, 2017). Olesen (2003) understreker at når helsesøster møter brukeren, representerer hun ikke bare seg selv og sin faglighet, men også et system. Det innebærer at helsesøster har en agenda for besøket med bakgrunn i retningslinjene for barselomsorgen. Helsesøster er offentlig

ansatt for å ivareta barnets helse, og når hun kommer på hjemmebesøk representerer hun myndighetene. Hun har mange momenter hun skal ta opp med foreldrene, i tillegg til at hun har konkrete oppgaver i forbindelse med observasjon av det nyfødte barnet. På den ene siden representerer helsesøster en myndighet, men det er viktig at dette integreres i hennes utøvelse slik at hun ikke oppfattes som autoritær. Hennes tilnærming til mor, og hva hun vektlegger i den første kontakten vil være av betydning for hvordan kontakten blir videre. På den andre siden tenker jeg at helsesøstre flest ikke anser seg selv som en myndighet, men det er viktig å være bevisst på hvilke tanker bruker kan ha og avklare dette. Helseth (2007, s. 212) beskriver tre faser for helsesøstertilnærming; etableringsfasen, helsefremmende fase og evalueringsfase. I den første fasen etableres kontakten mellom helsesøster og forelder og danner grunnlaget for den videre kontakten. I denne fasen vektlegges kontakt, tillit og kartlegging av behov. I den helsefremmende fasen jobber helsesøster og foreldre sammen for å sikre barnets helse med ulike metoder for tilnærming. I den siste fasen gjøres en evaluering av tilbudet ettersom helsesøsters samarbeid med småbarnsfamilier er tidsbegrenset. I denne tilnæringsmodellen er teoriene om mestring og omsorg styrende for hvordan helsesøster nærmer seg foreldre og barn. Helseth vektlegger tillit og kartlegging av behov i den første fasen av tilnærmingen. Dette er helt i tråd med det informantene i studien min var opptatt av. En av informantene uttalte:

Relasjonen er det viktigste å ivareta i første møte med mor. Jeg tenker at hvis jeg skal være en hjelper til noen, så må de ha tillit til meg, hvis ikke kommer vi ingen vei. Vi har så mange ting vi skal snakke om på hjemmebesøket, men det å ivareta mor og den nye familien er det viktigste

Spurkeland (2005) skriver at mennesker bruker ulik tid for å feste tillit. Tillitsfulle mennesker har store fordeler i kontaktetablering med nye mennesker, og vil lett kunne inngå i relasjonelle prosesser. Videre at tillit er bærebjelken i enhver god relasjon, og at tillitsfulle mennesker ser på sine omgivelser med tro på at velvilje er dominerende i forholdet til den andre (ibid.). Helsesøster har kun telefonsamtalen i forkant av hjemmebesøket til å bygge tillit. Man kan tenke seg at den første samtalen har betydning

for hvordan helsesøster blir møtt av mor på hjemmebesøket. Dersom tilliten i relasjonen ikke er til stede vil det bli utfordrende i den helsefremmende fasen der foreldre og helsesøster skal jobbe sammen for å sikre barnets helse. Det vil da være viktig å få til en god kommunikasjon på hva mistilliten består i og om den lar seg gjenreise. Det vil være avgjørende for ivaretagelsen av barselkvinnen at helsesøster har tillit, og kanskje vil det innebære at mor får tilbud om en annen helsesøster. Det faktum at det første møtet mellom mor og helsesøster finner sted hjemme hos mor, kan være fordelaktig for relasjonen. Hjemmet er mors arena, i motsetning til helsestasjonen der helsesøster er godt kjent. Dette er med på å skape en balanse i forholdet mellom mor og helsesøster, noe som er fordelaktig i empowermentprosessen for å understreke at helsesøster og mor er likestilt i samtalen.

Flere av informantene i studien min var inne på at det er forskjell på gjennomføringen av hjemmebesøket hos førstegangsfødende og de som har født før. En av informantene uttalte:

Forventningene er avklart. De har mottatt tjenesten før, de vet litt hva rollene innebærer og hva det betyr å få et hjemmebesøk. På den andre siden kan det være mødre som av ulike årsaker opplever det tyngre denne gang. Det er likevel ikke noe fasit på det.

Uttalesen beskriver kompleksiteten i utøvelsen av yrket. I utgangspunktet opplever informantene det som lettere å dra på hjemmebesøk til familier de har vært hos tidligere. De kjenner familiene og utfordringer de har stått i tidligere, noe som kan være til fordel for hvilket fokus man har i samtalen. De trekker også frem erfaringen foreldrene har med barnestell, dette er ofte et tema som tar større plass på hjemmebesøk med en førstegangsfødende. På den andre siden kan det av ulike årsaker oppfattes tyngre med barn nummer to, og da er det viktig at helsesøster og mor har lagt et godt grunnlag for åpen kommunikasjon gjennom tidligere møter. Tveiten (2007a) finner også at det er en fordel for helsesøstre å kjenne brukeren. Da har man en større forutsetning for å kunne vite noe mer om situasjonen deres, utover det som presenterer seg i hjemmebesøket. Har man allerede en relasjon til bruker, kan det tenkes at både helsesøster og mor er mer

avslappet, og man trenger ikke bruke mye tid på relasjonsbygging på hjemmebesøket. Mor har også noen forventninger til hjemmebesøket og helsesøster. I de familier der man har erfaring med helsesøster og hennes arbeid, har man gjerne andre forventninger enn de som mottar sitt første hjemmebesøk.

Martinsen (2003) hevder at man lett kan bli moralistisk hvis teorier og prinsipper styrer oss uavhengig av situasjonen, og at man ikke ser apellen som utgår fra den andre om å handle til den andres beste. Videre at det ofte er et hierarki mellom den som anvender reglene og prinsippene og den de anvendes på. Det er et maktforhold, som brukes moralsk uansvarlig til å få herredømme og stikke seg selv ut (Martinsen, 2003). Dette er overførbart til et hjemmebesøk og møtet mellom mor og helsesøster. Helsesøster trår inn i et hjem i kraft av å være ekspert på et felt, og utfordringen ligger i at ekspertrollen brukes til å styrke barselkvinnen i rollen som mor. Martinsen skriver at for å kunne ta i mot den andre må en befris fra seg selv. Med dette mener hun at man går inn i relasjonen uten baktanker, er åpen og mottakelig. Slik jeg forstår det, handler det om å være bevisst sin forforståelse når man går inn i relasjonen. Helsesøstre har mange erfaringer fra å komme inni et hjem, og kan på bakgrunn av dette ha noen forventninger til situasjonen. Olesen (2004) beskriver at helsesøster har noen grunnleggende forventninger til hva hjemmebesøke skal innebære. I tillegg til faglig informasjon skal hun være oppmerksom på familiens normer og behov, og agere i samsvar med disse. Hun må håndtere sin profesjonelle rolle, der egne ønsker, behov og følelser ikke får negativ innflytelse på kontakten med mor (ibid). Det krever av helsesøster at hun er seg bevisst dette før første møte. Tveiten (2007a) beskriver det å være bevisst sine egne verdier som et viktig poeng i å betrakte brukeren som ekspert på seg selv. Helsesøster kan ha helt andre normer og verdier enn familien hun er på besøk hos, men dette skal ikke påvirke relasjonen. Profesjonelt omsorgsarbeid kjennetegnes av å en vilje til å bruke sin kompetanse for å hjelpe andre til å utvikle sine egne muligheter. Omsorg i et helsefremmende perspektiv vil være kjennetegnet av en vilje til å hjelpe andre til å utvikle sine muligheter (André, 2017). Dette kan dreie seg om å støtte mor slik at hun kan mestre sine utfordringer. En av informantene uttalte:

Det er tøft den første tida etter at de har født. Det er viktig å prøve å snu fokuset slik at foreldrene ser at dette får de til. Jeg tenker at vi som helsesøstre er kjempeviktige i forhold til å ha fokus på det de gjør som er bra, og ikke legger mer til byrden om at de ikke strekker til eller føler at de ikke mestrer.

Denne beskrivelsen antyder at helsesøstre er bevisst sin påvirkning på mor og hennes følelse av mestring av sin nye rolle. Ruud (2008) finner i sin studie at sosial støtte fra betydningsfulle personer, som har makt til å definere hva en god mor er, vil være en viktig faktor i utvikling av mestring som foreldre. Hun hevder at hvis helsesøster er tilgjengelig, og tilbyr hjelp i den første sårbare tiden med barnet, vil foreldrenes muligheter for mestringsopplevelser kunne øke (ibid.). Denne beskrivelsen er i tråd med sitatet over der helsesøster har en viktig funksjon i å ha fokus på det som fremmer helse i situasjonen. Denne omsorgen for mor viser seg når helsesøster setter ord på de tingene mor gjør som er bra og som gir henne mestring. Utfordringen for helsesøster blir å balansere denne omsorgen slik at den blir en del av hennes tilnærming til mor.

Tidligere hadde helsesøster en såkalt ekspertrolle, noe som gjorde henne til en autoritet i relasjonen. Etter at Ottawacharteret ble vedtatt, påvirket dette helsesøsters rolle som nå skulle bære preg av empowermenttenkningen. Clancy (2007) skriver at helsesøster ble "satt i baksetet". Ekspertrollen er tonet ned, og helsesøstre har i dag mer fokus på veiledning og rådgivning der det etterspørres (Clancy, 2007). I empowermenttenkningen eksisterer det to eksperter; brukeren som ekspert på seg selv og helsesøster som har kunnskap om helsefremmende- og forebyggende arbeid. Det er viktig at relasjonen i veiledningen er støttende, anerkjennende og utfordrende i forhold til utvikling av bevissthet og mestring relatert til egen helse (Tveiten, 2007a). For å hjelpe brukeren i empowermentprosessen må helsesøster oppgi sitt kontrollbehov og heller verdsette brukermedvirkning (ibid.). Det kan oppleves utfordrende for helsesøster å balansere veiledningen slik at foreldrene opplever mestring. På den ene siden kan foreldrene ha en oppfatning om at helsesøster skal finne løsninger på utfordringer som familien står i, og dele sin kunnskap om barnestell. De kan bli usikre på helsesøsters kompetanse når hun stiller spørsmål om hva mor mener og tenker. Kanskje er mor helt

utslitt og har behov for konkrete råd om barnestell. Det kan da virke provoserende på mor at helsesøster stiller spørsmål til henne for at hun skal komme frem til løsningen selv. På den andre siden bør helsesøster være klar over at veiledning som metode kan være ukjent for brukeren. Det kan innebære at hun må forklare prinsippene for foreldrene for å unngå å bli misforstått. Helsesøster må ta i bruk skjønn for å finne riktig tilnærming i den aktuelle situasjonen. Tveiten (2007b) beskriver at det er viktig at brukeren kjenner seg sett, hørt og tatt på alvor (s. 183). Dette innebærer å lese situasjonens fordring og bidra med det som gagnar brukeren. For at veiledningen skal være konstruktiv for mor innebærer det at hun er bevisst på hva veiledning er, og er i stand til å reflektere over egne behov (ibid).

På den ene siden er det nedfelt i retningslinjene at veiledning er en viktig funksjon i utøvelsen av yrket. Dersom forholdene ligger til rette for å veilede, vil det kunne gi mor en følelse av mestring og av å være viktig i relasjonen. På den andre siden er det viktig å tenke på at veiledning ikke alltid er beste måte å støtte mor på. Det kan være momenter i mors situasjon som gjør at hun har behov for en annen tilnærming i samtalen. Språk kan også være en begrensning i veiledning, spesielt dersom man har behov for tolk i konsultasjonen. Mye verdifull informasjon kan gå tapt dersom det er flere ledd i kommunikasjonen, og man kan ikke regne med at tolken besitter de samme kunnskapene som helsesøster i det å veilede. I slike situasjoner stilles det krav til at helsesøster finner en god måte å ivareta mor på slik at hun opplever mestring. Et annet moment som kan sette empowermentprosessen i fare er hvis helsesøster mangler kunnskap om prosessen. Tveiten (2007a) understreker at det trengs veiledningskompetanse for å veilede. Det innebærer at man må kunne noe om prosessen, samt ha muligheter for å få tilbakemelding på om det man gjør er godt nok. Dette fordrer at helsesøstre får tid mulighet til å trene på å veilede. Det er viktig at relasjonen i veiledningen er støttende, anerkjennende og utfordrende i forhold til utvikling av bevissthet og mestring relatert til egen helse (Tveiten, 2007a). For å utøve god veiledning kan tiden man har til rådighet ha betydning. I et hjemmebesøk har man ofte god tid, men det kan være andre ting som er viktige å ivareta som gjør at veiledning kanskje ikke blir mulig. Olesen finner i sine studier at mødre har en forventning om at helsesøster har en større kunnskap om spedbarn

og utvikling enn den de selv besitter. Mødre forventer således at helsesøster observerer barnet, måler og veier, i tillegg til at hun viser omsorg for mor. Det ligger en forventning om veiledning på den ene siden, og på den andre siden ønsker ofte foreldrene konkrete forslag til problemløsning (Olesen, 2004). Det kan også være ting i helsesøsters hverdag som innvirkning på kvaliteten i møtet mellom helsesøster og mor. Når man drar på hjemmebesøk, har man gjerne hatt flere konsultasjoner tidligere på dagen, og ikke alle konsultasjonene klarer man å nullstille seg etter. En av informantene uttalte:

Men så kan det være ganger der jeg kommer på hjemmebesøk der jeg nesten ikke har hatt tid til å spise, det har gått i ett, så kommer du på hjemmebesøk og skal prøve å samle deg om det du skal snakke om... Når ting blir for travelt og du ikke får hentet deg inn, da kan ikke alt bli like godt. Både for din egen og mors del, kan det av og til være like bra å sette opp en ekstra time.

Dette utsagnet beskriver at helsesøster ikke alltid klarer å stille på et hjemmebesøk uten å ha med seg bagasje fra hendelser tidligere på dagen. Hun viser at hun har selvinnsett ved at hun velger å sette opp en ny konsultasjon. Den samme informantene sa at selv om man ikke skal ha med seg private anliggender inn i arbeidshverdagen, er det ikke alltid like lett å være upåvirket.

Informantene i min studie var opptatt av at man på hjemmebesøket har mange momenter man skal gjennom. Selv om de satte mors behov først, hadde de likevel med seg flere foldere med informasjon som de i teorien skulle gjennom. I tillegg skal man observere barnet, måle og veie, samt vie oppmerksomhet til andre som måtte være til stede under hjemmebesøket. En av informantene sa:

Psykisk helse har kanskje blitt den største delen av helsestasjonsarbeidet. Og samtidig tenker jeg på alt vi skal gjøre. Det er føringer i forhold til tannhelse, ernæring, motorikk, alt vi skal oppdage; sykdom og vi skal veilede. Det er et så stort felt at av og til føler jeg meg maktesløs, for jeg føler ikke at jeg rekker

over alt jeg skal gjøre. Så må man vurdere; hva er viktigst her og nå, og så skal man kunne stå for det og stole på at det var riktig slik som situasjonen var da.

Informanten er inne på at det er mange ting en skal gjennom på hjemmebesøket, men at så lenge man tar hensyn til mors behov, så har man gjort det viktigste. Dette støttes av retningslinjene for barselomsorgen som sier at når og hvor mye informasjon som gis tilpasses den enkelte (Helsedirektoratet, 2014). En annen sa at de temaene man ikke rakk over i hjemmebesøket, fantes det alltid en anledning til å snakke om senere. Tid og prioritering er utfordrende i helsesøsteryrket. Konsultasjonene er tidsbegrenset, og det er alltid noen som har time etterpå. En prioritering av hva som er viktigst der og da viser at man tar brukermedvirkningen på alvor og sikrer at foreldrenes behov blir gitt oppmerksomhet.

### **5.2.2. Helsesøster i samtalen- rom for å være ærlig og direkte?**

Informantene i studien hadde ulike opplevelser rundt det å samtale om psykisk helse. Noen var opptatt av at mødre ikke skulle føle seg stigmatisert av at de fokuserte på mors psykiske helse, mens andre var opptatt av at helsesøstre må tørre å snakke om de vanskelige tingene, for da forstår mor at det er aksept for å samtale om disse temaene. Mors psykiske helse blir nevnt som et av "de vanskelige temaene", i tillegg til rus og vold. En fortalte at hun ikke var så komfortabel med å snakke om psykisk helse. Det handlet om at hun var vokst opp med at temaet tilhørte "privatlivets fred". Hun sa ikke dermed at hun ikke tok opp temaet, men at hun var bevisst på at dette måtte hun snakke om igjen og igjen for å bli trygg på det. Hun uttalte at hun følte at hun manglet kompetanse på området og at det derfor ble litt faglende når hun skulle snakke om det. På den andre siden var hun tydelig på at dette er et viktig tema å ta opp i konsultasjoner og at hun hadde behov for å øve seg på å samtale om dette. En annen sa at hun oppfattet at det var stor forskjell på helsesøstre på hvor stort fokus de hadde på psykisk helse fordi de ikke hadde en mal over hva de skal spørre om i hver enkelt konsultasjon. Hun var også inne på at det handlet om hvordan man var som person i forhold til hvor direkte man tør å være. Hun oppsummerte det slik: "For det det blir veldig personavhengig når ting ikke er nedfelt". Dersom helsesøster unngår å ta opp grunnleggende utfordringer fordi det er



vanskelig for henne, kan dette oppfattes som et signal på at helsesøster ikke anser det som ei reell utfordring som det er verdt å bruke tid på. En av informantene i min studie uttalte:

Mange mødre er opptatt av de praktiske tingene i hverdagen, men det kan jo være fordi det er det vi helsesøstre spør etter. Og da blir det kanskje slik at mødrene tenker at det er de konkrete temaene det er rom for å ta opp med helsesøster. Det er noe å være bevisst på- hva åpner vi opp for å samtale om?

Slik det beskrives over, kan det tolkes som helsesøster har makt over hva som skal være innholdet i konsultasjonen. Da kan man i såfall risikere at enkelte helsesøstre unngår å ta opp temaet på grunn av egen overbevisning. På den andre siden fremkom det i min studie at helsesøstrene var svært bevisste på hva som skulle tas opp i hjemmebesøket i henhold til veileder. Flere mente også at det å snakke om psykisk helse var en treningssak, og at det ble mer naturlig å snakke om det jo mer man tok det opp, både for helsesøster og mor. Psykisk helse ble av en av informantene i studien min klassifisert som et av "de vanskelige temaene" å samtale om, på linje med rus og vold. Et beskrevet moment i dette er at helsesøster kan ha utfordringer med å ta opp temaet psykisk helse, men vel så viktig er det å føle seg frem på om mor er bekvem med å snakke om det. Clancy og Svensson (2007) finner at dersom forholdet mellom partene i samtalen er basert på oppriktighet og respekt, er det også rom for å være ærlig og direkte. Dette innebærer at man må jobbe for å oppnå tillit slik at bruker tør å åpne opp for å snakke om personlige ting. Mange kvinner er vokst opp med at psykisk helse er et privat anliggende, og noe man holder for seg selv. Det vil være av viktighet for relasjonen at helsesøster "tuner seg inn" på mor. Det innebærer å bruke skjønn i forhold til hva mor er mottakelig for. Viktigheten av en god relasjon mellom helsesøster og mor når en skal snakke om psykisk helse blir trukket frem i studien til Nygård, Nåden og Foss (2011). Flere elementer er sentrale i denne samtalen. Helsesøster må lytte og forsøke å se situasjonen fra mors ståsted, undersøke om hun har forstått riktig, behandle mor med respekt og hensyn, samt være aksepterende, selvbevisst og åpen i møtet med henne. Clancy (2012) sier at usikkerhet skaper frykt. Samtidig kan vår egen sårbarhet og opplevelse av ansvar sette oss i stand til å se og hjelpe et annet menneske (s. 74). Private anliggender, som mors psykiske helse, kan være ubehagelig å ta opp, men det er ikke helsesøsteren som er i fokus, men den kvinnen man har foran seg.

Det handler om å snu fokuset, å komme nært, men ikke for tett. Helsesøster må tørre å være personlig og engasjert, samtidig som hun må respektere brukers private sfære. Faren for å komme for nær den andre tematiseres også av Martinsen (1990). Hun viser til begrepet urørlighetssonen, som først er introdusert av Løgstrup (1982). Urørlighetssonen beskrives som noe privat, som ikke skal røres ved. Det handler om integritet, en beskyttelse, som vil bevare den andre hel og uskadd. Urørlighetssonen og åpenhet beskrives som motsetninger som er avhengige av hverandre. Urørlighetssonen uten åpenhet blir tilkneppet, og åpenhet uten respekt for urørlighetssonen blir taktløs (s. 63). Den representerer noe privat, eksempelvis brukers psykiske helse.

Informantene trekker frem en del egenskaper som helsesøster bør inneha for å fremstå som trygg, åpen og tilgjengelig. Erfaring ble trukket frem som viktig for å fremstå som trygge. Informantene hadde ulik fartstid i helsesøsteryrket, fra 4- 34 år. Samtlige helsesøstre beskrev at det var en usikkerhet knyttet til den første tida i yrket, og samtlige følte på at erfaringa ga dem trygghet i konsultasjonene. Likevel følte flere seg usikre når det kom til deres faglighet knyttet til mors psykiske helse. En av informantene uttalte: "Det er kanskje det som har vært til hinder for å snakke om psykisk helse, det å ikke vite hva en skal si. Hva kan jeg hjelpe med? Hva kan jeg tilby som ressurs?" Informanten er inne på at man må stole på sin egen faglighet. De fleste informantene i studien jobbet som konstituert helsesøster før de hadde fullført helsesøsterutdanninga. De fortalte at det var utfordrende å jobbe uten å ha fagkunnskapen å støtte seg på. Selv om de hadde sykepleiererfaringa i bunnen, savnet de å ha de store rammene på plass. Dette sammenfaller med uttalelsen til Mach Zagal (2003) om hva som skiller den profesjonelle fra klienten. Dersom helsesøster mangler faglig kunnskap eller erfaring vil hun kanskje oppleve å føle på en usikkerhet i konsultasjoner. Den profesjonelle og klienten møter hverandre som likeverdige personer, men med forskjellige interesser og forutsetninger. Hun hevder at klienten ofte har andre forventninger til den pedagogiske situasjon enn den profesjonelle. Dette på bakgrunn av at den profesjonelle innehar fagkunnskap og erfaring som klienten forventer å kunne dra nytte av (Saugstad & Mach-Zagal, 2003). Martinsen (1990) kaller omtanke for pasienten uten faglighet for sentimental omsorg, og på den andre siden vil fagkunnskapen bli til en karikatur av seg selv dersom den ikke er

forbundet med et ønske om å ville den andre vel (s. 63). Både faglighet og et ønske om å ville den andre vel er to grunnsteiner i relasjonsbygging. Det ville skinne fort gjennom dersom den ene av disse grunnsteinene ikke var på plass i relasjonen. Thornquist (2003) beskriver at man som menneske og fagutøver alltid er i systemverden og i livsverden på samme tid. Det innebærer at man må ha et bevisst forhold til sin egen rolle og funksjon, i forhold til både å være i en relasjon og å utføre veiledning som fagutøver.

### **5.2.3 Oppsummerende kommentarer**

For å ivareta mor på best mulig måte, er en god relasjon en forutsetning. En god relasjon er først og fremst basert på tillit. Det er opp til helsesøster å skape denne tilliten som setter henne i stand til å være en støtte for mor. Hvis helsesøster er bevisst prinsippene i empowermenttenkningen, så vil dette kunne føre til at mor opplever mestring i sin nye livssituasjon. Helsesøstre bør fokusere på det mødre er opptatt av, men samtidig er det viktig å huske på at mødrene er i en sårbar situasjon og har behov for at helsesøster ulike tematikker på banen. Det er mange ting som spiller inn i denne konteksten, og det er ikke alltid veiledning er det foreldrene har behov for. Helsesøsters skjønn er avgjørende for å tolke situasjonens fordring.

## **5.3 Hvordan snakker helsesøstre med barselkvinner om deres psykiske helse?**

I det følgende fokuseres det på tilnærmingen til- og samtalen om mors psykiske helse. Det ses på hvordan helsesøster påvirker hva som blir tatt opp i konsultasjonen, og på verktøy for å innlede samtale om et potensielt vanskelig tema. I forlengelsen av punkt 5.2.2 ser jeg her på hvordan helt konkret helsesøstre beskriver at de tar opp temaet psykisk helse med mor, og hva de opplever som utfordrende.

### **5.3.1 Hvilken tilnærming bruker helsesøster for å samtale om psykisk helse?**

Det å snakke om psykisk helse beskrives av flere av informantene i studien min som utfordrende. Det trekkes frem at man ikke har et verktøy å støtte seg på og heller ikke tydelige rammer og retningslinjer for hva man bør ta opp. En av informantene sier at hun

syns dette med psykisk helse tilhører privatlivets fred, og at dersom mødrene uttrykker at alt er greit, så tar ikke hun initiativ til å spørre mer inngående. En annen er redd for at foreldrene skal oppleve det som stigmatiserende at man tar opp temaet.

Retningslinjene for helsestasjon og skolehelsetjenesten tar opp at helsesøster bør stille åpne spørsmål til foreldrene som åpner opp for at de kan stille spørsmål om foreldrerollen og ta opp egne tanker. Videre er det også presisert at helsesøster bør ta opp foreldrenes psykiske helse, herunder tidligere vansker og lidelser (Helsedirektoratet, 2004). Til tross for at veileder er tydelig på at mors psykiske helse bør tas opp, opplever altså flere av informantene at dette ikke er tydelig nok. De etterlyser tydeligere rammer for hva som skal tas opp. En av informantene sier:

Jeg tenker at det er veldig stor forskjell på helsesøstrene på hvor mye fokus de har på psykisk helse fordi vi ikke har noen mal over hva vi skal spørre om i hver enkelt konsultasjon. Vi har jo Helsestasjonsboka: da og da skal de rulle over, da og da skal vi fokusere på språk og da og da er det syn og hørsel. Men den sier lite om psykisk helse. Også er det jo hvor direkte man tør være, og hvordan man er som person. For det er jo veldig personavhengig når ting ikke er nedfelt.

Hun er inne på at oppfølging av psykisk helse er personavhengig når man ikke har tydelige rammer og retningslinjer. Dette er noe flere av informantene sier noe om. På den andre siden fortalte samtlige informanter i studien min at de hadde utformet brosjyrer om psykisk helse som de delte ut på hjemmebesøket, og som ofte innledet samtalen om mors psykiske helse. En av informantene sa:

Når jeg skal ta opp psykisk helse på hjemmebesøket, bruker jeg å starte med å ta frem brosjyren og spørre om de har fått den. De skal ha fått den av jordmor i svangerskapet, men veldig få husker at de har fått den, eller har satt seg inn i den. Så bruker jeg å spørre hvordan de har hatt det etter at de kom hjem, om de har merket noe i forhold til barseltårer, eller at humøret har svinget. Og så bruker jeg å si noe om at det handler litt om at hvis man spør noen som nylig

har født om hvordan hun har det, så svarer de fleste at de har det bra, fordi det er ei forventning om lykke når man har fått barn og at det er veldig vanskelig å si noe om det hvis de ikke kjenner på disse følelsene.

Informanten viser til at hun bruker brosjyren som åpning av samtalen, og deretter snakker generelt om følelser som er vanlige å kjenne på. På den ene siden savnet helsesøstrene et mandat over hva som skal tas opp i forhold til psykisk helse. De savnet tydeligere retningslinjer over hva det skulle fokuseres på og når man skulle ta opp temaet. På den andre sida opplevde flere av helsesøstrene at det var personavhengig om temaet ble tatt opp og hvor mye tid man brukte på å snakke med mødre om det. Psykisk helse ble sammenlignet med andre vanskelige tema å snakke om, som vold og rus. Likevel har man de senere årene merket at man eksempelvis har avdekket mer vold, nettopp fordi man har snakket mer om det. Det har vært et nasjonalt satsningsområde, og man har fått nye nasjonale faglige retningslinjer der det å snakke om vold er sentralt. De nye retningslinjene tar også opp ganske konkret hva helsesøster bør snakke med foreldrene om under hjemmebesøket. Det listes opp ni punkter som helsesøster anbefales å ta opp, eksempelvis foreldrenes opplevelse av å bli foreldre, trivsel og tilpasning til foreldrerollen, herunder informasjon om normale følelser, utfordringer, opplevelser og tanker ved å bli foreldre (Helsedirektoratet, 2017). Videre anbefales det at helsesøster stiller åpne spørsmål som gir foreldrene mulighet til å ta opp egne tanker rundt barnet og foreldrerollen (ibid).

Det er også av viktighet justere seg i forhold til den man skal veilede. En av informantene i min studie sa:

Jeg synes ikke det er ubehagelig å snakke om psykisk helse, men man merker jo fort hvis mødre stenger av og ikke vil snakke om det. Da kan jeg likevel si noe om hva som er normalt å kjenne på. Men så er det fortsatt litt tabu, tror jeg, å snakke om det, så derfor prøver jeg å si at det er helt normalt å streve som mor eller som foreldre.

Det vil være en balansegang for helsesøster å snakke om psykisk helse dersom mor ikke åpner opp for det. Som informanten over sa, så kan det kan det å generalisere i slike tilfeller bidra til at mor får en bekreftelse på de vanskelige følelsene. En annen informant sa at hun tenkte det hadde en effekt bare det at mor får en bekreftelse på at det er normalt å kjenne på vanskelige følelser, og det at far er til stede og får den samme informasjonen fra helsesøster. Det kan synes som at helsesøstrene er bevisste på at det ikke blir en dialog mellom helsesøster og mor, men at det blir helsesøster som informerer. Det å bruke skjønn og magefølelse på hvordan denne samtalen skal balanseres, synes å være et poeng for flere av informantene i studien min. En samtale om psykisk helse vil fortone seg forskjellig ut fra eksempelvis alder eller kulturbakgrunn.

En studie fra Australia (Wynter et al., 2015) understreker også helsesøsters viktige rolle i å snakke om psykisk helse i barseltida, ikke bare for å identifisere problemer å henvise videre, men for å snakke om naturlige reaksjoner i etterkant av fødsel.

### **5.3.2 EPDS som utgangspunkt og redskap for samtale**

Samtlige informanter nevnte vurderingsskalaen EPDS som et ledd i det å snakke med mødre om deres psykiske helse. Ikke alle informantene i studien min brukte EPDS ved sin helsestasjon, men de hadde likevel tanker om hvilken påvirkning verktøyet ville hatt på praksis. I retningslinjene beskrives det at EPDS ikke anbefales innført nasjonalt på nåværende tidspunkt, men det fremkommer at det likevel er over en tredjedel av kommunene i Norge som benytter kartleggingsverktøyet (Helsedirektoratet, 2014). Det kan synes som om helsesøstrene hadde ulik oppfatning av bruksområdet til EPDS. En av informantene trakk frem at det var lettere å initiere en samtale om psykisk helse basert på resultatene fra utfylling av EPDS- skjemaet. Hun sa at i samtale kunne mor få situasjonen til å virke mindre kaotisk enn det som var tilfellet, men en score på EPDS- kartleggingen ville gitt dem et godt utgangspunkt for å ta tak i det som ble oppfattet som utfordrende. En annen var opptatt av at innføring av EPDS ville føre til at det ble mer likt. En av informantene sa:

Jeg tenker at det hadde vært lettere å ta opp vanskelige ting hvis man har mer system på det, for eksempel et skjema, og at alle helsesøstrene gjorde det likt.

Hvis man tenker på psykisk helse, så blir det lettere både for den som skal ta det opp og den det blir tatt opp med. At foreldrene skjønner at dette er noe som er gjengs... Kanskje er det lettere for dem å få piggene ut hvis de tenker at det er spesielt dem det blir tatt opp med...?

Vik et. al (2009) finner også at helsesøstrene i deres studie opplevde det som mindre stigmatiserende å be alle mødre fylle ut det samme skjemaet. Stigmatisering var noe flere av informantene snakket om, men på den andre siden var det ingen som hadde opplevd å bli møtt med en negativ innstilling når de tok opp temaet. Det kan virke som frykten for at foreldrene skal føle seg stigmatisert ikke er berettiget ut fra deres erfaringer. Det er presisert i retningslinjene for barselomsorgen at en individuell tilpasning av barseltilbudet er av stor betydning (Helsedirektoratet, 2014). Et betimelig spørsmål er da om EPDS styrer tjenesten bort fra den empowermentpregede veiledninga med individet i sentrum? Det at man benytter en individrettet strategi, der mor blir viet oppmerksomhet ut fra det hun oppfatter som mest utfordrende, kan være med på å forhindre at tankene og følelsene får utviklet seg i negativ retning. Bruk av kartleggingsverktøy har de senere år vært hyppig debattert, blant andre av tidligere leder av Landsgruppen av Helsesøstre NSF, Astrid Grydeland Ersvik (2012). Hun mener at helsesøstre må gjenreise troen på egen faglighet og evnen til å se barn og familie i en større sammenheng. Hun sier at vi må spørre oss om kartleggingsverktøyene blir til hjelp eller hinder når vi skal se individet og bygge relasjoner. Hun vektlegger at hun ikke er udelt negativ til alle kartleggingsverktøy, men stiller seg spørsmål om mengden som har kommet inn i helsestasjon- og skolehelsetjenesten de siste årene. Hennes bekymring er om mengden kartleggingsverktøy vil føre til en dreining bort fra helsefremmende ressursfokus til sykeliggjørende risikoleting. Hun stiller også spørsmål ved hva en utstrakt kartleggingspraksis vil bety for den enkelte familie, samt fagfolks tro på egen kompetanse (Ersvik, 2012).

Informantene i min studie som var vant til å bruke EPDS hadde et annet syn på verktøyet. De understreket at EPDS ikke var utslagsgivende for om de tok opp mors psykiske helse

eller ikke. En av informantene sa at samtalen om mors psykiske helse på hjemmebesøket var viktigere enn utfylling av EPDS på 6- uerskontrollen. De som var vant til å bruke EPDS trakk frem at innføringen av EPDS lærte dem å snakke om psykisk helse på en annen måte enn de var vant til. De fortalte at det i begynnelsen var en overgang til å skulle stille så direkte spørsmål om mors psykiske helse. En av de som brukte EPDS til daglig uttalte at hun savnet tydeligere retningslinjer over hva det er forventet at man skal spørre om. Det samme finner Vik, Aas, Willumsen & Hafting (2009) sin studie. Helsesøstre i deres studie sa at psykisk helse ikke alltid var like lett å ivareta grunnet mangel på kunnskap og verktøy, og at innføringen av EPDS hadde gitt dem et godt verktøy til å ta opp psykisk helse. En av informantene i min studie uttalte seg om prosessen med innføring av EPDS:

Da vi fikk opplæring i forhold til EPDS var det litt fremmed. Det føltes veldig merkelig å skulle være så direkte. Hvordan skulle vi snakke om det? Hvilke ord skulle vi bruke? EPDS er en ting, men det viktigste som har skjedd i opplæringa med EPDS er at vi lærte å snakke om psykisk helse. Den samtalen er mye viktigere enn scoringa vi gjør på EPDS. Det at familiene forstår at dette kan vi snakke om, og at vi kan si noe om hvorfor vi gjør det.

Det er tydelig at flere av informantene oppfatter EPDS som er verktøy for å innlede samtale om psykisk helse. Informanten over uttalte også at det viktigste som hadde skjedd i opplæringa med EPDS var at de lærte å snakke om psykisk helse. Det kan tolkes som om trening i å snakke om vanskelige tema vil gjøre praksisen enklere for helsesøstre som opplever det å samtale om psykisk helse som utfordrende. Dette støttes av Sleveland (2015) som finner i sin studie at informantene anså kartleggingsverktøy som en inngangsport for å snakke om vanskelige temaer. Å snakke om mors psykiske helse nevnt som et eksempel. Informantene trekker frem at det å ha noe felles å tilby samtlige barselkvinner i form av EPDS- skjemaet, gjør det lettere å ta initiativ til å snakke om utfordrende tema. Det trekkes frem at relasjonen kan avhenge av måten man fremstiller en slik utfylling av EPDS- skjema. Dersom det vektlegges at det er rutinemessige spørsmål som stilles til alle, er det lettere å opprettholde relasjonen, fremfor at foreldrene tar seg nær av spørsmålsstillingen eller fokuset (Sleveland, 2015).



Dahl & Clancy (2015) drøfter også bruken av kartleggingsverktøy i helsesøstertjenesten. De hevder at bruk av standardiserte verktøy tar fokuset vekk fra den individrettede omsorgen og reduserer kommunikasjonen mellom helseøster og bruker. Verktøy og retningslinjer ivaretar den evidensbaserte siden av yrket og kan gi gode resultater, men i det lange løp kan de føre til instrumentalisering av helsesøsteryrket og svekke den profesjonelle identiteten (ibid). Resultatene viser også at helsesøstre ivaretar både sekundær- og tertiær forebyggende arbeid. Det står i kontrast til lover og forskrifter for helsesøstertjenesten som understreker at helsesøster skal fokusere på helsefremmende og primærforebyggende arbeid.

### 5.3.3 Oppsummerende kommentarer

Man kan diskutere om kartleggingsverktøy er en god måte å ivareta mors psykiske helse på, men EPDS blir av informantene i studien min trukket frem som et viktig verktøy for å initiere en samtale om psykisk helse. Det viste seg at ingen av informantene hadde opplevd å bli møtt med skepsis da de tok opp temaet, men de trakk likevel frem at det kunne oppleves stigmatiserende for mødre å snakke om psykisk helse. Informantene i min studie trakk frem at de savnet klarere retningslinjer over hvordan de mer inngående skulle ta opp mors psykiske helse. Det å snakke om psykisk helse hørte til hverdagen for informantene, men ikke alle følte seg like komfortabel med å snakke om det. En god relasjon mellom mor og helsesøster er viktig for å komme i posisjon overfor mor til å snakke om hennes psykiske helse. Tilstrekkelig med tid og en ydmyk holdning bidrar til en god samtale om temaet.

## 6.0 Avslutning

Hensikten med studien min var å se på hvordan helsesøstre ivaretar mors psykiske helse i barseltiden. Resultatene viser at helsesøstre i studien min er opptatt av å bygge en god relasjon til mor, basert på respekt og tillit. Uten dette fundamentet er det utfordrende å drive veiledning i tråd med en helsefremmende tankegang. Mors behov ble viet

oppmerksomhet før helsesøstrene fokuserte på sin agenda. Viktige aspekter i hjemmebesøket er å gi tilpasset informasjon, samt avklare hvilke forventninger mor har til barseltida. I tillegg anså helsesøstrene det som viktig å kartlegge mødrenes situasjon, for å unngå at deres utfordringer blir bagatellisert. Informantene i studien min etterlyste et tettere samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for å kunne ivareta mor på best mulig måte. Retningslinjene for barselomsorgen har anbefalt tidlig hjemmebesøk av jordmor, men det er et spørsmål om ressurser før dette blir implementert i alle landets kommuner. Det å snakke om psykisk helse ble av informantene i studien min omtalt som uproblematisk, men de savnet en tydelig struktur over hva man helt konkret burde spørre om. Dette ble etterlyst både av helsesøstre som brukte kartleggingsverktøyet EPDS og de som ikke brukte det. Det ble sagt at det viktigste EPDS bidro til, var å få i gang en samtale rundt mors psykiske helse, ikke å kartlegge for barseldepresjon. I et samfunnsperspektiv handler det om hvilket fokus man skal ha på denne tida i livet der man setter et nytt liv til verden. Ved å fokusere på styrkene og mestringssevnen til den enkelte kvinne, klarer man kanskje å mobilisere ressurser i og rundt kvinnen slik at tilværelsen oppleves som sammenhengende og forutsigbar. Det handler om at helsen skal bli en positiv ressurs i hverdagslivet, at man skal gi den enkelte de verktøyene som trengs til å takle motgang og helsetruende forhold. For å oppfylle tanken om en mer helsefremmende barselomsorg er det viktig å kartlegge og forstå mødrenes helhetlige behov. Det innebærer å gi individrettet veiledning fremfor å basere tilbudet på et instrumentalistisk syn der alt skal kartlegges og måles ut fra standarsiserte verdier.

## 6.1 Videre forskning og begrensninger

Resultatene fra studien min har belyst utfordringer helsesøstre opplever i å ivareta barselkvinnen best mulig. Studien min er et bidrag inn i et felt det har blitt forsket relativt lite på barseltiden uten at fokuset har vært dreid over på sykdomsforebyggende arbeid. I videre forskning kan det være aktuelt å se på hvordan mødre oppfatter at helsesøstre ivaretar deres psykiske helse. Helsesøstre kan tenke at de gir gode tjenester, men for å få en bekreftelse på det er det viktig å få inn brukerstemmene. Brukermedvirkning i alle ledd blir understreket i retningslinjene for barselomsorgen- blir dette tatt på alvor? For å

oppfylle dette kravet vil det fremover være viktig å gjøre kvalitative og kvantitative undersøkelser for å se hvordan disse gode intensjonene faktisk oppleves. Retningslinjene for barselomsorgen tar omsorgen for den nye familien på alvor, og anbefaler tidlig hjemmebesøk av helsesøster til alle, samt tidlig hjemmebesøk av jordmor. Når man innfører nye tiltak har man en forpliktelse til å vurdere effektene – både de tilsiktede og de utilsiktede. Vi må vite at vi faktisk teller det som bør telles.

I studien min kom det frem at det er utfordrende å ivareta psykisk helse hos asylsøkere og flyktninger. Ingen av de tre kommunene representert i studien hadde foreldreforbereidende kurs eller barselgrupper for fremmedspråklige. Dette ble av informantene løftet opp som et område som krever ekstra oppmerksomhet fremover. Jeg valgte å ikke inkludere dette funnet i min studie ettersom det ville vært svært omfattende. Dette er helt klart et felt det burde forskes mer på, spesielt med tanke på at helsestasjonene skal tilby likeverdige tjenester til befolkningen.

## Bibliografi

- André, B. (2017). Omsorg i sykepleien med en helsefremmende tilnærming. *Klinisk Sygepleje*, 31(01), 60-72. Retrieved from [http://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2017/01/omsorg\\_i\\_sykepleien\\_med\\_en\\_helsefremmende\\_tilnaerming](http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2017/01/omsorg_i_sykepleien_med_en_helsefremmende_tilnaerming)
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *11*(1), 11-18.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aune, I., & Olufsen, V. (2014). En helsefremmende barselomsorg. In T. Rannestad (Ed.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (pp. 161-174). Oslo: Cappelen Damm.
- Barimani, M., Johansson, S.-E., Hylander, I., & Oxelmark, L. (2014). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 409-417. doi:10.1111/scs.12144
- Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S. E., Langiuseklöf, A., & Hylander, I. (2014). Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 57-65. doi:10.1111/scs.12036
- Borglin, G., Hentzel, J., & Bohman, D. M. (2015). Public health care nurses' views of mothers' mental health in paediatric healthcare services: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 16(5), 470-480. doi:10.1017/S1463423615000055
- Clancy, A. (2007). A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Nursing Review*, 54(2), 197-203. doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00519.x
- Clancy, A. (2012). Dybden i et helsesøstermøte. In R. Thorsen, K. S. Mæhre, K. Martinsen, & A. Sjøbu (Eds.), *Fortellinger om etikk* (pp. 63-83). Bergen: Fagbokforl., cop. 2012.
- Clancy, A., & Svensson, T. (2007). 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 8(3), 158.
- Cox, J., Holden, J., & Henshaw, C. (2014). *Perinatal mental health : the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual* (2nd ed. ed.). London: RCPsych Publications.
- Dahl, B. M., & Clancy, A. (2015). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 679-687. doi:10.1111/scs.12196
- Drageset, J. (2014). Sosial støtte- et salutogent begrep og forskningsfelt. In T. Rannestad (Ed.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (pp. 76-84). Oslo: Cappelen Damm.

- Eberhard-Gran, M., & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Ersvik, A. G. (2012). Ikke alt som teller kan telles, og ikke alt som telles teller. *Tidsskrift for helsesøstre*, 2, 68-71. Retrieved from <https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/kartleggingsverktøy.pdf>
- Espnes, G. A., & Lindström, B. (2014). Salutogenese- et viktig steg for å forstå helse? In T. Rannestad (Ed.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (pp. 26-40). Oslo: Cappelen Damm.
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>.
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Retrieved from <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/-Toc229220458>
- Gadamer, H.-G. (2004). *Truth and method* (2nd, rev. ed. translation revised by Joel Weinsheimer and Donald G. Marshall. ed.). London: Continuum.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis : til beste for barn og unge i kommune-Norge* (3. utg. ed.). Oslo: Kommuneforl.
- Glavin, K., & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten : fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.
- Gran, M. A. (2012). Forskere advarer mot fancy matpakketrend. Retrieved from <http://www.osloby.no/nyheter/Forskere-advarer-mot-fancy-matpakketrend-6979875.html#>
- Grøholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2008). *Lærebok i barnepsykiatri* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Gulddal, J., & Møller, M. (1999). *Hermeneutik : en antologi om forståelse*. København: Gyldendal.
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458-466. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen–Rett behandling–på rett sted–til rett tid*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten : veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450*. Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud; kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseth, S. (2007). En mestringsmodell. In K. Glavin, S. Helseth, & K. L. Gravdal (Eds.), *Fra tanke til handling* (pp. 206-219). Oslo: Akribe, cop. 2007.
- Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- LaH NSF. (2015). *Trygg, tydelig og tilgjengelig- rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten*. Oslo: LaH NSF.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440. doi:10.1136/jech.2005.034777
- Løgstrup, K. E. (1982). *System og symbol. Essays*. København: Gyldendal.
- Løgstrup, K. E. (1983). *Metafysik : 2 : Kunst og erkendelse : kunstfilosofiske betragtninger* (Vol. 2). Copenhagen: Gyldendal.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. In T. K. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. r. Kim (Eds.), *Sykepleiens grunnlagsproblemer : etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn* (pp. 60-84). Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Misvær, N., & Lagerløv, P. (2013). *Håndbok for helsestasjoner* (3. utg. ed.). Oslo: Kommuneforl.
- Mld. St. 12. (2008-2009). *En gledelig begivenhet : om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.
- NSD. (2017). Norsk senter for forskningsdata. Retrieved from <http://www.nsd.uib.no/om/>
- Nygård, I. J., Nåden, D., & Foss, B. (2011). Hvordan kan samtale bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon? *Nordic Journal of Nursing Research*, 31(1), 34-38. doi:10.1177/010740831103100108
- Olesen, B. R. (2004). *Omsorg som profession : et studie af roller og replikker i sundhedsplejebesøget* (Faksimileutg. ed.). Oslo: Pensumtjeneste.
- Rannestad, T., & Haugan, G. (2014). Helsefremming i kommunehelsetjenesten. In G. Haugan & T. r. Rannestad (Eds.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappellen Damm AS.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242. doi:10.1016/j.midw.2009.06.005
- Ruud, K. (2008). *Helsesøsters bidrag til foreldrerollen*. (Master i helse og sosialfag, Universitetet i Stavanger). Retrieved from [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/184097/Ruud%2c Kirsti.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/184097/Ruud%2c%20Kirsti.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Saugstad, T., & Mach-Zagal, R. (2003). *Sundhedspædagogik for praktikere* (2. udg. ed.). København: Munksgaard.
- Sjetne, I. S., Holmboe, O., Iversen, H. H., & Kjøllesdal, J. G. (2013). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen : resultater for hele landet* PasOpp-rapport, Vol. nr 6-2013.
- Sleveland, B. (2015). *Helsesøsters erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjon for barn 0-5 år*. (Master UiT Norges arktiske universitet), Sleveland, Bente, UiT Norges Arktiske universitet.
- Slinning, K., & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. In K. Slinning, M. B. Hansen, V. Moe, & E. Smith (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. s. 323-346). Oslo: Gyldendal akademisk, 2010.
- Spurkeland, J. (2005). *Relasjonskompetanse : resultater gjennom samhandling*. Oslo: Universitetsforl.
- Sæther, R. M. (2011). Nå kan du passe ungen fra andre siden av jordkloden. Retrieved from [http://www.teknofil.no/artikler/naa\\_kan\\_du\\_passe\\_ungen\\_fra\\_andre\\_siden\\_av\\_jordkloden/104145](http://www.teknofil.no/artikler/naa_kan_du_passe_ungen_fra_andre_siden_av_jordkloden/104145)
- Tani, F., & Castagna, V. (2017). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 30(6), 689-692. doi:10.1080/14767058.2016.1182980
- Tegnander, E., & Brunstad, A. (2010). *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo: Akribe.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tveit, G. N. I., & Söderhamn, U. S. U. (2015). Hva gjør førstegangsmødre for å mestre barnestellet i tidlig barseltid? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(02). Retrieved from [http://www.idunn.no/ts/nsf/2015/02/hva\\_gjoer\\_foerstegangsmoedre\\_fora\\_a\\_mestre\\_barnestellet\\_itidli](http://www.idunn.no/ts/nsf/2015/02/hva_gjoer_foerstegangsmoedre_fora_a_mestre_barnestellet_itidli)
- Tveiten, S. (2007a). *Den vet best hvor skoen trykker- : om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforl.
- Tveiten, S. (2007b). Ulike tilnæringsmetoder i praksis. In K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (Eds.), *Fra tanke til handling : metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (pp. 173-189). Oslo: Akribe.
- Vik, K., Aass, I. M., Willumsen, A. B., & Hafting, M. (2009). "It's about focusing on the mother's mental health": Screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective - a qualitative study. ["It's about focusing on the mother's mental health": Screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective - a qualitative study]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(3), 239-245. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1177/1403494808100275>
- Wynter, K., Rowe, H., Burns, J., & Fisher, J. (2015). Prevention of postnatal mental health problems: a survey of Victorian Maternal and Child Health Nurses. *Aust. J. Adv. Nurs.*, 33(1), 29-37.

- Økland, T., & Hjälmhult, E. (2012). Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. [Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt]. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 224-231. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0128>
- Aaserud, T. G., Tveiten, S., & Gjerlaug, A. K. (2016). Home visits from midwife early in the postpartum period. *Hjemmebesök av jordmor i tidlig barseltid*, 11(e-59215).



## Vedlegg 1

Til rådmann

Linn Nybø  
Bulrats vei 23  
8020 Bodø

Bodø 23.09.16

Informasjon vedrørende mastergradsprosjekt

Ønsker med dette å informere om at undertegnede har rettet en forespørsel til ledende helsesøster, med spørsmål om noen av helsesøstrene kan tenke seg å stille som deltaker i mitt prosjekt. Prosjektet omhandler hvordan helsesøstre snakker med mødre om deres psykiske helse i barselperioden, og krever ingen forberedelse fra helsesøstrenes side. Å være deltaker innebærer at undertegnede kommer til deres arbeidssted og gjennomfører intervju med den enkelte helsesøster. Intervjuet er berammet til ca 45 minutter. Prosjektet er godkjent av NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, hvilket vil si at det oppfyller krav til behandling av personopplysninger. Jeg håper kommunen stiller seg positiv til min henvendelse

Praktisk informasjon: Master i helsefag, retning helsesøsterfag UiT Norges arktiske universitet

Mastergradstudent: Linn Adele Orø Nybø

Veileder: Anne- Gerd Karlsen, UiT

Mvh Linn A. O. Nybø

## Vedlegg 2

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

#### **”Helsesøstres erfaringer rundt det å samtale om mors psykiske helse i barseltida”**

**Bakgrunn og formål:** Prosjektet er en mastergradsstudie i helsesøsterfag ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø. Formålet med studien er å skaffe til veie helsesøstres erfaringer om det å samtale om mors psykiske helse i barseltida.

Denne studien søker erfaringer fra helsesøstre som jobber som helsesøster i helsestasjon.

**Hva innebærer deltakelse i studien?** Studien innebærer et intervju med varighet på ca. 45 min. Det er et muntlig intervju, og spørsmålene vil handle om dine erfaringer i arbeidet som helsesøster, med spesiell vekt på samtalen rundt mors psykiske helse.

**Hva skjer med informasjonen om deg?** Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, og alle personopplysninger vil bli behandlet i henhold til deres regler. Det er planlagt at intervjuene blir tatt opp med båndopptaker. Lydopptaket vil bli oppbevart utilgjengelig for alle andre enn student inntil transkriberingen og analyseprosessen er gjennomført. Lydbåndet vil så bli slettet. Din identitet vil ikke fremkomme i noe av materialet. I tillegg vil du bli anonymisert slik at det ikke er mulig å resonnerer seg frem til hvem du er. Prosjektets veileder kan også komme i kontakt med intervjumaterialet, men både veileder og student har taushetsplikt i følge Helsepersonelloven. Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av juni 2017, og da vil alt nedskrevet intervjumateriale og personopplysninger bli makulert. Dersom du samtykker til å delta i studien, har du rett til innsyn i de opplysningene som er registrert på deg.

**Frivillig deltakelse:** Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Har spørsmål til studien, ta kontakt med:

1. - Student Linn Nybø, tlf 47 63 44 91 eller
2. - prosjektets veileder Anne- Gerd Karlsen, UiT, tlf 776 60 627

Takk for at du har tatt deg tid til å sette deg inn i prosjektet mitt. Jeg håper du finner det interessant og ønsker å delta. Dersom du velger å delta i studien, tar jeg kontakt med deg for å avtale tidspunkt for intervju så snart jeg har mottatt underskrevet samtykkeskjema (Vedlagt).

Mvh Linn A. O. Nybø

Vedlegg 3

**Samtykke til deltakelse i studien:**

**«Helsesøstres erfaringer rundt det å samtale om mors psykiske helse i barseltida»**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

----- (Navn på  
prosjektdeltaker) Samtykket innebærer at jeg stiller til intervju med mastergradstudent  
Linn Nybø for å fortelle om erfaringer knyttet til det å samtale om mors psykiske helse i  
barseltida.

Min deltakelse er frivillig, og jeg mottar ingen lønn eller ytelser for deltakelsen.

Sted:..... Dato:.....

Signatur..... Telefonnummer:.....

E- post:.....

Kontaktadresse:.....

## Vedlegg 4

### Intervjuguide

1. Hvor lang erfaring har du som helsesøster?
2. Hvor har du din erfaring fra (helsestasjon/ skolehelsetjeneste)?
3. Fortell om hva din erfaring betyr i din utøvelse av faget?
4. Hva tenker du om å tematisere mors psykiske helse i en konsultasjon?
5. Hva tenker du er viktigst å ivareta i første møte med mor til nyfødt barn?
6. Kan du beskrive en konsultasjon der du tar opp mors psykiske helse?
  - Når tar du det opp første gang?
  - Hvor ofte er mors psykiske helse tema det første leveåret til barnet?
  - Rutiner for samarbeid rundt (mødre i risiko)?
7. Hva skal til for at du skal kunne tematisere psykisk helse i en konsultasjon?
  - (Stemming?)
  - (Tid?)
  - (Relasjon?)
8. Hva tenker du er utslagsgivende for hvordan mødre håndterer den nye livssituasjonen?
9. Hvordan skiller du mellom vanlige reaksjoner etter fødsel og mødre som strever psykisk?
10. Hva gjør du hvis du møter en mor som åpenbart har det vanskelig?
  - Oppfølging?
  - Muligheter for å henvise videre
11. Hva er det som bekymrer nybakte mødre, og har du inntrykk av at det har endret seg?
  
12. Er det andre ting du ønsker å ta opp i denne forbindelse?

## Vedlegg 5



Ellinor Beddari  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 22.06.2016

Vår ref: 48809 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

|                      |  |
|----------------------|--|
| 48809                | <i>Helsesøstres erfaringer rundt samtalen om mors psykiske helse før og etter innføring av depresjonsskalaen Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i> |
| Behandlingsansvarlig | UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder  |
| Daglig ansvarlig     | Ellinor Beddari  |
| Student              | Linn Nybø  |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillter kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Anne-Mette Somby

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

## Vedlegg 6

# Endringsskjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Endringsskjema sendes per e-post til:

personvernombudet@nsd.uib.no

| 1. PROSJEKT                                  |                          |
|--|--------------------------|
| Navn på daglig ansvarlig:<br>Ellinor Beddari | Prosjektnummer:<br>48809 |
| Evt. navn på student:<br>Linn Adele Orø Nybø |                          |

| 2. BESKRIV ENDRING(ENE)   |   |
|---|---|
| Endring av daglig ansvarlig/veileder:<br>Ny veileder:<br>Anne- Gerd Karlsen, UiT<br>Tlf; 776 60627<br>E- post: <a href="mailto:anne.karlsen@uit.no">anne.karlsen@uit.no</a><br>Ellinor Beddari var oppført som veileder ettersom det ble søkt om godkjenning fra NSD i institusjonenes sommerferie, og endelig veilder ikke var tilsatt. Legger ved mail fra veileder Anne- Gerd Karlsen som bekreftelse. | <i>Ved bytte av daglig ansvarlig må bekreftelse fra tidligere og ny daglig ansvarlig vedlegges. Dersom vedkommende har sluttet ved institusjonen, må bekreftelse fra representant på minimum instituttnivå vedlegges.</i> |
| Endring av dato for anonymisering av datamaterialet:  | <i>Ved forlengelse på mer enn ett år utover det deltakerne er informert om, skal det fortrinnsvis gis ny informasjon til deltakerne.</i>  |
| Gis det ny informasjon til utvalget? Ja: ____ Nei: ____ Hvis nei, grunn:  |   |
| Endring av metode(r):<br>Ingen endring i metode   | <i>Angi hvilke nye metoder som skal benyttes, f.eks. intervju, spørreskjema, observasjon, registerdata, osv.</i>  |
| Endring av utvalg:<br>Ingen endring i utvalg  | <i>Dersom det er snakk om små endringer i antall deltakere er endringsmelding som regel ikke nødvendig. Ta kontakt på telefon før du sender inn skjema dersom du er i tvil.</i>   |
| Annet:<br>Endring i tema, og følgelig i informasjonsskrivet til deltakere, samt i intervjuguiden. Utvalg og metode er uendret.  |   |

| 3. TILLEGGSOPPLYSNINGER |
|-------------------------|
|-------------------------|

|  |
|--|
|  |
|--|

| 4. ANTALL VEDLEGG  |  |
|--|--|
| 2 (3 om man inkluderer videresending av mail fra veileder) | <i>Legg ved eventuelle nye vedlegg (informasjonsskriv, intervjuguide, spørreskjema, tillatelser, og liknende.)</i> |

Prosjektnr: 48809. Helsesøstres erfaringer rundt det å samtale med mor om hennes psykiske helse i barseltida.

#### BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Viser til e-post mottatt 15.01.2017 angående prosjekt 48809. Helsesøstres erfaringer rundt det å samtale med mor om hennes psykiske helse i barseltida. Av e-posten går det fram at det var flere endringer som ble meldt inn 22.12.2016. Vi har derfor endret prosjektets tittel til ovennevnte, samt registrert at ny intervjuguide anvendes (vedlagt endringsmeldingen mottatt 22.12.2016). Utvalg og metode er den samme. Det vedlagte informasjonsskrivet er oppdatert og er godt utformet.

Vi anbefaler at helsesøstre som intervjues rutinemessig minnes om at de har taushetsplikt ovenfor forsker og således ikke kan oppgi informasjon om enkeltpasienter på en måte som gjør at de gjenkjennes.

Forøvrig har vi ingen merknader til endringen.

--

Åsne Halskau  
Seniorrådgiver | Senior Adviser  
Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services  
T: [\(+47\) 55 58 21 88](tel:+4755582188)

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data  
Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen  
T: [\(+47\) 55 58 21 17](tel:+4755582117)  
[postmottak@nsd.no](mailto:postmottak@nsd.no) [www.nsd.no](http://www.nsd.no)

Vedlegg 7  
Litteratormatrise

| Referanse   | Hensikt   | Metode   | Resultat/<br>konklusjon   |
|---|---|--|---|
| <b>Hva gjør førstegangsmødre for å mestre barnestellet i tidlig barseltid? (Tveit &amp; Söderhamn, 2015)</b>                                    | Hensikten med studien var å undersøke hva førstegangsmødre gjør for å mestre barnestellet de første to ukene etter fødsel   | Kvalitativ studie.<br>Intervju av sju førstegangsmødre | Informantene forberedte seg ved å tilegne seg kunnskap og ferdigheter. Mødre bør få hensiktsmessig hjelp og støtte fra helsesøster/jordmor for å mestre barnestellet  |
| <b>A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers (Haga et al., 2012)</b>                                   | Få innsikt i hvorfor noen kvinner strever med overgangen til morsrollen i en slik grad at de kjenner på depressive symptomer, mens andre føler seg tilfreds i den nye rollen som mor. | Kvalitativ studie.<br>Intervju av 12 førstegangsmødre  | Forventninger til morsrollen påvirket mødrenes opplevelse av barseltiden og kunne føre til stress hos mange. Sosial støtte var viktig. Flere mødre følte at helsesøstre fokuserte på å normalisere i setede for å ta dem på alvor.        |
| <b>Public health care nurses' views of mothers' mental health in paediatric healthcare services: a qualitative study (Borglin et al., 2015)</b> | Å se nærmere på helsesøstres oppfattelse og erfaringer med psykisk helse og forebygging av dårlig psykisk helse etter fødsel  | Kvalitativ studie.<br>Intervju av 8 helsesøstre        | Helsesøstre har en viktig funksjon i å fokusere på mors psykiske helse etter fødsel. Helsesøstre møter både mor og barn flere ganger i løpet av det første leveåret, og har derfor en unik mulighet til å støtte mor og fremme god helse. |
| <b>Support and continuity the first</b>   | Å undersøke mors tilfredshet med  | Kvantitativ studie                                     | Stor forskjell i tilfredshet med  |



|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>two weeks postpartum. (Barimani, Johansson, et al., 2014)</b>  | helsetjenestene i svangerskap, fødsel og barseltid  |  | tjenestene. Helsetjenestene i barseltid kommer best ut.. 40% rapporterte at det var for lite fokus på mors psykiske og fysiske helse.   |
| <b>Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum (Barimani, Oxelmark, et al., 2014)</b> | Undersøke mødres tilfredshet med helsetjenestene i de første to ukene av barseltida, samt i hvilken grad de oppsøkte sykehus i denne tida | Kvantitativ undersøkelse   | Resultatene viser at mødre som opplever en vanskelig fødsel ikke føler seg godt nok ivaretatt.  |
| <b>Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt (Økland &amp; Hjälmhult, 2012)</b>             | Å utforske mødres erfaringer den første tiden hjemme med en nyfødt  | Grounded theory ble brukt ved innsamling av data fra syv fokusgruppeintervju | Det å lykkes med amming synes å være en viktig del av morsrollen. Det er viktig at helsepersonell ikke undervurderer foreldrenes behov for informasjon den første sårbare tiden |
| <b>Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid</b>  | Å belyse kvinnes opplevelser og erfaringer med hjemmebesøk av kommunalt ansatt jordmor i tidlig barseltid                                 | Kvalitativ studie. Intervju med ni mødre                                     | Mødre ønsker kontinuitet i oppfølgingen den første tida etter fødsel. Bedre samarbeid mellom helsesøstre og jordmødre kan bidra til en mer individtilpasset barselomsorg        |
| <b>“It’s about focusing on the mother’s mental health”: Screening for</b>   | Å utforske erfaringer fra implementering av EPDS som screening  | Kvalitativ studie. Intervju med seks helsesøstre og en jordmor               | EPDS viste seg å være et nyttig verktøy for å snakke om psykisk helse. Fokuset i  |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <p><b>postnatal depression seen from the health visitors' perspective – a qualitative study</b></p> <p>(Vik et al., 2009)</p>   |   |   | <p>konsultasjonen blir også på mor og forholdet mellom mor og barn</p>   |
| <p><b>Maternal social support, quality of birth experience and postpartum depression in primiparous women</b></p> <p>(Tani &amp; Castagna, 2017)</p>                      | <p>Å se på betydningen av sosial støtte i svangerskapet og hvilken innvirkning den har på mødres opplevelse av fødselen og utvikling av barseldepresjon</p> | <p>Longitudinell studie med 179 kvinner på tre ulike tidspunkt (svangerskap, fødsel, barseltid)</p> | <p>Sosial støtte i svangerskapet spiller en betydelig rolle som beskyttende faktor mot barseldepresjon.</p>  |
| <p><b>Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study</b></p> <p>(Razurel et al., 2011)</p> | <p>Å identifisere problemer og hendelser som oppleves stressende for mødre i barseltida, samt se på hvordan mødre håndterer utfordringene</p>               | <p>En kvalitativ studie av 60 kvinner i Sveits</p>  | <p>Mødre opplever fravær av støtte fra helsepersonell i perioden etter fødsel. Amming oppleves som utfordrende- det er et misforhold mellom forventninger til ammingen og den faktiske opplevelsen</p> |
| <p><b>Prevention of postnatal mental health problems: a survey of Victorian Maternal and Child Health Nurses</b></p> <p>(Wynter et al., 2015)</p>                         | <p>Å se på hva helsepersonell tenker som bidrar til dårlig psykisk helse blant mødre som nylig har født</p>   | <p>Tverrsnittstudie</p>   | <p>Helsepersonell oppga sosiale faktorer som bidragsyter til dårlig psykisk helse, i tillegg til at mødre hadde for lite informasjon om barseltida. Mangel på sosial støtte var en risikofaktor</p>    |