



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Helsesykepleier på hjemmebesøk hos mødre med innvandrerbakgrunn

En kvalitativ intervjustudie av mødrenes opplevelser

Anna Yulieva Jensen

Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag, HEL- 3903, mai, 2020

Antall ord: 22 480

Forord

Å skrive masteroppgave har vært en lærerik, interessant og krevende prosess og samtidig en spennende utfordring. Det er lagt ned mye arbeid som har krevd at jeg har vært målbevisst og strukturert. Prosessen har bidratt til å tilegne meg mer kunnskap og utvikle min faglige kompetanse innenfor helsesykepleie og forskningsfeltet.

Jeg vil først og fremst takke min veileder, professor Anne Clancy for god støtte og veiledning samt raske, konkrete og konstruktive tilbakemeldinger. Og som har hjulpet meg med å holde motivasjonen oppe gjennom hele prosessen.

Jeg vil også takke kvinnene som viste interesse for min studie og valgte å dele sine erfaringer med meg.

Takk til min leder for tilrettelegging og mine kolleger for støtte og oppmuntring.

Anna Yulieva Jensen
Mai, 2020

Sammendrag

Bakgrunn: Hjemmebesøk av helsesykepleier etter fødsel er et universelt tilbud til alle familier med nyfødt barn i Norge. Mange mødre kan oppleve den første tiden etter fødsel som en sårbar periode med emosjonelle endringer og usikkerhet i foreldrerollen. Dette gjelder også mødre med innvandrerbakgrunn. Det foreligger lite forskning på hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever å bli ivaretatt av helsesykepleier på hjemmebesøk etter fødsel. Større innsikt i mødrenes opplevelser fra det første møte med helsesykepleier kan være av betydning for helsesykepleiere i arbeidet med å gi et likeverdig tilbud til alle mødre, uavhengig av etnisitet og kulturell bakgrunn.

Problemstilling: Hvordan ivaretas mødre med innvandrerbakgrunn av helsesykepleier på hjemmebesøk etter fødsel?

Teori: Studiens teoretiske grunnlag bygger på teori om interkulturell kommunikasjon, relasjonsbygging, likeverdighet, respekt og profesjonalitet. Tillitsskapende tilnærming som grunnlag for kommunikasjon drøftes i lys av Løgstrup's tenkning. I tillegg drøftes betydningen av støtte og omsorg i perioden etter fødsel.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Det er gjennomført individuelt dybdeintervju med seks mødre med innvandrerbakgrunn som har hatt hjemmebesøk av helsesykepleier. Analysen av det empiriske materialet følger trinnene i systematisk tekstkondensering inspirert av Kirsti Malterud.

Resultat: Empirien viser at mødre med innvandrerbakgrunn satte pris på helsesykepleiers profesjonelle kompetanse og de opplevde betryggende tilnærming. Opplevelsen av annerkjennelse og respekt var viktig for å få tillit til helsesykepleier. Samtidig framkommer følelser av usikkerhet knyttet til helsesykepleiers rolle og hensikten med og innholdet i hjemmebesøksstilbudet, samt ønske om bedre oppfølging av mors psykososial helse.

Konklusjon: Studien gir en verdifull innsikt i helsesykepleiers hjemmebesøkspraksis utfra mødrenes opplevelser. Studien viser behovet for større bevissthet blant helsesykepleiere om hvordan møte kvinner med innvandrerbakgrunn og de som befinner seg i en sårbar situasjon etter fødsel. Helsesykepleiere bør være oppmerksomme på at situasjonsforståelse og skjønnsmessig vurdering er viktige forutsetninger for å skape tillitsfulle relasjoner. I tillegg kan informasjonsformidling i forkant av hjemmebesøket bli bedre.

Nøkkelord: barselomsorg, helsesykepleier, hjemmebesøk, mødre med innvandrerbakgrunn, relasjoner

Abstract

Background: Immigrant mothers can experience intense emotions and uncertainty in their parental role and be particularly vulnerable during the postnatal period. There is limited research on how mothers who have immigrated to Norway experience the public health nurse's first home visit. Greater insight into these mothers' experiences can be important for public health nurses in order to provide equal health services to all mothers, regardless of their ethnicity and cultural background.

Research question: How do mothers who have immigrated to Norway experience the public health nurse's care at the first home visit?

Theory: The theoretical framework for the study is based on theory of intercultural communication, caring relationships, recognition, respect and professional approach. Trust as a fundament in communication is discussed in the context of Løgstrup's philosophy. Furthermore, the study explores how public health nurses support immigrant mothers during the home visit.

Method: The study has a qualitative design. Individual semi-structured interviews were conducted with six mothers who have recently immigrated to Norway. The data were analyzed using systematic text condensation inspired by professor Kirsti Malterud.

Results: The study shows that mothers with an immigrant background appreciated the public health nurse's professional and friendly approach. The participants' experience of support, recognition and respect was important for building relationships based on trust. At the same time, the mothers felt insecurity regarding the purpose and content of the home visit and highlighted the importance of information and psychosocial support.

Conclusion: The study is relevant to public health nurses' practice as it creates awareness of immigrant mothers' experience of the postpartum period in a new country and gives valuable insight into how the public health nurse's approach can be tailored to meet their needs. The study reveals that to improve their practice, health nurses need to be aware of the cultural context in the situation and use discerning judgement to develop a positive interpersonal relationship. Immigrant mothers need also more information about the purpose and content of the home visit.

Keywords: public health nurse, home visit, immigrant mothers, postnatal care, relationships

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.3	Hensikt og formål.....	4
1.4	Avgrensning og begrepsavklaring.....	4
1.5	Oppgavens disposisjon.....	5
2	Tidligere forskning	6
2.1	Barselperioden og erfaringer med hjemmebesøk.....	6
2.2	Interkulturell kommunikasjon	7
2.3	Relasjonsbygging	7
2.4	Fordeler med hjemmebesøk	8
3	Teoretisk perspektiv	10
3.1	Interkulturell kommunikasjon og kulturkompetanse	10
3.2	Tillitsfull relasjon	11
3.3	Det helsefremmende perspektiv	11
4	Metode.....	13
4.1	Valg av forskningsmetode.....	13
4.2	Vitenskapelig utgangspunkt og forforståelse	13
4.3	Strategisk utvalg og rekrutteringsprosessen.....	15
4.4	Fremgangsmåte for rekruttering av deltakerne	16
4.5	Planlegging og gjennomføring av det kvalitative intervjuet	19
4.6	Transkripsjon.....	21
4.7	Kvalitativ analyse av det empiriske materialet	22
4.7.1	Analysetrinn 1. Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige tema	23
4.7.2	Analysetrinn 2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige tema til koder.....	24
4.7.3	Analysetrinn 3. Kondensering.....	25

4.7.4	Analysetrinn 4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.....	27
4.8	Forskningsetiske overveielser	28
5	Presentasjon av resultatene.....	30
5.1	Forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten	30
5.1.1	Informasjonsformidling.....	30
5.1.2	Interkulturell kommunikasjon	33
5.2	Mødrenes behov for støtte i barselperioden	33
5.2.1	Mors sosiale nettverk	33
5.2.2	Sårbarhet.....	34
5.3	Helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging	35
5.3.1	Opplevelse av trygghet.....	35
5.3.2	Profesjonalitet, likeverdighet og respekt.....	35
5.3.3	Opplevelse av kontinuitet.....	37
6	Diskusjon.....	38
6.1	Forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten	38
6.2	Mødrenes behov for støtte i barselperioden	42
6.3	Helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging	44
6.4	Metodiske refleksjoner	48
7	Oppsummering og konklusjon	50
7.1	Teoretiske implikasjoner og betydning for praksis	50
	Referanseliste	52
	Artikkel.....	59

Vedlegg 1 - COREQ checklist

Vedlegg 2 - Forespørsel til helseledelsen i kommunen

Vedlegg 3 - Forespørsel om hjelp til rekruttering

Vedlegg 4 - Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 5 - Rekrutteringsplakat

Vedlegg 6 - Intervjuguide

Vedlegg 7 - REK vurdering

Vedlegg 8 – NSD vurdering

1 Innledning

Tema for denne kvalitative studien er helsesykepleiers hjemmebesøk til mødre med innvandrerbakgrunn og deres nyfødte barn. Helsestasjonstjenestens tilbud i Norge reguleres av lover, forskrifter, nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Ifølge helse - og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2) skal kommunene tilby helsefremmende og forebyggende tjenester – deriblant helsestasjonstjeneste og barselomsorgstjenester. Tilbudet i helsestasjonen skal omfatte hjemmebesøk til nyfødte, jf. forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid (2018, § 3-5).

Hjemmebesøk til nyfødte barn og deres familie er en velkjent arbeidsmetode med lange tradisjoner i Norge (Hjälmhult, 2016; Glavin, 2016). Allerede fra 1900-tallet med etablering av spedbarns klinikker og barnepleiestasjoner begynte sykepleierne å besøke familier med nyfødte barn. Det ble formidlet helseopplysning om blant annet ernæring, hygiene og forebygging av smittsomme sykdommer (Hjälmhult, 2016). Kontrollaspektet med observasjon av familiens bolig og hygieniske forhold var en fremtredende og viktig oppgave (Janson, 2002).

I nåtidens helsestasjonsarbeid har hjemmebesøk en stor legitimitet hos helsestasjonsbrukerne med flere aspekter, og ikke hovedsakelig kontrollfunksjon (Fagerlund, 2016; Hjälmhult, 2016). Hjemmebesøk innbefatter blant annet kartlegging av foreldrenes fysiske og psykiske helse og trivsel, fødselsopplevelse, samliv, foreldrerollen og familiens sosiale nettverk. I løpet av hjemmebesøket bør helsesykepleier observere barnets trivsel og vektøkning, motorikk, foreldrenes samspill med barnet, gi informasjon og tilby veiledning om tema som amming, barnets søvnrytme, samspill mellom foreldre og barn, barnets reguleringsevne og stimulering (Helsedirektoratet, 2017).

Hensikten med hjemmebesøket er å etablere kontakt med familien i deres eget miljø og gi støtte og veiledning etter foreldrenes behov. På hjemmebesøk får helsesykepleiere en unik mulighet til å bli kjent med familien og danne seg et helhetlig bilde av deres situasjon og eventuelle utfordringer (Aaserud, Tveiten & Gjerlaug, 2016). På denne måten kan helsesykepleier lettere tilpasses informasjon, tiltak og oppfølging som tar hensyn til familiens og barnets behov. Å komme hjem til familiene som en gjest gir en mer likeverdig relasjon som danner grunnlaget for videre samarbeid (Hjälmhult, 2016). Foreldrene føler seg tryggere og mer avslappet slik at de lettere kan ta opp temaer som er viktige for dem (Jansson, Peterson & Udén, 2001).

For de aller fleste er helsestasjonen den eneste offentlige instans som møter barn og foreldre gjennom det første året og helsestasjonen har mulighet til å nå alle befolkningsgrupper i samfunnet (Helsedirektoratet, 2017). Norge er et flerkulturelt land og innvandrerbefolkningen forventes å øke kraftig i årene framover (Salole & Holme, 2016; Jávo, 2015). Tall fra Statistisk sentralbyrå pr 1.januar 2020 viser at andel innvandrere og norskfødte barn med innvandrerforeldre utgjør til sammen 979 254 personer eller 18, 2 % prosent av totalbefolkningen i Norge (SSB, 2020). Helsestasjonen har hatt en stor økning i antall familier med innvandrerbakgrunn (Helsedirektoratet, 2017) og krysskulturelle møter er en del av hverdagen i helsestasjonstjenesten (Salole & Holme, 2016). Sosiokulturelle forskjeller og utfordringer i kommunikasjon medfører ofte behov for tilrettelegging av tjenestene, ikke minst når det gjelder hjemmebesøksstilbudet som en del av helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjemmebesøk fra helsesykepleier er et universalt tilbud som tilbys alle familier med nyfødt barn uavhengig av sosial tilhørighet eller bakgrunn (Helsedirektoratet, 2017). Tilbudet skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, erfaring, kultur- og språkbakgrunn, jf. pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5). Studier viser at fordelene med hjemmebesøk av helsesykepleier er mange og bør fremheves som en viktig del av det forebyggende arbeidet (Hjälmhult, 2016; Glavin et al, 2016).

Barselomsorgen i Norge er i endring og de siste årene har barseloppholdet blitt redusert ved norske sykehus, noe som resulterer i tidligere hjemreise for mor og barn (Hjälmhult & Økland, 2012; Helsedirektoratet, 2014). Å få et barn er en gledelig begivenhet, men også en overgangsperiode i livet, med store emosjonelle endringer og varierende grad av usikkerhet i foreldrerollen (Eberhard-Gran & Slinning, 2007; Aston et al, 2015). Mange mødre opplever den første tiden etter fødsel som en sårbar periode og noen kvinner kan gå gjennom store omstillinger i sin familiesituasjon (Hjälmhult, 2012). Mødre med innvandrerbakgrunn kan være spesielt sårbare i perioden etter fødsel grunnet kulturelle, språklige og sosioøkonomiske faktorer (Sword, Watt & Krueger, 2006). Kvinnene kan også føle seg usikre på det norske samfunnets forventninger og hvordan disse samsvarer med deres syn på foreldrerollen (Jávò, 2015; Annexstad, 2016). Egne forventninger til foreldrerollen kan stå i kontrast med virkeligheten, noe som kan virke overveldende og gi en følelse av utilstrekkelighet (Phelan, 2014). Helsestasjonstjenesten har en viktig rolle i å styrke foreldrenes mestringsopplevelse og

gjennom veiledning bygge bro mellom kulturelt betinget opplevelse av god oppdragelse og forventninger til foreldrerollen i et annet land (Annexstad, 2016).

Flere nasjonale og internasjonale studier utforsker hjemmebesøk som arbeidsmetode og helsesykepleiernes og mødrenes erfaringer med tilbudet. Det foreligger derimot lite forskning rettet spesifikt mot mødre med innvandrerbakgrunn og deres opplevelser fra det første møte med helsesykepleier på hjemmebesøk.

En rapport framlagt av Sjetne, Kjøllesdal, Iversen & Holmboe (2013) utforsket brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge. Studien viser at kvinner med innvandrerbakgrunn hadde mindre positive erfaringer med helsestasjonstjenesten etter fødsel enn norske kvinner. En svensk kvantitativ studie av Jansson, Sivberg, Larsson & Udén (2002) undersøkte førstegangsmødres tilfredshet med hjemmebesøk av helsesykepleier etter fødsel. De fant at mødre med lav sosioøkonomisk status og mødre med utenlandsk bakgrunn var mindre fornøyde med helsesykepleiers hjemmebesøk når det gjaldt kommunikasjon og opplevelsen av respekt. Mødrene uttrykte i tillegg usikkerhet om videre kontakt med helsestasjonen (Jansson et al, 2002). I en systematisk oversiktsstudie av Hjälmhult (2009) påpekes det at disse funn utfordrer helsestasjonstjenesten i hva som kan gjøres for å imøtekomme mødre med innvandrerbakgrunn og lav sosioøkonomisk status (Hjälmhult, 2009). Hjälmhult & Lomberg (2012) utforsket mødrenes opplevelser den første tiden hjemme med et nyfødt og bemerker at forskning på mødre med annen språklig bakgrunn kunne gitt ytterligere detaljer.

Med bakgrunn i foreliggende forskning ønsket jeg å få en større innsikt i innvandrermodrenes erfaringer fra helsesykepleiers hjemmebesøk etter fødsel.

1.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i bakgrunn for valg av tema og målet med studien er det utarbeidet følgende problemstilling: Hvordan ivaretas mødre med innvandrerbakgrunn av helsesykepleier på hjemmebesøk etter fødsel?

Problemstillingen presiseres gjennom følgende forskningsspørsmål:

Hvordan opplever mødre kommunikasjonen og ivaretakelsen av egne behov på hjemmebesøket?

Hvordan opplever mødrene relasjonen til helsesykepleier etter det første møte i familiens hjem?

1.3 Hensikt og formål

Formålet med studien er å få en dypere forståelse og mer kunnskap om hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever det første møte med helsesykepleier på hjemmebesøk. Større innsikt i mødrenes opplevelser kan være av betydning for helsesykepleiere i arbeidet med å gi likeverdig tilbud til alle mødre, uavhengig av etnisitet og kulturell bakgrunn.

1.4 Avgrensning og begrepsavklaring

Studien omfatter den første kontakten og møtet mellom helsesykepleier og mødre med innvandrerbakgrunn i familiens hjem. Det første møte på hjemmebesøk kan i seg selv åpne opp for innsikt og vekst og legge grunnlaget for etablering av relasjon mellom helsesykepleier og familien (Lindberg & Hvatum, 2016).

Problemstillingen viser til ivaretagelse av mødre med innvandrerbakgrunn på hjemmebesøk etter fødsel. I denne sammenheng brukes verbet **ivareta** for å utforske hvordan mødre opplever å bli møtt av helsesykepleier med tanke på kommunikasjon, relasjonsbygging og brukervedvirkning.

Innvandrere defineres som personer som selv har innvandret til Norge og som er født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre (SSB, 2020). De siste 50 årene har det vært en stor økning i antall innvandrere i Norge, noe som har bidratt til et mer multikulturelt samfunn (Jávo, 2015).

Mødre med innvandrerbakgrunn er ikke en homogen gruppe og det kan være variasjoner innen sosiale og kulturelle faktorer, økonomiske forhold og utdanningsnivå blant kvinnene (Sjetne et al, 2013). Samtidig har personer fra samme kulturelle verden mye felles – «felles språk, religion, erfaringsverden og moral» (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 33).

«Mødre med innvandrerbakgrunn», «innvandermødre» og «immigrant women» er begrep som brukes i nasjonal og internasjonal forskning (O'Mahony & Clark, 2018; Sword, Watt & Krueger, 2006; Egge, Kvellestad & Glavin, 2018). Studiens inklusjonskriterier var mødre med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn, arbeidsinnvandrere, familiegjennforente og mødre med flyktningebakgrunn som selv har innvandret til Norge. Derfor var begrepet «mødre med

innvandrerbakgrunn» relevant som et samlebegrep for mangfoldet av kvinner med innvandrerbakgrunn som nylig har født. Ifølge Annexstad (2016) kan helsesykepleiere møte på både språklige og kulturelle utfordringer i møte med foreldre som kommer fra både vestlige og ikke-vestlige land.

Kultur er et begrep med mange ulike dimensjoner (Jávo, 2015). En utbredt forståelse er å definere kultur som «det fellesskapet av ideer, verdier og normer som et samfunn har» (Jávo, 2015, s. 27). Kulturelle normer preger måten vi tenker og samhandler med andre på. Kultur påvirker våre holdninger til andre og gir viktige rammer for foreldreskap og barneoppdragelse (Jávo, 2015; Salole & Holme, 2016).

1.5 Oppgavens disposisjon

Masteroppgaven består av et sammendrag (en kappe) og en artikkel. Artikkelen følger kravene til format og innhold for manuskript i Nordisk tidsskrift for sykepleieforskning. Sammendraget er delt inn i 7 kapitler. Kapittel 1 presenterer bakgrunn for valg av tema, problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel 2 redegjøres for tidligere forskning på feltet og i kapittel 3 presenteres teoretiske perspektiv. I kapittel 4 belyses valg av metode, fremgangsmåte for rekruttering av deltakerne og forskningsetiske overveielser. Kapittel 5 presenterer resultatene fra det empiriske materialet. Kapittel 6 omfatter drøfting av resultatene opp mot teoretisk utgangspunkt og tidligere forskning, samt metodediskusjon. Kapittel 7 inneholder oppsummering og konklusjon samt teoretiske implikasjoner og studiens betydning for praksis.

2 Tidligere forskning

Jeg har utført systematiske søk etter vitenskapelige artikler som omhandler helsesykepleiers og mødrenes erfaringer med hjemmebesøk, hjemmebesøkets fordeler og interkulturell kommunikasjon mellom helsesykepleier og kvinner med innvandrerbakgrunn. Det ble inkludert hovedsakelig nyere forskning på feltet. Det var begrenset antall nyere studier som utforsker spesifikt erfaringene til mødre med innvandrerbakgrunn med hjemmebesøksstilbudet. Det ble derfor inkludert en svensk kvantitativ studie fra 2002 med relevans til problemstillingen som belyser innvandrer mødrenes tilfredshet med hjemmebesøksstilbudet. I tillegg ble det inkludert studier om første - og flergangsfødende kvinner, samt nasjonal og internasjonal forskning fra vestlige land med tilnærmet lik hjemmebesøkspraksis.

Jeg har foretatt flere søk i databasene Pubmed, SveMed+, Cinahl, Cochrane Library og British Nursing Index. Søkeord og MeSH termer som ble brukt gjenspeiler inklusjonskriteriene: Home visit*, House call*, Public Health Nurs*, newborn, postnatal care, culture, relation*, Child Health Visitor, immigrant mothers.

I tillegg ble det utført søk i referanselister på de respektive studier som ga tilgang til flere relevante artikler. Ved vurdering av forskningsartiklene leste jeg tittel og abstrakt, deretter fulltekst av de studiene som var relevant til problemstillingen.

2.1 Barselperioden og erfaringer med hjemmebesøk

Tidligere forskning gir eksempler på at mødre er generelt mer tilfredse når det første møte skjer i hjemmet, både med tanke på veiledning og opplevelse av trygghet (Hjälmhult, 2009; Økland & Hjälmhult, 2010). Økland & Hjälmhult (2010) sin rapport hadde til hensikt å kartlegge hjemmebesøksstilbudet til familier med nyfødt barn i Bergen. De fant at helsesykepleierne opplevde faglig trygghet når det gjaldt ivaretagelse av det nyfødte barnets behov. Flere hadde derimot behov for styrking av kompetansen når det gjaldt ivaretagelse av barselkvinnens behov (Økland & Hjälmhult, 2010).

Forskning viser videre at det er forbedringspotensial når det gjelder hjemmebesøksstilbudet til mødre med innvandrerbakgrunn (Sjetne et al, 2013; Jansson, Sivberg, Larsson & Udèn, 2002). I Jansson, Petersson og Udèn (2001) sin studie kom det fram at helsesykepleiere som jobbet med familier med annen kulturell bakgrunn beskrev det første møte på hjemmebesøk etter fødsel som både positivt og spennende, men også utfordrende og fremmed.

Flere studier peker på at den første tiden etter fødsel oppleves av mange mødre som en sårbar periode (Hjälmhult & Lomborg, 2012, Eberhard-Gran, 2003). Mødre med utenlandsk bakgrunn er spesielt utsatt for psykiske og emosjonelle belastninger (O'Mahony & Clark, 2018; Sword, Watt & Krueger, 2006). Hjälmhult & Økland (2012) sin kvalitative studie omhandler mødrenes første tid hjemme etter fødsel. Studien belyser at overgangsfasen fra sykehus til kommunehelsetjeneste kan være preget av usynliggjøring og undervurdering av mødrenes sårbarhet i barselperioden, noe som bekreftes i internasjonal forskning (Aston et al, 2015). Forfatterne foreslår at videre studier av mødre med innvandrerbakgrunn kan belyse flere detaljer (Hjälmhult & Økland, 2012).

2.2 Interkulturell kommunikasjon

Den kvalitative studien til Johansson, Golsäter & Hedberg (2016) undersøkte helsesykepleiers erfaringer med gjennomføring av helsesamtale med foreldre med ulik språklig bakgrunn. Forfatterne vektlegger at alle foreldre bør tilbys samme type helsesamtale uavhengig av språklig og kulturell bakgrunn. Det anbefales at flerkulturell kompetanse bør integreres i helsesykepleiers profesjonelle arbeid for å forbedre den interkulturelle kommunikasjonen og unngå at det oppstår situasjoner med usikkerhet (Johansson et al, 2016). Tavallali, Jirwe & Kabir (2015) i Sverige forsket på innvandrerforeldrenes forventninger og erfaringer fra krysskulturelle møter med sykepleiere i barneomsorgen og konkluderte med at kultursensitiv kompetanse oppfattes som sensitiv omsorg for alle brukere, uansett etnisk og språklig bakgrunn.

Söderbäck & Ekström (2014) sin kvalitative studie fra Sverige hadde fokus på helsesykepleiers erfaringer med interkulturell kommunikasjon med somaliske foreldre. Det påpekes behov for større kunnskap og mer forskning innenfor det flerkulturelle møtet mellom helsesykepleiere og foreldre. Studien viser at etablering av en positiv relasjon og forståelse for den andres verdier og kultur er av grunnleggende betydning i det flerkulturelle møtet mellom helsesykepleier og familien (Söderbäck & Ekström, 2014).

2.3 Relasjonsbygging

Forskning viser at dersom helsesykepleier klarer å etablere en god relasjon til mor ved det første møte på hjemmebesøk, gir dette et godt grunnlag for veiledning og videre samarbeid (Hjälmhult, 2016; Glavin et al, 2016). For å skape og opprettholde en god relasjon, er imidlertid ikke tilstrekkelig at helsesykepleier er hyggelig (Clancy & Svensson, 2010).

Kommunikasjon, åpenhet, tillit, respekt og likeverdighet står sentralt for relasjonsbygging (Clancy & Svensson, 2010; Glavin, 2016; Aston et al, 2015).

Viktigheten med relasjonsbygging bekreftes i en kvalitativ studie av Aston et al (2015) i Canada som utforsket mødrenes og helsesykepleiernes erfaringer med hjemmebesøk etter fødsel. Både helsesykepleiere og mødre påpekte viktigheten med å etablere et samarbeid som bygger på vennlig og tillitsfull fremtoning og ikke-dømmende holdning (Aston et al, 2015). På denne måten styrke mødrenes mestringskompetanse og evne til å ta seg av det nyfødte barnet og familien (Aston et al, 2015). Dette sammenfaller med funn i den kvantitative studien av Jansson et al (2002) at mellommenneskelige relasjoner er av stor betydning for helsesykepleiers veiledning på hjemmebesøk.

En svensk kvalitativ studie av Jansson, Petersson & Udèn (2001) hadde som mål å utforske på hvilken måte helsesykepleiere anser det første møte på hjemmebesøk som et forebyggende tiltak for alle foreldre og deres nyfødte barn. Forfatterens funn viser at det første møte mellom helsesykepleier og familien ble ikke ansett som en isolert konsultasjon. Tvert imot dannet den første kontakten på hjemmebesøk en solid base for videre relasjonsbygging. Det første møte ga en unik mulighet til å bli kjent med familien. Tillitsskapende og omsorgsfull tilnærming og god støtte til familien ble fremhevet som de viktigste aspektene ved hjemmebesøk (Jansson, Petersson & Udèn, 2001). En kvalitativ studie fra Australia fremhever helsesykepleiers unike posisjon i det helsefremmende arbeid med nyfødte barn og deres familie (Henderson, 2009). Det bekreftes at det første møte mellom helsesykepleier og mor har til hensyn å etablere en tillitsfull relasjon som legger grunnlaget for fremtidig samarbeid (Henderson, 2009).

2.4 Fordeler med hjemmebesøk

Mosdøl, Blaasvær & Vist (2014) sin systematiske oversikt viser til effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten, med fokus på familier med lav sosioøkonomisk status og etniske minoritetsfamilier. Det konkluderes med at hjemmebesøk er et av tiltakene som anbefales i det helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot det nyfødte barnet og familien. Både når det gjelder tilpasset informasjon for å øke ammefrekvensen, redusere barneulykker og fremme samspill med barnet (Mosdøl, Blaasvær & Vist, 2014).

Yonemoto, Dowswell, Nagai & Mori (2013) sin systematiske oversikt fokuserte på hjemmebesøksfrekvensen i barseltiden og ulike intervensjonstiltak på hjemmebesøk rettet mot det nyfødte barnet og mødrene. Det ble inkludert tolv internasjonale studier fra forskjellige

land og det konkluderes med at hjemmebesøk i barselperioden kan ha positiv innvirkning på blant annet barnets helse og eksklusiv amming. Hjemmebesøk fra helsepersonell assosieres med høyere grad av tilfredshet med barselomsorgen, men bør tilpasses den enkeltes behov (Yonemoto et al, 2013).

En systematisk oversiktsstudie av Dennis & Dowswell (2013) i Canada som inkluderte tjue åtte randomiserte kontrollerte studier vurderte effekten av blant annet ulike psykososiale og psykologiske intervensjoner for forebygging av barseldepresjon. Hjemmebesøk av helsesykepleier var ett av tiltakene som ble fremhevet å ha positiv innvirkning på forebygging av barseldepresjon (Dowswell & Dennis, 2013).

3 Teoretisk perspektiv

I dette kapittelet presenteres teoretiske perspektiv og nøkkelbegreper med relevans til problemstillingen, som sammen med tidligere forskning danner grunnlaget for senere diskusjon av det empiriske materialet (Busch, 2014). Det gis presentasjon av teori knyttet til interkulturell kommunikasjon, tillitsskapende framtoning, helsefremmende arbeid og likeverdige relasjoner.

3.1 Interkulturell kommunikasjon og kulturkompetanse

Aston et al (2015) hevder at relasjonsbygging i samhandling med mor på hjemmebesøk er av stor betydning for helsesykepleiers helsefremmende arbeid. Forfatterne påpeker at en god relasjon til mor er avhengig av at helsesykepleier har svært gode kommunikasjonsferdigheter (Aston et al, 2015).

Jávo (2015) definerer interkulturell kommunikasjon som kommunikasjon mellom mennesker med ulik kulturbakgrunn. Kommunikasjon mellom mennesker med ulike språk og kultur kan representere forskjellige tanke-systemer og hva som betraktes som god kommunikasjon kan variere mellom kulturer (Salole & Holme, 2016; Jávo, 2015). Fødsel og barseltid kan medføre eksistensielle valg for mange mødre med innvandrerbakgrunn. Kulturelle forskjeller i møtet mellom helsesykepleier og mødre med annen kulturell bakgrunn kan påvirke samhandlingen i ulik grad og vanskeliggjøre kommunikasjonen. Egen kultur kan oppfattes som universell og dermed relateres verdier, vurderinger og oppfatninger til eget kulturelle ståsted (Jávo, 2015).

Kultursensitiv kommunikasjon handler om evnen til å forstå i hvor stor grad kulturforskjeller påvirker relasjonen mellom helsesykepleier og brukere med annen kulturell bakgrunn, og er viktig for å kunne tilpasse veiledning på en måte som gir mening for foreldrene (Jávo, 2015; Salole & Holme, 2016). Det verbale språket er svært viktig i interkulturell kommunikasjon, men også indirekte kommunikasjon, som kroppsspråk, tonefall og gjensidig bekræftelse er av stor betydning for relasjonsbygging (Salole & Holme, 2016; Jávo, 2015). Kultursensitiv kommunikasjon er essensiell i samhandling med mødre med innvandrerbakgrunn med tanke på at det første møte med familien kan ofte gi helsesykepleier et godt bilde av mødrenes ressurser og utfordringer (Phelan, 2014).

Ifølge Phelan (2014) står helsesykepleiers kulturkompetanse sentralt i interkulturell kommunikasjon. Kulturkompetanse er evnen til å samhandle med folk fra forskjellige kulturer og vise forståelse for hvordan kulturelle faktorer påvirker kommunikasjonen og den sosiale

interaksjonen (Phelan, 2014; Jávo, 2009). På denne måten tilby et likeverdig tilbud uavhengig av kulturelle forskjeller (Phelan, 2014)

3.2 Tillitsfull relasjon

Lindberg & Hvatum (2016) påpeker at en av utfordringene i helsesykepleiers arbeid for å kunne tilby en god og tillitsskapende relasjon til mor og barn er evnen til å kunne finstille seg med å være åpen for mors følelser. Helsesykepleier bør skape tillit i dialog med brukerne (Borup, 2016) og lytte til mødrenes erfaringer og beskrivelser, noe som er helt avgjørende for kartlegging av familiens behov (Helseth, 2016). Helsesykepleier kan bidra med fagkunnskap, veiledning og støtte. Etablering av tillitsforhold mellom mor og helsesykepleier er av stor betydning for at helsesykepleier skal kunne nå fram med sitt budskap (Helseth, 2016). Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn kan være den optimale kontekst for etablering av et slikt forhold (Fagerlund, 2016).

Den danske filosofen Løgstrup (2008) skriver at mennesker møter hverandre med en gjensidig tillit. Det gjelder både for mennesker vi kjenner, men også i det første møte med fremmede. I kommunikasjon stilles det krav til begge parter om å være oppmerksomme på egne holdninger og væremåte (Løgstrup, 2008). Løgstrup (2008) hevder at tillit er en del av enhver samtale. I møtet mellom mennesker, uansett omgivelser og møtets karakter, ligger det et krav om å bli akseptert. Vår tilnæringsmåte er med på å forme den andres verden «at gjøre den vid eller snæver, lys eller mørk, mangfoldig eller kedelig» (Løgstrup, 2008, s. 28).

3.3 Det helsefremmende perspektiv

Ottawa- charteret¹ definerer helsefremmende arbeid som «prosessen som gjør mennesker i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (Verdens helseorganisasjon, 1986). Helsestasjonstjenesten er den viktigste arena for helsefremmende og forebyggende arbeid for sped- og småbarn og deres foreldre (Helsedirektoratet, 2017; Sjetne et al, 2013).

Fødsel og barseltid medfører ofte en ny og utfordrende situasjon og foreldre har ulik erfaring og trygghet i foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2014). Sosial støtte, omsorg og tro på egne

¹ Ottawa charteret er et internasjonalt førende dokument for det helsefremmende arbeidet vedtatt på den Første internasjonale konferansen for Helsefremmende arbeid i Ottawa den 21.november 1986 (WHO, 1986).

ressurser kan dempe stress og engstelse (Hjälmhult, 2012). Foreldrenes opplevelse av mestring anses å være en helsefremmende faktor og står sentralt i helsesykepleiers arbeid (Kvarme, 2016). Muligheten til å få sosial støtte er også en viktig mestringsressurs (Helseth, 2016). Helsesykepleier har en viktig rolle å gi foreldrene hjelp, støtte og veiledning. For å kunne nå fram til foreldrene er tillit og relasjonsbygging en viktig forutsetning (Helseth, 2016, s. 213).

Brukerperspektivet er et viktig prinsipp i helsestasjonstjenesten og grunnleggende for helsefremmende og forebyggende arbeid (Kvarme, 2016). Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner og har rett til innflytelse på egne beslutninger og livssituasjon, noe som bidrar til å styrke tro på egne muligheter og mestringsevne (Lindberg & Hvatum, 2016; Kvarme, 2016; Helsedirektoratet, 2017). Tjenestetilbudet skal, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1), utformes i samarbeid med bruker. Det skal tas hensyn til individuelle behov og forutsetninger for å sikre et likeverdig tilbud (Helsedirektoratet, 2017). Dette omfatter ikke minst helsestasjonstilbudet til mødre med innvandrerbakgrunn. Tjenesten skal tilrettelegges slik at kulturelle forskjeller ivaretas, brukeren blir hørt og får innflytelse i møte med tjenesten, både på individ og systemnivå (Helsedirektoratet, 2017).

En viktig forutsetning for helsefremmende arbeid er at relasjonen mellom helsesykepleier og bruker preges av likeverdighet (Tveiten, 2016). Helsesykepleier i sin profesjonelle rolle og formelle kompetanse representerer myndighet og står derfor i en maktposisjon overfor bruker (Tveiten, 2016). Da er det desto viktigere at den profesjonelle er klar over sin egen rolle og at relasjonen preges av likeverdighet, selv om partene ikke er likestilte (Tveiten, 2016; Mach-Zagal & Saugstad, 2009). Aston et al (2015) hevder at en respektfull holdning overfor mor er et viktig aspekt som bidrar til effektiv relasjonsbygging allerede fra det første møte.

På hjemmebesøk er helsesykepleier gjest i familiens hjem, noe som stiller høye krav til helsesykepleiers kommunikasjonsferdigheter og respektfull holdning ovenfor mødrenes egne oppfatninger (Phelan, 2014). Jávo (2009) påpeker at en respektfull tilnærming i møte med brukerne er av stor betydning for å lykkes med mellommenneskelig kommunikasjon på tvers av kultur. Mennesker samhandler og kommuniserer som kroppslige subjekter og gjennom livserfaring tilegner seg en viss sosiokulturell kompetanse som enhver bringer med seg i møtet med mennesker med ulik kulturell bakgrunn (Thornquist, 2009). Ifølge Thornquist (2009) ser mennesker seg selv i lys av andre. Annerkjennelse og selvrespekt forutsetter annerkjennelse og respekt fra andre (Thornquist, 2009).

4 Metode

Dette kapittelet gir en oversikt over valg og begrunnelse for forskningsdesign og datainnsamlingsmetode, utvalg og fremgangsmåte for rekruttering av deltakere og analyse av materialet. Tilslutt belyses forskningsetiske overveielser.

4.1 Valg av forskningsmetode

Studiens formål er å belyse innvandrer mødrenes opplevelser fra det første møte med helsesykepleier på hjemmebesøk og få en bedre forståelse for helheten i den mellommenneskelige relasjonen. Kvalitativ tilnærming bygger på teori om fortolkning, erfaring og opplevelser og kjennetegnes som en fleksibel metode som kan bidra til å presentere deltakernes subjektive erfaringer (Polit & Beck, 2017; Malterud, 2017). Kvalitativt design egnet seg derfor best som metode for denne studien.

Nøkkelen til godt empirisk materiale i kvalitative studier er å samle inn rik og detaljert informasjon fra et begrenset antall deltakere med optimal relevans til problemstillingen (Polit & Beck, 2017; Malterud, 2017). Semistrukturert dybdeintervju med mødrene ble derfor valgt som datainnsamlingsmetode. Ifølge Polit & Beck (2017) er forskningsintervju den mest anvendte datainnsamlingsmetode i kvalitative studier, der det legges vekt på å få frem intervjupersonenes egne erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Jeg har benyttet meg av «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» (Helsebiblioteket.no, 2016) og «COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) checklist» som hjelpemiddel til kritisk vurdering av egen studie. Ferdig utfylt COREQ sjekkliste er lagt ved (vedlegg 1).

4.2 Vitenskapelig utgangspunkt og forforståelse

Kvalitativ metode bygger på velkjente vitenskapsteoretiske forutsetninger for kunnskapsutvikling (Malterud, 2002) og er forankret i det fortolkende paradigmet med røtter fra fenomenologisk og hermeneutisk filosofi (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2017). Målet med en kvalitativ studie som tar utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv er å åpne for kunnskap som beriker forståelsen for individets erfaringer (Polit & Beck, 2017) og beskrive verden slik den oppleves for informantene (Kvale & Brinkmann, 2015).

Med utgangspunkt i studiens problemstilling har jeg valgt å støtte meg til hermeneutisk forståelsesperspektiv. Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til hvordan oppnå gyldige

fortolkninger av tekster som danner grunnlag for forståelse (Polit&Beck, 2017; Thornquist, 2015). Polit & Beck (2017) skriver at målet med forskning som tar utgangspunkt i hermeneutisk tenkning er å gå inn i den andres verden og oppdage mulighetene og forståelsen som åpner seg. I studien søkes det mer kunnskap og forståelse om hvordan mødrene opplever å bli ivaretatt av helsesykepleier gjennom deres egne erfaringer og opplevelser.

Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer sin hermeneutiske filosofi går enda dypere i sin betraktning av forståelse (Aadland, 2011). Han beskriver forståelsesprosessen utfra den hermeneutiske regelen om at «man må forstå helheten ut fra delen og delen ut fra helheten» (Gadamer 2010, s. 329). Dette handler om sirkellignende forhold (Gadamer, 2010), den såkalte hermeneutiske sirkel, der teksten, for eksempel transkribert intervju, fortolkes og forstås ved at det kontinuerlig stilles spørsmål ved meningen med innholdet (Polit & Beck, 2017). Gadamer (2010) hevder at målet er å oppnå en forståelse som gir en «fullkommen meningsenhet» (s. 332), men det er vår forforståelse som avgjør hvordan teksten fortolkes og er derfor den viktigste av de hermeneutiske betingelser. De forutsetningene og erfaringene som forskeren har med seg har stor påvirkningskraft på fortolkningsgrunnlaget av datamaterialet (Malterud, 2017).

Under analyseprosessen har jeg vært oppmerksom på at min forforståelse tas med i mitt fortolkningsgrunnlag av teori og datamateriale. Ifølge Malterud (2017) kan individuelle erfaringer og forutsetninger få betydning for hvordan resultatene fra intervjuene forstås og fortolkes. Jeg har vært bevisst på at min kulturelle bakgrunn og erfaring fra krysskulturelle møter med foreldre på helsestasjon og hjemmebesøk kunne ha innvirkning på fortolkningen av datamaterialet. Derfor har jeg tilstrebet et åpent og bevisst forhold til egen forforståelse og tatt i betraktning betydningen av egne holdninger til tolking av det empiriske materialet (Malterud, 2017). Jeg har forsøkt å sette min forhåndskunnskap om hjemmebesøk til mødre med innvandrerbakgrunn «i parentes» ved håndtering av teksten for å oppnå en fordomsfri beskrivelse av informantenes opplevelser, som anbefalt av Kvale & Brinkmann (2015, s. 268).

Forforståelsen er også en viktig del av motivasjonen til å igangsette et forskningsprosjekt (Malterud, 2017). For eksempel har min tidligere erfaring som helsesykepleier i flyktningehelsetjenesten og min faglige interesse for migrasjonshelse hatt innflytelse på valg av tema for forskningsprosjektet. Videre har min profesjonelle rolle og personlige erfaringer som helsesykepleier og kvinne med innvandrerbakgrunn hatt innvirkning på mine

forventninger til studiedeltakerne og gjennomføring av intervjuene. Teoretisk grunnlag og faglig engasjement har ytterligere styrket mitt valg av tema og har hatt stor betydning for utforming av problemstilling og intervjuguide.

4.3 Strategisk utvalg og rekrutteringsprosessen

Jeg har foretatt et strategisk utvalg av deltakere for å samle empirisk data til å belyse studiens problemstilling på best mulig måte. Strategiske utvalg baseres på erfaringsbasert feltkunnskap, forskerens forforståelse, studiens teoretiske ramme og problemstilling (Malterud, 2017). Målet har vært å oppnå et tilstrekkelig utvalg med god variasjonsbredde og informasjonsstyrke, som ifølge Polit & Beck (2017) er en viktig forutsetning i forebygging av systematiske feil.

Målgruppen for denne studien var mødre med innvandrerbakgrunn med barn under ett år, som hadde erfaring med hjemmebesøk av helsesykepleier etter fødsel og det første inklusjonskriteriet i det strategiske utvalget. Polit & Beck (2016) skriver at hovedkriteriet for det strategiske utvalget er at deltakerne har erfaring med fenomenet som skal forskes på.

Barnas aldersgrense på maksimum ett år ble fastsatt for å kunne sikre pålitelig informasjon ved at mødre hadde nærhet til fenomenet som studeres. Dette med tanke på følelsesmessige opplevelser og detaljer mødre husket fra det første møte med helsesykepleier, noe jeg anså som viktig for å kunne få detaljerte beskrivelser og et rikt empirisk materiale. Ifølge Malterud (2017) er variert og relevant til problemstillingen informasjon formidlet av deltakerne et viktig moment som påvirker informasjonsstyrken på utvalget.

Jeg har videre forholdt meg til «maximum variation sampling» som Polit & Beck (2015, s. 493) betegner som en av de mest brukte metoder i kvalitative studier. Dette innebærer at det strategiske utvalget preges av større variasjonsbredde i deltakernes bakgrunn. Større variasjonsbredde i utvalget kan ha betydning for informasjonsstyrken i datamaterialet og påliteligheten i resultatene, men det er først og fremst problemstillingen som avgjør utvalget (Polit & Beck, 2017; Malterud, 2017). Det ble inkludert både førstegangs- og flergangsfødende kvinner med barn født det siste året. Å inkludere mødre med flere barn og tidligere erfaring med hjemmebesøk, samt mødre med lite erfaring kunne gi mulighet for ulike nyanser i datamaterialet. Det ble videre inkludert mødre med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn som forstod og snakket flytende norsk eller engelsk. Å inkludere engelsktalende mødre viste seg å ha en positiv innvirkning på rekrutteringen av deltakerne og

variasjonsbredden på utvalget. Å intervjuere mødre som hadde behov for tolk under intervju kunne gitt større variasjon i utvalget, men grunnet studiens økonomiske rammer valgte jeg å ikke benytte tolk, selv om dette kunne påvirke utvalget av deltakere. Ved bruk av tolk i kvalitative intervju anbefales det å planlegge intervjuet med tolken i forkant og avsette dobbelt så lang tid til intervju med tolk enn det som er tidsrammen for planlagt intervju uten tolk (Integrerings - og mangfoldsdirektoratet, 2010). Utfra oppsatt tidsplan for gjennomføring av studien innenfor normert tid var tidsbruk enda en grunn til å ikke inkludere deltakere som hadde behov for tolk.

Et annet eksklusjonskriterium for det strategiske utvalget var mødre som hadde erfaringer fra hjemmebesøk kun fra utlandet. Videre ble det ekskludert mødre som har fått gjennomført «hjemmebesøk konsultasjonen» på helsestasjon isteden for hjemme, av ulike grunn.

4.4 Fremgangsmåte for rekruttering av deltakerne

Det første steget i rekrutteringsprosessen var å sende henvendelser til helseledelsen i fire mellomstore kommuner for å be om tillatelse til å kontakte ledende helsesykepleier ved helsestasjon (vedlegg 2). For de aktuelle kommunene ble det gjennomført et søk i Statisk sentralbyrå sine kommunefakta om andel personer med innvandrerbakgrunn og landsoversikt.

Helselederne stilte seg positivt til prosjektet og jeg fikk bekreftelse på at jeg kunne ta kontakt med ledende helsesykepleier i de respektive kommunene. Kontakt ble etablert per e-post eller telefon med ledende helsesykepleier i alle fire kommuner, med forespørsel om hjelp til rekruttering av deltakerne som inneholdt informasjon om studien og min bakgrunn (vedlegg 3). Det ble også vedlagt informasjonsskriv om studien og fremgangsmåte for rekruttering av deltakere samt spørsmål om hjelp fra helsesykepleierne på helsestasjonen til å dele ut informasjonsskrivet til mødre som tilsvarte inklusjonskriteriene (vedlegg 4). For de aktuelle helsestasjonene ble det innhentet tillatelse om å henge opp rekrutteringsplakat på helsestasjonens venterom (vedlegg 5). Jeg fikk positiv tilbakemelding fra tre av de ledende helsesykepleiere. Jeg fikk ikke svar på min henvendelse fra ledende helsesykepleier i den fjerde kommunen grunnet ferieavvikling.

Etter nærmere avtale med hver av deltakerkommunene ble tilsendt informasjonsskriv og rekrutteringsplakat per post til to av de ledende helsesykepleiere. Helsesykepleier i den tredje kommunen tok kontakt med meg og informerte om at materialet var skrevet ut og at det ikke

var nødvendig å sende det i posten. Oppklarende spørsmål angående fremgangsmåten i rekrutteringsprosessen ble avklart telefonisk.

Det var ønskelig å rekruttere fem eller seks deltakere, men antallet var ikke endelig fastsatt. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) avhenger antall intervjupersoner i kvalitative studier av formålet med studien. Og ikke minst informasjonsstyrken på utvalget (Malterud, 2017). Rekrutteringsprosessen varte fra midten av september til begynnelsen av november, 2019. Tilsammen åtte mødre viste interesse for å delta i studien i tidsrommet rekrutteringsprosessen pågikk. Noen tok direkte kontakt med meg per e-post, mens to av mødrene hadde selv oppgitt e-post og telefonnummer slik at jeg kunne ta kontakt med dem for å avtale eventuelt intervju tidspunkt. Kontaktinformasjon ble i dette tilfelle videreformidlet til meg av helsesykepleier. Mødrene hadde fått utdelt informasjonsskriv (vedlegg 4) med informasjon om studien fra helsesykepleier på helsestasjonen. En av mødrene som viste interesse for studien hadde fått kjennskap til studien fra rekrutteringsplakaten på helsestasjonens venterom, men ble ikke inkludert i studien siden hun ikke oppfylte hovedinklusionskriteriet når det gjaldt hjemmebesøk til hennes yngste barn.

Av de sju mødrene som meldte seg til studien, ble seks av dem intervjuet. Den ene deltakeren, som var nummer tre i rekkefølgen, trakk seg like før avtalt dato for intervju på grunn av uforutsett hendelse. Ifølge Malterud (2017) kan det generelt være en fordel å intervju mindre antall personer og følge en strategi med trinnvis rekruttering og analyse for å sikre god informasjonsstyrke. Underveis i prosessen måtte jeg ta stilling til om jeg hadde behov for flere deltakere og om intervju spørsmål basert på vurdering om det samlede datamaterialet inneholdt rik og variert informasjon om problemstillingen, slik Malterud (2017) anbefaler. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) kan det være vanskelig å generalisere dersom antallet deltakere er for lite og det bør gjennomføres flere intervju inntil metningspunktet er nådd. Større antall informanter kan derimot gi utfordringer med dyptgående analyse av datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015). Metningsbegrepet i kvalitativ forskning brukes som et kriterium for å begrense utvalget, samtidig som det kan være utfordrende å vurdere om flere informanter kan bidra med mer kunnskap (Malterud, 2017; Kvale & Brinkmann, 2015).

Jeg hadde planlagt i utgangspunktet å benytte meg av snøballteknikken for å rekruttere flere deltakere ved å bruke nettverket til dem som hadde takket ja til deltakelse (Malterud, 2017). Ifølge Polit & Beck (2017) er teknikken kostnadseffektiv og praktisk. En annen fordel er at ved å referere til deltakeren kan det være enklere å etablere tillitsforhold til nye deltakere

(Polit & Beck, 2017). Jeg vurderte å benytte meg av teknikken etter at fire deltakere hadde samtykket til intervju ettersom det ble et lengre opphold før flere deltakere viste interesse. Oppholdet kunne derimot skyldes forhold som for eksempel at helsesykepleierne ikke hadde kontakt med mødre som tilsvarte inklusjonskriteriene på det tidspunktet. Ifølge Tjora (2017) kan snøballmetoden imidlertid by på utfordringer, deriblant å opprettholde forskningsetiske krav når informantene kjenner hverandre. Noen av deltakerne kan også grue seg for å angi andre (Tjora, 2017). Derfor bestemte jeg meg for å avvente, selv om jeg opplevde å ha liten tid til rådighet.

Etter at alle seks intervjuene ble gjennomført fremkom ingen ny informasjon og rekrutteringsprosessen ble avsluttet. Utvalget av deltakere hadde god variasjonsbredde. Deltakerne hadde ulik kulturell bakgrunn og alle kom fra forskjellige land. Fire av informantene kom fra fire ulike Øst-europeiske land, mens de andre to kom fra land i Nord – Amerika og Asia. Alle informanter hadde selv innvandret til Norge, enten gjennom familiegjenforening eller arbeidsinnvandring. Kvinnene hadde både vestlig og ikke-vestlig bakgrunn. Ingen av mødrene hadde derimot flyktningebakgrunn. Det kan enten skyldes at kvinnene ikke oppfylte inklusjonskriteriene, eller at i den tidsperioden rekrutteringsprosessen pågikk var ingen med flyktningebakgrunn som viste interesse for å delta i studien.

Informantene var førstegangs- og flergangsfødende kvinner, hadde ulik botid i Norge og varierende sosioøkonomisk bakgrunn. Mødrene i utvalget var i aldersgruppen 20 - 40 år, og hadde minst ett barn under ett år. De behersket godt norsk og/eller engelsk. Av hensyn til informantenes konfidensialitet blir det ikke gitt fullstendige opplysninger om kvinnenes landbakgrunn og alder. Tabell 1 gir informasjon om informantenes bakgrunn.

Tabell 1: Presentasjon av informantene

	Bakgrunn	Antall informanter (n=6)
Sivilstatus	Gift/samboer	6
Land	Øst-Europa	4
	Nord-Amerika	1
	Asia	1

Botid i Norge	Under 6 måneder	1
	Mellom 2 - 10 år	5
Antall barn	Førstegangsfødende	4
	Flergangsfødende	2
Intervjuspråk	Norsk	4
	Engelsk	2
Arbeidsstatus (når ikke i permisjon)	Arbeidssøkende	2
	Sysselsatt	4
Tidligere erfaring fra hjemmebesøk etter fødsel (flergangsfødende)	I Norge	1
	I utlandet	1

4.5 Planlegging og gjennomføring av det kvalitative intervjuet

Semistrukturert, såkalt dybdeintervju, er basert på et fenomenologisk perspektiv og har til hensikt å belyse nyansene i intervjupersonenes opplevelser (Tjora, 2017). Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) skaper dybdeintervjuet en interpersonlig situasjon som gir innsikt i den intervjuedes opplevelser. Gjennom intervjuet fikk jeg innblikk i mødrenes opplevelser og erfaringer av måten de ble ivaretatt på av helsesykepleier på hjemmebesøk etter fødsel.

Det ble utarbeidet en intervjuguide med forhåndsformulerte spørsmål på både norsk og engelsk (vedlegg 6). Intervjuspørsmålene hadde til hensikt å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene fra ulike perspektiv. Det ble også inkludert oppfølgingsspørsmål og avslutningsspørsmål som kunne åpne for at deltakerne kom med egne innspill.

Intervjuguiden ble delt opp i seks temaer. Fordelen med slik oppdeling er, ifølge Tjora (2017), at tematikken for intervjuet innrammes og det blir lettere å holde orden på spørsmålene.

Forhåndsformulert intervjuguide og innramming av spørsmålene er med på å styrke informantenes forventninger å svare på forskerens spørsmål (Tjora, 2017). Jeg har vært oppmerksom på å bevare den frie samtalen som ideal for intervjuene så lenge det har latt seg gjøre. Dette gir mulighet for informantene å inkludere temaer eller digresjoner som kan berike datamaterialet (Tjora, 2017), noe jeg erfarte ble bekreftet underveis. Polit & Beck (2017) anbefaler at det opprettholdes en god flyt i samtalen selv om det brukes intervjuguide.

Tid og sted for intervju ble avtalt med hver av informantene per telefon eller e-post. Hver enkel deltaker fikk bestemme hvor intervjuet skulle gjennomføres. Fem av kvinnene ønsket å bli intervjuet i eget hjem. Ett intervju ble gjennomført på helsestasjonen grunnet praktiske årsaker hos deltakeren. Fordelen med hjemmeintervju var at jeg fikk en bedre fornemmelse av stemningen på hjemmebesøk. Hjemmet er også et sted informanten kan føle seg i trygge omgivelser (Tjora, 2017). Generelt anbefales det at intervju bør gjennomføres i et lokale som er beskyttet mot bakgrunnsstøy og andre forstyrrende elementer, siden dette kan ha betydning for lydopptaket og senere transkribering av datamaterialet (Polit & Beck, 2017; Kvale & Brinkmann, 2015). På deltakers hjemmebane kunne jeg ikke selv tilrettelegge for slike omgivelser, men deltakerne valgte tidspunkt for intervjuet slik at det ble minst mulig forstyrrelser. Fire av deltakerne hadde barnet i samme rom under intervju, men det var minimalt med forstyrrelser. To av barna sov på det tidspunktet intervjuet ble gjennomført. En av deltakerne hadde valgt et tidspunkt da hennes ektefelle kunne ta seg av barna mens intervjuet pågikk.

Ved gjennomføring av tverrkulturelt intervju kan det være utfordrende å få en oversikt over alle de kulturelle forhold som kan ha betydning for relasjonen mellom meg, som intervjuer og deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015). Polit & Beck (2017) anbefaler at intervjuer og deltaker bør ha en felles språkforståelse. Derfor var det viktig at jeg var forberedt på forhånd og hadde tenkt over ulike måter å omformulere noen av spørsmålene dersom det skulle oppstå misforståelse.

Det ble først gjennomført et pilotintervju med en venninne som oppfylte inklusjonskriteriene. Polit & Beck (2017) anbefaler et slikt intervju for egen praksis og validering av intervjuguiden. Jeg opplevde det som nyttig og som en forberedelse til de forestående intervjuene. Gjennom pilotintervjuet fikk jeg anledning til å teste spørsmålenes relevans til problemstillingen. Dette intervjuet ble ikke tatt opp på lydopptaker eller brukt som en del av datamaterialet.

Alt av utstyr til datainnsamlingen, deriblant lydopptaker, intervjuguide, skrivesaker som notatblokk og penn, ble forberedt på forhånd. Intervjuene varte mellom 25 og 50 minutter. Det anbefales at intervjuer sørger for at den første delen av samtalen før selve intervjuet brukes til å bli kjent med hverandre og skape en tillitsfull atmosfære rundt intervjusituasjonen (Polit & Beck, 2017, Malterud, 2017). En kort «bli kjent» samtale i begynnelsen bidro til at vi ble mer fortrolige med hverandre. Ifølge Polit & Beck (2017) kan et nærmere forhold til

deltaker medvirke til å få mer nyansert og rikere informasjon. Samtidig forsøkte jeg å ikke bli for personlig involvert. Polit & Beck (2017) påpeker at dette kan påvirke gyldigheten til det empiriske materialet.

Innledningsvis ble det stilt oppvarmingsspørsmål. Jeg forholdt meg hovedsakelig til intervjuguiden under intervjuene. Etter at jeg ble mer trygg i min rolle som intervjuer ble jeg også mer bevisst på å lytte, uten å avbryte eller stille neste spørsmål for tidlig. Polit & Beck (2017) påpeker at en av de viktigste og mest kritiske ferdigheter hos intervjuer er å vise respekt og lytte aktivt til det som blir sagt. Kun på den måten er intervjuer i stand til å stille gode oppfølgingsspørsmål (Polit & Beck, 2017). Jeg har vært bevisst på å stille oppklarende spørsmål underveis for å forsikre meg at jeg har oppfattet riktig og for å unngå misforståelser. På denne måten få en felles forståelse for budskapet i deltakernes utsagn (Malterud, 2017). Hvert intervju ble avsluttet med avrundings spørsmål som for eksempel «Er det noe mer du ønsker å fortelle om det første møte med helsesykepleier som ikke ble tatt opp?». Ifølge Polit & Beck (2017) kan en slik avrundning gi enda mer verdifull informasjon.

Notateter ble skrevet ned etter at intervjuet ble gjennomført. Notatene inneholdt blant annet mine inntrykk fra intervjusituasjonen, lengde på intervjuet og stikkord relatert til utsagn som hadde betydning for problemstillingen eller ga ny informasjon. Ifølge Malterud (2017) og Polit & Beck (2017) er feltnotater viktige også i intervjustudier for å fange opp ettertanker fra intervjusituasjonen.

4.6 Transkripsjon

Jeg transkriberte intervjuene selv fra muntlig til skriftlig form. Kvale & Brinkmann (2015) skriver at fordelen med selvtranskribering er at intervjupersonen vil til dels huske de emosjonelle og sosiale aspektene ved intervjusituasjonen og sikre detaljer som kan være relevant for analysen. Derfor ble også transkripsjonen gjennomført rett etter hvert intervju, noe som gjorde prosessen mindre krevende siden jeg husket store deler av samtalen. På denne måten fikk jeg tidlig tilgang til materialet, noe som gjorde meg bevisst på min egen intervjustil. Jeg ble oppmerksom på hvilke aspekter ved intervjusituasjonen som kunne forbedres til neste intervju for å få et rikere datamateriale (Polit & Beck, 2017; Malterud, 2017). Jeg ble blant annet bevisst på å ikke stille neste spørsmål fra intervjuguiden for tidlig, samtidig som jeg ble mer trygg på å stille relevante oppfølgingsspørsmål der jeg hadde behov for flere detaljer. Jeg husket størstedelen av intervjuguiden slik at jeg klarte å opprettholde lengre blikk kontakt med deltakerne, slik Polit & Beck (2017) tilrår. En annen fordel var at

jeg allerede på det stadiet begynte med trinnvis analyse av datamaterialet, noe som blir gjort rede for i analysedelen.

Lydopptakene var av god kvalitet, uten betydelige forstyrrelser. Informantenes stemme var høy og tydelig. Jeg lyttet til lydfilene minst to ganger for å forsikre meg at alt ble skrevet ned. Intervjuene ble transkribert ordrett på bokmål og engelsk. Intonasjon, «hm-er» og følelsesuttrykk som smil og latter ble tatt med. Pauser ble notert med punktum i parentes. Malterud (2017) påpeker at formålet med transkribering er å fange opp innholdet i samtalen på en best mulig måte. Etter at jeg leste den transkriberte teksten, fulgte jeg Malterud (2017) sin anbefaling om å redigere teksten forsiktig, den såkalte «slightly modified verbatim metode» (Malterud, 2017, s. 78). Dette for å bevare meningsinnholdet og få den beste gjengivelsen av samtalen (Malterud, 2017). I min transkripsjon gjaldt dette primært grammatikk og setningsoppbygging, samtidig som jeg forsøkte å bevare informantenes budskap.

Av hensyn til deltakernes anonymitet ble personnavn erstattet med tall etter rekkefølgen på intervjuene. Samme gjaldt navn på filene på de transkriberte intervjuene. Disse ble merket som intervju 1, 2, 3, 4, 5 og 6. Navn på kommune, by og navn på arbeidsplass ble erstattet med X. Under samtalene framkom sensitive opplysninger om noen av deltakernes helsetilstand gjennom svangerskap og i forbindelse med fødsel. Diagnose ble erstattet med punktum i parentes. Lydfilene ble slettet umiddelbart etter transkribering. Mine spørsmål og innspill under intervjuet ble skrevet med kursiv i teksten. Den ferdigtranskriberte teksten var på 30 sider med skriftstørrelse 12 og 1,5 linjeavstand. Intervjudata ble skrevet ut for å forenkle analyseprosessen.

4.7 Kvalitativ analyse av det empiriske materialet

Målet med kvalitativ analyse er å organisere, strukturere og belyse meningsinnholdet i datamaterialet (Polit & Beck, 2017). Jeg valgte å analysere det empiriske materialet ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC), utarbeidet av professor Kirsti Malterud.

Malterud (2017) skriver at metoden er ikke original, men har flere elementer fra ulike analyseprosedyrer og egner seg godt til nybegynnere og til analyse av mange typer empiriske data. Metoden har en induktiv tilnærming (Malterud, 2012). Dette samsvarer med studiens formål om å belyse problemstillingen gjennom empiriske data fra deltakerne og gjennom fortolkning abstrahere funnene fra enkeltpersoner til noe mer allment (Malterud, 2017).

Selve analyseforløpet beskrives først. Eksempler fra analyseprosessen presenteres underveis i teksten og i tabellform, for å gjøre prosessen mer transparent og oversiktlig.

Analysen av datamaterialet var en tidkrevende og omfattende prosess. I tidlig fase ble datainnsamlingen analysert underveis etter transkribering av de tre første intervjuene. På denne måten kunne jeg danne meg et helhetlig bilde av i hvilken grad innsamlet informasjon kunne besvare problemstillingen. Ifølge Malterud (2017) gir trinnvis analyse et grundigere og mer håndterlig datamateriale og styrker muligheten for å justere prosjektets fokus. Jeg fulgte de to første trinnene i systematisk tekstkondensering ved å skape meg en helhetlig oversikt over materialet og identifisere data som var relevant til problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg kunne allerede i denne fasen se fellestrekk i det empiriske materialet, men var fortsatt åpen for nye temaer.

Etter at alt data var samlet inn begynte jeg med neste analyse runde. Malterud (2017) anbefaler at analysen gjennomføres i fire trinn, som vist i Tabell 2. Jeg har fulgt systematisk alle trinn i analyseprosessen for å få best mulig oversikt over den transkriberte teksten og styrke analysens troverdighet.

Tabell 2: Analysetrinn i systematisk tekstkondensering (STC)

Analysetrinn
1. Helhetsinntrykk – identifisere foreløpige tema
2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder (kodegrupper)
3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

4.7.1 Analysetrinn 1. Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige tema

I første analysetrinn skal forskeren bli kjent med materialet og få et helhetsinntrykk fra et såkalt «fugleperspektiv» (Malterud, 2012, s. 796). De seks intervjuene ble på forhånd nummerert for å få en bedre oversikt over informasjonen fra de ulike deltakerne. Empirien ble lest gjennom med åpent sinn og bevissthet om å få fram informantenes opplevelser samtidig som jeg har forholdt meg til problemstillingen og forskningsspørsmålene, slik Malterud (2012) anbefaler. Det ble fortløpende notert stikkord. Data som omhandlet samme tema ble

sammenfattet til **foreløpige tema** som kunne si noe om mødrenes opplevelser av måten de ble ivaretatt på av helsesykepleier på hjemmebesøk. Videre la de foreløpige temaer grunnlaget for organisering og systematisering av datamaterialet (Malterud, 2017). Malterud (2012) påpeker at temaene representerer ikke kategorier eller resultater. Disse er avhengige av videre analyse gjennom fordypning i materialet og kritisk refleksjon (Malterud, 2012), noe som ble gjennomført i de tre påfølgende analysetrinn.

4.7.2 Analysetrinn 2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige tema til koder

Malterud (2012) skriver at i neste steg skal forskeren organisere deler av materialet som kan besvare problemstillingen ved å identifisere meningsbærende enheter. En «meningsbærende enhet» er en tekstfragment som kan gi informasjon om problemstillingen (Malterud, 2012, s. 797). Jeg leste materialet nøye igjen og valgte ut deler av teksten som hadde relevans til problemstillingen og var i tillegg knyttet til de foreløpige temaene fra første analysetrinn. I teksten ble de meningsbærende enhetene som hadde fellestrekk understreket med lik farge.

Jeg identifiserte både korte og lange meningsbærende enheter. De ble systematisert og sortert i kodegrupper - en prosess Malterud (2017) betegner som koding. Dette innebærer at deler av teksten ble tatt ut av sin opprinnelige sammenheng og undersøkt nærmere, såkalt dekontekstualisering (Malterud, 2017). Under koding var jeg oppmerksom på å ikke bruke samme tema som i intervjuguiden, men utvide og berike fortolkningsgrunnlaget mitt. Dette viste seg å være utfordrende siden innholdet i det empiriske materialet omhandlet samme temaområder. Tema og spørsmål til intervjuguiden ble i utgangspunktet utformet til å belyse problemstillingen i best mulig grad sett fra ulike perspektiv. Derfor ble også kodegruppene til dels farget av intervjutemaenes innhold, samtidig som jeg bestrebet å ikke være forutinntatt men utvide mitt fortolkningsgrunnlag.

Alle meningsbærende enheter ble tilslutt sortert i fire kodegrupper. Tabell 3 viser de to første trinnene i analyseprosessen med oversikt over foreløpige tema og kodegrupper samt eksempler på meningsbærende enheter.

Tabell 3: Trinn 1 og 2 i analyseprosessen

Foreløpige tema	Meningsbærende enheter	Kodegrupper
Formidling av hjemmebesøksstilbudet	Det var liksom en selvfølge. Visste egentlig ikke «hva» de gjør.	➤ Uklar hensikt med hjemmebesøk
Mødrenes tanker om hjemmebesøk	Det er veldig bra at de kommer hjem. Men det var litt tidlig, visste ikke hva jeg skulle spørre om.	➤ Hjemmebesøkets betydning for mor og barn
Utfordringer knyttet til barselperioden	Annerledes når barnet er født i et annet land. Føles litt rart og skummelt.	➤ Å få barn i et fremmed land
Helsesykepleiers tilnærming	Da føler jeg meg trygg. Jeg ble gitt mulighet til å stille mine egne spørsmål. Ærlig. Profesjonell, men ikke formell.	➤ Helsesykepleiers ivaretagelse
Kontinuitet	Det jeg reagerte på, at det ikke var samme helsesøster.	

4.7.3 Analysetrinn 3. Kondensering

I tredje trinn av systematisk tekstkondensering skal kodegruppene abstraheres gjennom kondensering av innholdet i hver gruppe (Malterud, 2012). Jeg fulgte dette trinnet ved å vurdere kodegruppene i den rekkefølgen de ble satt opp. Alle gruppene vekket interesse, siden de bestod av meningsbærende enheter med relevant til problemstillingen innhold. Deretter ble de meningsbærende enhetene som var samlet innenfor samme kodegruppe sortert i **subgrupper**, for å systematisere tekst med forskjellige detaljer og nyanser (Malterud, 2012). Eksempel på kodegruppe og subgrupper presenteres i Tabell 4.

Tabell 4: Eksempel på kodegruppe og tilsvarende subgrupper

Kodegruppe	Subgrupper
Helsesykepleiers ivaretagelse	Opplevelse av trygghet Anerkjennelse, likeverdighet og respekt Psykososial støtte Profesjonalitet Ønske om kontinuitet

Videre i analyseprosessen ble subgruppen analyseenheten (Malterud, 2017). De meningsbærende enhetene tilhørende hver subgruppe ble gjennomgått grundig og vurdert på nytt. De enhetene som hadde relevans til problemstillingen og forskningsspørsmålene ble inkludert i et **kondensat**. Malterud (2017) beskriver kondensatet, også kalt et kunstig sitat, som «et artefakt forankret i data som skal bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å omsette dem til en mer generell form» (Malterud, 2017, s. 107). Fra subgruppen «opplevelse av trygghet», tilhørende kodegruppe «helsesykepleiers ivaretagelse» (Tabell 4), ble det utviklet et kondensat, som sammenfattet deltakernes utsagn omtrent slik de ble uttrykt:

Man vil at noen kommer hjem og sier at det går bra. Det nyfødte barnet er mer utsatt for smitte og det føles tryggere at helsesykepleier kommer hjem til oss. Jeg ble veldig glad da helsesykepleier tok kontakt og vi fikk tilbud om hjemmebesøk, det var betryggende at en profesjonell med kunnskap og erfaring kunne komme. Det er bedre at helsesykepleier kommer og sjekker babyen og også ser til hvordan mor har det.

Det ble i tillegg valgt et direkte sitat fra en av deltakerne, som Malterud (2017) betegner som «et gullisitat», for å illustrere det samlede innholdet i kondensatet som er abstrahert ovenfor. Det valgte sitatet sammenfattet mødrenes tanker om hvorfor de takket ja til hjemmebesøk og deres erfaringer med å ha helsesykepleier på besøk i eget hjem:

«Jeg hadde jo lyst til å være hjemme og jeg tror jeg var egentlig fortsatt i litt sånn ... sjokk. Så helsesykepleier, hun så det kanskje. Jeg tror det er veldig bra at de kommer hjem, at du er i eget miljø.»

De tilsvarende subgruppene under hver kodegruppe ble vurdert på nytt, med utgangspunkt i de meningsbærende enhetene tilhørende hver kodegruppe og med relevans til problemstillingen. Noen subgrupper ble justert og fikk en annen formulering.

4.7.4 Analysetrinn 4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I analysens fjerde trinn ble kondensatene brukt til å lage **analytisk tekst** for hver subgruppe og kodegruppe som hadde til hensikt å formidle deltakernes stemmer på en lojal måte og min fortolkning av materialet (Malterud, 2017). Den analytiske teksten representerte ett av resultatene med utgangspunkt i problemstillingen der flere av informantene hadde en tilnærmet lik opplevelse fra måten de ble ivaretatt på av helsesykepleier på hjemmebesøket. For eksempel kan mødrenes opplevelser av innflytelse på egne valg beskrives slik:

Flere av deltakerne opplevde at helsesykepleier tok seg god tid, var åpen for deres spørsmål og støttet dem i deres valg. En førstegangsfødende mor fortalte at hun hadde utfordringer med amming i barselperioden og helsesykepleier var svært hjelpelig med veiledning og informasjon, samtidig som mor satt med en opplevelse av at hennes valg ble respektert. En annen mor fortalte at helsesykepleier prøvde å hjelpe henne ved å gi gode råd uten å være irettesettende. Mor følte at hennes integritet ble ivaretatt og helsesykepleier var lydhør for mors behov.

Den analytiske teksten som representerte hver kodegruppe fikk en overskrift, **en kategori**, som samlet resultatene fra analysen, med utgangspunkt i de opprinnelige temaer og koder (Malterud, 2017). På dette siste analysetrinn ble delene av teksten som tidligere ble tatt ut av sammenheng vurdert på nytt i lys av helheten i det transkriberte materialet. Malterud (2017) kaller denne prosessen for rekontekstualisering. Det empiriske materialet ble lest på nytt og de analytiske tekstene for hver av kodegruppene ble validert opp mot originalteksten, for å forsikre meg at resultatene fra analysen reflekterte den opprinnelige kontekst. Kategoriene ble også rekontekstualisert mot det opprinnelige empiriske materialet. De ble senere brukt som grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet, i tråd med Malterud sin analyseprosedyre (Malterud, 2012; 2017). Kodegrupper, subgrupper og kategorier presenteres i Tabell 5.

Tabell 5: Oversikt over kodegrupper, subgrupper og kategorier

Kodegrupper	Subgrupper	Kategorier
Uklar hensikt med hjemmebesøk	Informasjonsformidling Interkulturell kommunikasjon	➤ Mødrenes forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten
Hjemmebesøkets betydning for mor og barn	Mors sosiale nettverk Sårbarhet	➤ Mødrenes behov for støtte i barselperioden
Å få barn i et fremmed land		
Helsesykepleiers ivaretagelse	Opplevelse av trygghet Profesjonalitet og likeverdighet Ærlighet Opplevelsen av kontinuitet	➤ Helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging

4.8 Forskningsetiske overveielser

I kvalitative studier er det viktig at dialogen mellom forsker og deltaker preges av gjensidig tillit og respekt (Malterud, 2017, s. 211). I prosjektet ble datainnsamlingen gjennomført gjennom kvalitativt intervju med deltakerne, som ga tilgang til informasjon om mødrenes erfaringer fra hjemmebesøket. Ifølge Malterud (2017) inneholder data fra kvalitative intervju menneskers livserfaringer og tanker og forskeren kan få sensitiv informasjon knyttet til helse og sykdom (Malterud, 2017). I tillegg ble det brukt lydopptaker under intervjuene, noe som i seg selv innebærer registrering av personopplysninger (NSD, 2019) og faller innenfor personopplysninglovens rammer (Datatilsynet, 2018). I forkant ble studien tilmeldt Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og prosjektet fikk forhåndsgodkjenning (vedlegg 7).

Det ble også sendt fremleggingsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for vurdering om prosjektet omfattes av helseforskningsloven. Tilbakemeldingen var at prosjektet faller utenfor virkeområdet til helseforskningsloven og kan gjennomføres uten godkjenning fra REK (vedlegg 6).

Ifølge Helsinkideklarasjonen bør det tas alle forholdsregler for å beskytte deltakernes personvern (World Medical Association, 2013). Informantene fikk først skriftlig informasjon om målet med prosjektet og hva deres deltakelse innebærer (vedlegg 3). Privat e-post ble ikke brukt i korrespondanse om studien. Før gjennomføring av intervjuene ble informasjon om

datainnsamlingsprosessen og håndtering av materialet gjentatt muntlig. Deltakerne ble informert om hvordan deres konfidensialitet og personvern blir ivaretatt og hva forskerens taushetsplikt innebærer. Det ble innhentet frivillig, informert og spesifikt samtykke fra informantene før intervju ble gjennomført (vedlegg 3). Deltakerne ble på forhånd informert om at de kan trekke sitt samtykke tilbake når som helst uten at dette får noen konsekvenser for dem. Personopplysninger om deltakerne som navn, adresse og telefonnummer ble oppbevart innelåst og atskilt fra lydopptak og tekst. Som nevnt tidligere ble datamaterialet anonymisert under transkribering. Det ble benyttet lydopptaker tilhørende utdanningsinstitusjonen og lydopptak ble umiddelbart slettet etter at datamaterialet ble skrevet ned.

Etiske hensyn bør tas gjennom hele forskningsprosessen for å ivareta deltakernes integritet på en best mulig måte (Malterud, 2017). Jeg har vært bevisst min forskningsrolle og de etiske utfordringene knyttet til egen forforståelse som helsesykepleier og kvinne med innvandrerbakgrunn. Både under transkripsjonen, analyseprosessen og presentasjon av resultatene har jeg prøvd å håndtere datamaterialet på en trygg og hensynsfull måte. Malterud (2017) påpeker at deltakerne skal kunne føle seg trygge på at deres integritet blir bevart, ikke bare under datainnsamlingen, men også i den videre prosessen.

5 Presentasjon av resultatene

I dette kapittelet presenteres resultatene fra det empiriske materialet, med utgangspunkt i problemstillingen om **mødrenes opplevelser av helsesykepleiers ivaretagelse på hjemmebesøk etter fødsel**.

Deltakerne i studien har fått fiktive navn for å holde oversikt over datamaterialet som ble formidlet av hver enkel informant og samtidig følge kravene til konfidensialitet. Kvinnene blir referert til med følgende navn: Ewelina, Mila, Julia, Erika, Mihaela og Irena.

5.1 Forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten

Forventningene til hjemmebesøk var preget av mødrenes opplevelser fra barseltiden og den enkeltes behov. Alle informanter fortalte at de hadde noen forventninger om det første møte med helsesykepleier, men de opplevde usikkerhet knyttet til helsesykepleiers arbeidsmåte og hensikten med hjemmebesøket. Kvinnene var takknemlige for at en fagperson kunne komme hjem til dem og hadde forventninger om å få støtte og bekreftelse.

Informantene fikk hjemmebesøk kjapt, innen to uker etter fødsel. Det var individuelle variasjoner i deltakernes preferanser om hvor tidlig hjemmebesøket bør gjennomføres. Mila (fra Nord Amerika) erfarte at det var fordelaktig at helsesykepleier kom «innenfor rimelig tid» og så til at mor og barn hadde det bra. Hun uttrykte det slik: «Når man først kommer hjem, så vil man kanskje at noen kommer og sier at det går bra, noenlunde med en gang». Irena (fra Øst - Europa) derimot fortalte at hun var usikker på hva hun skulle spørre om siden hjemmebesøket ble gjennomført innenfor kort tid etter hjemkomst, mens en del utfordringer oppstod etterpå. «Det var veldig tidlig. På det første besøket var alt bra med barnet, så jeg visste ikke hva jeg skulle spørre om, problemene kom jo etterpå».

5.1.1 Informasjonsformidling

Hjemmebesøk av helsesykepleier ble formidlet til alle mødre telefonisk og la grunnlaget for den første kontakten mellom helsesykepleier og mor. Ewelina, Mihaela, Julia, Mila og Irena oppfattet ikke at informasjon om hjemmebesøk ble formidlet slik at det fremstod som et tilbud til familien og at det var frivillig. Ingen av kvinnene visste at de hadde et alternativ. De fortalte imidlertid at de hadde akseptert tilbudet uansett, både av hensyn til barnet og av praktiske årsaker. Mihaela (fra Asia) sa det slik:

Hun tok kontakt per telefon, spurte meg om det gikk greit og om hun kan komme på hjemmebesøk, så jeg takket ja. Og det er veldig bra, at de kommer på besøk, det er lettere for meg. Etter fødsel har man litt plager, så det er bedre at hun kommer hit. Det er bedre for barnet også.

To av mødrene som var flergangsfødende, opplevde at de hadde større behov for hjemmebesøk etter at det første barnet var født. Julia (fra Øst-Europa) følte seg mer avslappet de påfølgende gangene siden hun hadde allerede kjennskap til hjemmebesøket og hadde fått større mestringsfølelse i morsrollen. Hun uttalte det slik: «Første gangen følte jeg at jeg virkelig hadde behov for at helsesykepleier kom. Med det andre barnet var jeg mer avslappet, det var annerledes». Mila (fra Nord-Amerika) fortalte at hun hadde muligens valgt bort hjemmebesøket dersom det ble formidlet som et tilbud og hun visste at hun hadde et alternativ. Hun fortalte følgende:

Hadde jeg fått mitt første barn her, så hadde jeg kanskje vurdert at det ikke var behov siden alt gikk så bra. Men siden det var nytt her, jeg tenkte at det er bra å kjenne til systemet og hvordan det fungerer her.

Videre erfarte alle mødre at de fikk lite informasjon om hjemmebesøkets innhold. Erika, Julia, Irena og Mihaela hadde fått hjemmebesøk av jordmor først. Kjennskap til jordmors faglige kompetanse og arbeidsmåte, samt etablert relasjon og det faktum at en kjent person kom på hjemmebesøk rett etter fødsel følte betryggende. Mødrene som ble intervjuet hadde ikke møtt helsesykepleier før. Spesielt førstegangsfødende hadde lite kunnskap til helsestasjonens arbeid. Julia fortalte følgende:

Hjemmebesøk fra helsesykepleier var velkomment, men med det første barnet hadde jeg aldri møtt damen som kom. Så på det tidspunktet skulle jeg foretrekke at det var jordmor som kom først, siden jeg kjente henne fra før.

Samtidig påpeker hun at «det var på ingen måte en negativ opplevelse å få helsesykepleier på hjemmebesøk». Også Irena (fra Øst-Europa) hadde en lignende erfaring og fortalte at hun visste at det kommer «noe slags besøk», men tenkte at det kanskje var bare jordmor som kom, siden hun hadde vært i kontakt med jordmor før.

Deltakerne fortalte at de opplevde det første møte allikevel som betryggende når de først møtte helsesykepleier, selv om deres forventninger til hjemmebesøket var i forkant preget av

usikkerhet. Informantene hadde ulik botid i Norge. Noen var nyankommet innvandrere, med samlet botid i Norge som var mindre enn to år. Fem av deltakerne kom fra land der hjemmebesøk av helsepersonell etter fødsel er ikke vanlig praksis.

Julia (fra Øst-Europa) hadde fått generell informasjon om helsesykepleiers hjemmebesøk fra venner og ble beroliget om at hensikten var ikke hovedsakelig kontrollfunksjon av familiens boligforhold. Julia opplevde at hun var ganske fortvilt den første tiden og usikker på mange ting. Hun «kjente ingen her» og uttrykte at på det tidspunktet skulle hun ønsket at hun fikk mer informasjon fra helsesykepleier i forkant av hjemmebesøket. Også Erika, Irena, Mila og Ewelina hadde et ønske om mer informasjon om hjemmebesøkets innhold fra helsesykepleier. Erika formidlet det slik:

Jeg visste ikke hva hun skulle gjøre. Absolutt ingenting, hadde ikke peiling. Hun sa at hun skal besøke oss og veie babyen. Ga ikke så mye informasjon, men sa litt. Så jeg spurte ikke så mye.

Videre var alle mødre «spent» på om de fikk muligheten til å stille spørsmål og få hjelp, råd og veiledning på de områdene som var viktige for dem. Amming, barnets vektoppgang og generell trivsel, søvn, bekledning, reiseråd, vaksinasjonsprogrammet og helsestasjonsprogrammet var blant temaene som informantene ønsket å ta opp med helsesykepleier. Informasjonsformidlingen på selve hjemmebesøket ble oppfattet av de aller fleste som god og forståelig. Helsesykepleier ga generelt god veiledning og råd. En av informantene derimot, Irena, opplevde at informasjon om spedbarn og søvn uteble på hjemmebesøket. Hun fortalte at i ettertid ble barnets søvn en utfordring for familien, noe som førte til mye fortvilelse. Hun var ikke forberedt på det som kom og hadde heller ikke fått informasjon om hva hun kunne forvente når det gjaldt barnets søvnrytme. Mor uttrykte at det hadde vært en fordel med informasjon om temaet og at større kunnskap og forståelse om spedbarnets søvn kunne ha hjulpet henne å unngå en del frustrasjon og bekymringer. Irena formidlet det å følgende måte:

Jeg vet egentlig ikke hvor jeg skulle fått den informasjonen ifra, at det er helt vanlig at de ikke sover på natta den første tiden. Og jeg har ikke fått den informasjonen ... jeg har vært litt i sjokk at babyen ikke sover.

5.1.2 Interkulturell kommunikasjon

Ewelina, Julia, Erika og Mihaela beskrev en følelse av usikkerhet knyttet til verbal kommunikasjon i forkant av hjemmebesøket. Både med tanke på å uttrykke seg selv på et annet språk og forstå informasjonen helsesykepleier ønsket å formidle. Usikkerheten var også relatert til ulike norske dialekter. Erika fortalte at hun var «stresset om hvordan det skulle gå», mens Julia hadde bedt om å kommunisere på engelsk.

Alle deltakere hadde positiv erfaring med helsesykepleiers måte å kommunisere på. Det var uproblematisk å forstå det som ble sagt, helsesykepleier tilpasset seg etter mors forståelsesevne, snakket ikke fort, forsikret seg om at mor hadde forstått innholdet i samtalen og forklarte på nytt dersom noe var uklart. Med tanke på non- verbal kommunikasjon og helsesykepleiers holdninger opplevde alle mødre at helsesykepleier var omtenksum, hyggelig, lett å prate med og hadde en vennlig holdning.

5.2 Mødrenes behov for støtte i barselperioden

Julia, Mihaela, Erika og Irena opplevde den første tiden etter fødsel som en sårbar periode. Mors fysiske og psykiske helse, spedbarnets omsorgsbehov, morsrollen i et annet land og opplevelsen av sosial støtte hadde innvirkning på informantenes opplevelser i postnatal perioden.

5.2.1 Mors sosiale nettverk

Det varierte hvor godt sosialt nettverk mødrene hadde. Felles for alle informanter var at med unntak av ektefelle/samboer og barn, hadde alle sin nærmeste familie i hjemlandet. Julia og Mihaela fikk besøk av familie i løpet av de første ukene eller månedene etter fødsel. Mødrene som på det tidspunktet hadde lite sosialt nettverk i Norge opplevde at de hadde større behov for hjelp og støtte fra helsesykepleier siden de ikke hadde så mange andre i umiddelbar nærhet som kunne stille opp for dem. Julia for eksempel fortalte at hun kjente nesten ingen da hun fikk sitt første barn, siden hun hadde nylig flyttet til Norge. Hun uttrykte det slik:

Jeg var en utenlandsk mor her. Ingen av mine nærmeste bortsett fra min mann bor her. Det er annerledes å få barn i et annet land. I eget hjemland, da har man mødre og tanter ... og så har man vennene sine, som kan stille opp og hjelpe når det trengs ... Og spesielt med det første barnet. Jeg var virkelig fortvilt og usikker på mange ting og jeg kjente ingen her. Min familie skulle komme, men senere. Men før den tid, jeg skulle

gjærne hatt deres støtte og spurt om hjelp når jeg tvilte på noe eller hadde spørsmål, men de var ikke her.

5.2.2 Sårbarhet

I tillegg opplevde Irena, Mihaela og Julia komplikasjoner under svangerskap og fødsel, samt emosjonelle påkjenninger og det tok en stund før de klarte å komme seg tilbake til kreftene. Irena fortalte at det skjedde veldig mye på sykehuset og at hun var på en «veldig vanskelig plass». Hun opplevde å være i «litt sånn sjokk» den første tiden etter fødsel. Mila fortalte at det kunne bli mye når man kom hjem med det lille barnet: «Kanskje man ikke orker, eller man synes det er for mye psykisk, eller man kan ha fysiske plager».

Videre fortalte Julia, Mihaela og Erika at de hadde behov for god oppfølging og veiledning knyttet til amming grunnet utfordringer den første tiden. Deres beskrivelser av barseltiden inneholdt uttrykk som «stress», «usikkerhet» og «sjokk». Julia fortalte at hun følte seg «overveldet og fortapt» når hun fikk sitt første barn og var veldig glad for at en person med faglig kompetanse besøkte familien.

Forventninger om støtte fra helsesykepleier i den sårbare perioden etter fødsel ble nevnt som svært viktig. «Støtte er for min del det viktigste», påpekte Irena.

Mihaela, Erika, Julia og Mila opplevde at de fikk generelt god støtte på hjemmebesøket ved at helsesykepleier tok deres bekymringer på alvor. Mødrene opplevde å få god oppfølging i etterkant med utgangspunkt i temaer som ble tatt opp. Irena derimot hadde en annen opplevelse utfra sin situasjon når det gjaldt helsesykepleiers ivaretagelse av psykososial støtte. Irena påpekte at helsesykepleiers evne til å tolke mors signaler hadde stor betydning for opplevelsen av støtte. Hun fortalte at hun var i «grenseland for barseldepresjon», men var engstelig for å fremstå som «svak» framfor helsesykepleier. Hun fikk generell informasjon om barseldepresjon samt tilbud om å ta kontakt med helsestasjonen dersom hun hadde behov for det og opplevde helsesykepleier som «flink» og «veldig snill». Allikevel satt hun igjen med en følelse av at helsesykepleier kunne gjort mer på hjemmebesøket for å kartlegge hvordan hun egentlig hadde det på det tidspunktet. Irena uttrykte det slik: «Jeg bare føler at hvis helsesykepleier får en bitte liten følelse av at det kan være noe på gang, så prøv å følge opp. For jeg klarte ikke si ifra nøyaktig hvordan jeg hadde det».

5.3 Helseesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging

Informantene formidlet at helseesykepleiers holdninger og tilnæringsmåte, hensynet til familien, det nyfødte barnet og helseesykepleiers faglige kunnskap var viktige forutsetninger for å få til en god relasjon. Et forhold som bygger på gjensidig respekt og tillit ble ansett som grunnlaget for det videre samarbeidet. Julia beskrev det slik: «Det er en god start at mor og helseesykepleier har et godt forhold til hverandre, siden vi begge er her for barnets del».

5.3.1 Opplevelse av trygghet

Kvinnene erfarte at helseesykepleier var vennlig, hyggelig og omsorgsfull. Det ga en opplevelse av trygghet, noe som la grunnlaget for et tillitsfullt forhold. Helseesykepleier ble beskrevet videre som interessert, hjelpsom og lydhør. Alle mødre opplevde å få god hjelp der og da når det gjaldt spørsmål om spedbarnet. Helseesykepleier var ikke avventende med å tilby råd og hjelp. Irena uttalte det slik:

Jeg vil ikke at noen skal si til meg: bare vent og se og det blir bedre. Eller det er helt vanlig og bare takle det ... For kanskje barnet har vondt i kroppen en plass. Og da vi var hos henne på helsestasjonen senere, hun henviste oss til fysioterapeuten bare for å være sikker. Da føler jeg meg trygg på at det er bra med barnet og føler meg mer trygg med henne. Det har vært veldig viktig for min del, som førstegangsfødende.

5.3.2 Profesjonalitet, likeverdighet og respekt

Anerkjennelse og opplevelse av mestring i foreldrerollen utpeker seg som viktige behov som gjenspeiles i forventningene mødrene hadde til helseesykepleier på deres første møte. Helseesykepleier kom med faglige innspill og samtidig respekterte mors valg, noe mødrene satte pris på. Mødrene opplevde at helseesykepleier viste respekt for deres behov og de fikk rom for å ta opp temaer som var viktige for dem. Helseesykepleier var ikke for ledende i samtalen. Mila beskrev det slik:

Hun var tydelig på at hun ikke var der for å stille masse spørsmål, men at det er jeg som fikk stille spørsmål hvis jeg hadde noe. Det var hun tydelig på helt fra begynnelsen av, det sa hun nesten med en gang. Det kjentes bra, for da fikk jeg stille spørsmålene jeg hadde behov for å stille.

Videre uttrykte alle informanter takknemlighet for at en person med helsefaglig kompetanse kom på hjemmebesøk kort tid etter hjemkomst med det nyfødte barnet. Noen informanter

fortalte at i hjemlandet er det vanlig at for eksempel en lege gjennomfører et formelt hjemmebesøk dersom barnet er sykt. Hjemmebesøk av helsesykepleier i Norge ble derimot beskrevet som mindre uformelt og vennlig. Julia opplevde helsesykepleier som «profesjonell, men allikevel varm og ikke for formell». Erika og Irena nevnte også «profesjonell» i sine beskrivelser om hvordan de ønsket at helsesykepleier skulle opptre på hjemmebesøket. Profesjonell tilnærming ble knyttet til helsesykepleiers faglige kunnskap og dyktighet. Vennskapelig og omsorgsfull holdning alene var ikke tilstrekkelig for at informantene skulle føle seg fortrolige med helsesykepleier. Kvinnene hadde forventninger om at helsesykepleier skulle svare på deres spørsmål utfra sin helsesykepleiefaglige kompetanse. Dette gjaldt spesielt spørsmål relatert til spedbarnets helse som de forventet at helsesykepleier bør ha god kunnskap om. Erika sa følgende:

Hvis jeg spør om noe, forventer jeg et svar. For dette er nytt for meg. Ikke at jeg spør: hva tror du om det? og hun sier «jeg vet ikke». Det er veldig viktig for meg. At hun har svar, selv om det er selvfølgelig vanskelig å vite alt. Eller at hun kan forklare meg ting. Og det gjorde hun.

Videre ga informantene uttrykk for at de ønsket å få bekreftelse fra helsesykepleier på at måten de gjorde ting på var riktig, eller om de kunne gjort noe annerledes. En slik bekreftelse fra en person med faglig bakgrunn var med på å styrke deres mestringsopplevelse. Julia fortalte:

Jeg hadde forventning om og håpet på å få spørre henne ... og høre fra en profesjonell hva hun tenker om det ... om alt så bra ut ... Jeg hadde noen spørsmål om amming siden det var utfordringer. Og jeg var både frustrert og litt nedfor. Men jeg hadde virkelig lyst til å få det til og dette var et av spørsmålene jeg hadde håp om å kunne stille til helsesykepleier. Det var viktig at noen kunne komme og hjelpe meg og fortelle om det jeg gjorde var riktig.

Et annet egenskap ved helsesykepleier som ble opplevd som tillitsskapende og viktig for relasjonsbygging var helsesykepleiers tilnærming til barnet. Måten helsesykepleier håndterte barnet på ble knyttet til faglig dyktighet så vel som personlige egenskaper. Julia fortalte at hun anså det som en stor fordel at helsesykepleier hadde god tilnærming til barnet og forklarte det slik:

Noen har et godt håndlag med babyer. Dette gir meg trygghet og gjør det lettere for meg å prøve å etablere et godt forhold til den personen. Noen som jeg kan føle at jeg kan stole på. Men også profesjonell på den andre siden og samtidig åpen og rolig. Og jeg likte måten hun var på.

Videre kommer det fram at mødrene satte pris på at helsesykepleier er oppriktig og ærlig. Mila, Julia, Mihaela og Irena påpekte at de ønsket en ærlig tilbakemelding dersom helsesykepleier hadde andre tanker om hvordan ting kunne gjøres, slik at de ikke satt igjen med en følelse av usikkerhet om hva helsesykepleier egentlig mente. Mila uttrykte det slik:

Som pasient, eller hva man skal si, så vil man helst få en klar beskjed hvis det er noe. At det ikke blir usikkerhet i det, eller i iallfall vil jeg ha det slik. At man sier det bare som det er liksom, at man ikke blir usikker.

5.3.3 Opplevelse av kontinuitet

To av deltakerne fikk oppfølging av samme helsesykepleier på de neste konsultasjonene på helsestasjonen. På spørsmål om de ønsket å møte samme helsesykepleier på helsestasjonen svarte alle informanter at det er en fordel at samme helsesykepleier som gjennomførte hjemmebesøket fulgte familien også videre på helsestasjonen. Begrunnet i at mor allerede har blitt kjent med helsesykepleier på hjemmebesøket og hadde deretter forventninger om å møte samme person på helsestasjonen.

Mila, Ewelina, Erika og Mihaela erfarte at det ikke ble slik. Det skyldtes enten ferieavvikling, omorganisering av tjenesten eller andre årsaker. Noen ble informert om det allerede på hjemmebesøket, andre ikke. De mødrene som fikk en annen helsesykepleier til neste konsultasjon var allikevel fornøyde, men forventet kontinuitet i tilbudet. Mila sa det på følgende måte: «Det er det eneste kanskje jeg reagerer på ... at det ikke var samme person ... det gjør ikke noe om det ikke er det, men det hadde kjentes naturlig kan man si».

6 Diskusjon

Hensikten med studien var å få en dypere forståelse og mer kunnskap om mødrenes erfaringer fra deres første møte med helsesykepleier på hjemmebesøk etter fødsel. Resultatene fra intervjuene tyder på at hjemmebesøk fra helsesykepleier var en positiv og berikende opplevelse for alle mødre. Kjernebegrep som tillit, respekt, trygghet og annerkjennelse var dominerende ved gjennomgang og analyse av datamaterialet. Kvinnene uttrykte at helsesykepleiers tilnærming og holdninger, profesjonelle kompetanse og evnen til å gi støtte og skape trygghet var med på å legge grunnlaget for en tillitsfull relasjon.

Men det framkom følelser av usikkerhet om innholdet i og hensikten med hjemmebesøksstilbudet samt opplevelse av å ha mottatt utilstrekkelig informasjon i forkant av hjemmebesøket. I tillegg fikk ikke kvinnene reel mulighet til å velge hvor den første konsultasjonen skulle gjennomføres. Det ble påpekt et ønske om bedre oppfølging knyttet til mors psykiske helse og flere opplevde til dels manglende kontinuitet i helsestasjonstilbudet.

Videre i dette kapittelet drøftes mødrenes opplevelser av helsesykepleiers ivaretagelse på hjemmebesøk i lys av empirisk materiale, teoretisk grunnlag og tidligere forskning på feltet.

6.1 Forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten

I Norge er hjemmebesøk av helsesykepleier et tilbud til alle familier med nyfødt barn, uavhengig av hvor mange barn familien har fra før (Helsedirektoratet, 2017). Verdens Helseorganisasjon sine anbefalinger om barselomsorgen fremhever hjemmebesøk etter fødsel som en viktig del av det forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot mor og det nyfødte barnet og fremstår som en sterk anbefaling (World Health Organization [WHO], 2013). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) skal tjenestetilbudet til personer med innvandrerbakgrunn utformes utfra lokale forhold, i nærhet til brukerne og tilrettelegges utfra den enkeltes behov og forutsetninger.

Resultatene i denne studien viser at tidspunkt for hjemmebesøk med mødre ble avtalt telefonisk og innenfor en kort periode etter hjemkomst fra barselavdelingen. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger om at foreldrene bør få tilbud om hjemmebesøk innen ti dager etter barnets fødsel (Helsedirektoratet, 2017). Alle deltakere aksepterte, men de ble ikke gitt et alternativ eller informasjon om at hjemmebesøk er et frivillig tilbud til familier med nyfødt barn. Mødrene opplevde at hjemmebesøk ble formidlet som en «selvfølge», noe som samsvarer med funn fra tidligere forskning (Jansson, Petterson & Udèn, 2001; Økland &

Hjälmhult, 2010). En studie fra Sverige belyser at helsesykepleiere ga uttrykk for at de var opptatt av at familien selv kunne velge om de ønsket at den første konsultasjonen skulle gjennomføres på egen arena. Foreldrene ble allikevel ikke informert om hensikten med hjemmebesøket og de fleste fikk ikke muligheten til å velge selv (Jansson, Petterson & Udèn, 2001). En svensk oversiktsstudie fra 2010 redegjør for sammenhengen mellom helsesykepleiers holdninger til hjemmebesøk og hjemmebesøksfrekvensen i landet (Almquist-Tangen et al, 2010). Det stilles spørsmål ved årsakene til at flere familier takket nei til hjemmebesøk av helsesykepleier. Forfatterne kom fram til at måten tilbudet ble formidlet på hadde betydning for foreldrenes svar. Samme funn belyses i Økland & Hjälmhult (2010) sin rapport som utforsket blant annet hjemmebesøkstilbudet til familier med nyfødt barn i Bergen. Det kom fram at flesteparten av helsesykepleierne formulerte seg slik at foreldrene ikke ble gitt et alternativ, noe som hadde sammenheng med at foreldrene kunne bli usikre på hva de skulle velge, spesielt når det gjaldt førstegangsforeldre som var ukjent med tilbudet (Økland & Hjälmhult, 2010). Selv om forskning viser at det er flere fordeler med at den første konsultasjonen gjennomføres på egen arena (Mosdøl, Blaasvær & Vist, 2014; Yonemoto et al, 2017; Kronborg, Væth & Kristensen, 2012; Dowswell & Dennis, 2013), påpeker Hjälmhult (2016) at relasjonen til mottaker av tilbudet bør bygge på tillit, også når det gjelder formidling av hjemmebesøkstilbudet.

Det er betenkelig at ingen av informantene i min studie fikk reel mulighet til å velge formen på den første konsultasjonen. Dette med tanke på at innvandrerbefolkningen og spesielt nyankomne innvandrere har generelt mindre kjennskap til omsorgstjenestene i Norge (Helse og omsorgsdepartementet, 2013). Utfra deltakernes utsagn kommer det fram at de fleste hadde akseptert uansett. Rett til å medvirke i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester er et viktig prinsipp (Pasient - og brukerretighetsloven, 1999, § 3-1). Brukerperspektivet anses å være en grunnstein i helsesykepleiers helsefremmende arbeid (Kvarme, 2016). Med bakgrunn i dette kan det tenkes at god faglig begrunnelse for formålet med hjemmebesøket ved presentasjon av tilbudet kan medvirke til at foreldrene føler seg tryggere i sitt valg, samtidig som brukermedvirkningsprinsippet blir ivaretatt.

Mødrene i min studie opplevde i tillegg å få utilstrekkelig eller ingen informasjon om hjemmebesøkets innhold. Dette står i kontrast til anbefalingen i nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeid om at informasjon om helsestasjonens tilbud bør gis i forkant av hjemmebesøket (Helsedirektoratet, 2017). Kvinnene behersket enten norsk eller engelsk, noe som gjorde kommunikasjonen mellom helsesykepleier og mor lettere

enn dersom det var behov for tolk. Allikevel ble ikke informasjon formidlet som anbefalt. I den sammenheng bør det påpekes at ansvaret for god informasjonsformidling om tjenesten ligger i stor grad hos helsepersonell og informasjonen skal tilpasses den enkeltes språklige og kulturelle bakgrunn (Helse - og omsorgsdepartementet, 2013).

Fem av deltakerne i studien kom fra land der hjemmebesøk etter fødsel ikke praktiseres og de hadde lite kjennskap til helsestasjonstjenesten og helsesykepleiers rolle. En av informantene for eksempel hadde forventninger om at helsesykepleier kom for å kontrollere familiens boligforhold. Kontrollaspektet som en del av helsesykepleiers rolle på hjemmebesøk er et gjennomgående tema i flere studier. Aston et al (2015) fant at flesteparten av mødrene var bekymret for at helsesykepleier med sin profesjonelle kompetanse kom i hovedsak for å kontrollere det de gjorde og irettesette dem. I Jansson, Petterson & Udèn (2001) sin studie belyses det at foreldre i forrige generasjoner erfarte at helsesykepleiers hjemmebesøk var gjennomført som inspeksjon og samme syn på helsesykepleiers rolle kunne lett bli overført til yngre generasjoner (Jansson, Petterson & Udèn (2001)). Det sammenfaller med Hjälmhult & Lomborg (2012) sine funn om at mødrene hadde bestridende følelser om å motta en offentlig helsearbeider hjemme og ga uttrykk for at de mislikte kontroll av eget hjem (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

Jåvo (2015) hevder at kjennskap til det norske samfunnet kan variere fra innvandrere til innvandrere, avhengig av for eksempel botid i Norge og ulik forståelse av de kulturelle betingelser i landet. På grunn av manglende informasjon og kunnskap om det norske samfunnet, inkludert norsk helsevesen, kan forventningene til helsevesenet være uklare (Jåvo, 2015). Dette samstemmer med resultatene i min studie.

Mødrene fortalte at helsesykepleier var velkommen, men uttrykte et ønske om at mer informasjon om hjemmebesøket hensikt og innhold ble gitt i forkant. På denne måten kunne de forberede seg på det som kom til å skje, som igjen kunne styrke opplevelsen av trygghet. Med bakgrunn i kvinnenens utsagn kan det forstås slik at større kunnskap om hva helsesykepleier foretar seg på hjemmebesøket kunne redusert opplevelsen av usikkerhet.

Resultatene fra studien synliggjør behovet for mer informasjon, spesielt med tanke på at hjemmebesøk som er tradisjon i Norge, var ukjent for deltakerne. Viktigheten med god informasjon i forkant av hjemmebesøk fremheves også i en studie fra Australia av Henderson (2009). Studien belyser at helsesykepleiere anså den første telefoniske kontakten med mor

som viktig og svært gunstig for å danne seg et bilde av hvordan mor og barn hadde det og for å kunne prioritere tidspunkt for besøk utfra familiens behov (Henderson, 2009). Min studie viser i tillegg at mer informasjon om helsesykepleierrollen og hva helsesykepleier foretar seg på hjemmebesøket kan ha betydning for mødrenes forventninger. Ifølge Salole & Holme (2016, s. 177) kan informasjon om helsesykepleiers rolle og funksjon være et utgangspunkt for relasjonsbygging, spesielt for foreldre som har liten erfaring med norsk helsevesen. Som for eksempel å synliggjøre at helsesykepleierrollen i seg selv er mangfoldig og innehar det mellommenneskelige aspektet, som kan sammenlignes med den rollen en mor ville hatt i hjemlandet, som en del av støtteapparatet (Salole & Holme, 2016).

På selve hjemmebesøket opplevde mødrene at de fikk generelt god informasjon om ulike temaer som de var opptatt av. Flere studier viser imidlertid at kvinner med utenlandsk bakgrunn var generelt mindre fornøyd med informasjonsformidlingen på hjemmebesøk (Jansson, Sivberg, Larsson & Udèn, 2002; Sjetne et al, 2013). I min studie forekom det ett utsagn om at helsesykepleier hadde unnlatt å gi informasjon om spedbarnets søvnmønster, noe som fulgte til usikkerhet og frustrasjon hos foreldrene i senere tid. En annen informant påpekte at hun forventet å lære noe nytt fra helsesykepleier relatert til barnet. Helseopplysning til familier og barn er blant helsesykepleiers ansvarsområder (Tveiten, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Ottawa-charteret poengterer at gjennom helseopplysning og styrking av mestringsevnen hos bruker bidrar det helsefremmende arbeidet til styrking av personens personlige og sosiale utvikling (WHO, 1986). Helsedirektoratet (2017) anbefaler at råd og veiledning bør ta utgangspunkt i familiens behov. Funnene i studien tyder på at helsesykepleiere bør ta opp de anbefalte i retningslinjene temaer, som bygger på kunnskap og erfaringer om foreldrenes behov (Helsedirektoratet, 2017). For å kunne identifisere foreldrenes kunnskapsbehov er det en fordel å ha kjennskap til foreldrenes kulturelle oppfatninger, og stille åpne og spesifikke spørsmål (Söderbäck & Ekström, 2014).

Videre fortalte kvinnene om positive erfaringer når det gjaldt verbal kommunikasjon på hjemmebesøket. Empirien viser at helsesykepleier snakket tydelig og tok seg god tid til å forklare dersom noe var vanskelig å forstå, noe som kan tyde på at helsesykepleier var oppmerksom også på mors nonverbale signaler. I ulike kulturer kan ansiktsuttrykk og mimikk bety ulike ting, og det kan være en fordel for helsesykepleiere å ha forhåndskunnskap til ulike kommunikasjonsstiller i møte med foreldre med en annen kulturell bakgrunn (Eriksen & Sajjad, 2015). Ifølge Tavallali et al (2016) forventer ikke innvandrerfamilier at sykepleiere skal inneha detaljert kunnskap om deres kultur og skikker, men at god kommunikasjon

imellom kan ha positiv innvirkning på deres relasjon. Aktiv lytting, kombinert med oppmerksomhet rettet mot nonverbale og verbale uttrykk kan bidra til økt felles forståelse og fremme mors mestringsevne (Tveiten, 2016). Lindberg & Hvatum (2016) hevder at helsesykepleiers kommunikasjonsferdigheter handler ikke om å utvikle en teknikk, men være sensitiv og tilstede i møte med mennesker.

6.2 Mødrenes behov for støtte i barselperioden

Flere informanter opplevde ulike utfordringer i barseltiden, spesielt etter hjemkomst fra sykehuset. Noen opplevde mye stress og fortvilelse etter at barnet ble født. Andre hadde utfordringer allerede under svangerskapet og opplevde «tøffe» fødsler som gjorde dem mer sårbare for påkjenninger i tiden etter fødsel. Samtlige av mødrene fortalte at den første tiden etter fødsel kom som «et sjokk» som hadde sitt utspring i usikkerhet i foreldrerollen, fysiske og psykiske påkjenninger, utfordringer med amming, døgnrytme og søvn. Hjemmebesøk av helsesykepleier ble beskrevet av kvinnene som ønsket og «sårt tiltrengt», spesielt av førstegangsfødende.

Graviditet og fødsel medfører eksistensielle valg og berører grunnleggende forhold i menneskers liv, og for innvandrere kan en slik hendelse forsterke det livsvalget som ble tatt (Annexstad, 2016, s. 192). Eberhard-Gran et al (2003) sin studie som utforsket barselskikker i ulike kulturer fant at barseltiden blir i de fleste samfunn ansett som en periode med økt sårbarhet for mor og barn. I de fleste kulturer er fødsel sett på som en gledelig begivenhet, men en slik overgangsperiode innebærer også at kvinner opplever emosjonelle endringer, også i form av økt følsomhet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007; Hjälmhult & Lomborg, 2012). Phelan (2014) skriver at samfunnets forventninger og syn på foreldrerollen kan virke overveldende for en ny mor og noen kvinner opplever at de ikke klarer å nå opp til forventningene, noe som medbringer en følelse av utilstrekkelighet. Glavin (2019, s. 44) hevder at kvinner er i utgangspunktet i en sårbar fase etter fødsel og for innvandrermodre det å samtidig skulle integrere seg i et nytt samfunn kan være utfordrende.

I tillegg er lengden på barseloppholdet etter normal fødsel blitt kortere i norske sykehus (Helsedirektoratet, 2014). Helsedirektoratet (2014) anbefaler at sykehusoppholdet bør være langt nok til at familien skal være forberedt og i stand til å ta seg av barnet hjemme og at det bør sikres at mor har tilstrekkelig støtte i hjemmet. Det er derimot mange utfordringer og bekymringer som kan melde seg etter at mor og barn har forlat barselavdelingen (Helsedirektoratet, 2014), slik utsagnene fra informantene i min studie avslører.

Mitt materiale viser at kvinnes utfordringer i tiden etter fødsel er ikke stort annerledes enn det kvinner generelt opplever som utfordrende i denne perioden. Det er imidlertid flere faktorer som helsesykepleiere bør være oppmerksomme på når det gjelder kvinner med innvandrerbakgrunn deriblant kvinnes mulig manglende sosiale nettverk og behovet for sosialt støtte.

Alle mødre i studien opplyste at deres slektninger bodde i hjemlandet. Det tok også tid før deres nærmeste hadde mulighet til å besøke dem i Norge. Noen reiste til hjemlandet for å møte familie og venner. En av kvinnene fortalte at hun kjente «ingen» i Norge da det første barnet ble født. Det tok over en måned etter fødsel før hennes foreldre kunne komme og hun savnet støtten fra sine nærmeste, spesielt sin mor og nærmeste venninner. Kvinner med innvandrerbakgrunn mangler ofte nærmeste familie og venner og nettverket kan bli svært lite den første tiden i et nytt land (Glavin, 2019; Jagmann, 2016). For kvinner fra enkelte kulturer er det også mer naturlig å støtte seg til mor eller gode venninner, enn for eksempel barnets far (Glavin, 2019; Annexstad, 2016). Kvinner som har mistet sitt nære sosiale nettverk grunnet utvandring er enda mer sårbare i perioden etter fødsel (Glavin, 2019). Regelmessig kontakt med nær familie og venner har imidlertid vist seg å ha en positiv effekt på mors mestringsevne og ikke minst mors psykiske helse postpartum (Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2011).

Informantene fremhev behovet for støtte fra helsesykepleier som svært viktig. Sjetne et al (2013) påpeker at mange som ikke er kjent med norsk kultur og helsevesen er i en sårbar fase når de får barn og har enda større behov for støtte og omsorg. Det å forlate sitt eget hjemland og komme til et nytt land, enten det er selvvalgt eller påtvunget, utløser hos de aller fleste følelsesmessige reaksjoner som savn eller sorg over det man har mistet eller forlot og samtidig håp knyttet til nye muligheter (Annexstad, 2016). Jansson, Isacsson, Kornfält & Lindholm (1998) fant i sin studie at sosial støtte var viktig for mødre som fikk hjemmebesøk og spesielt for foreldre som bodde langt unna nærmeste familie. I den sammenheng hadde helsesykepleier en viktig rolle som en erstatning for eller et supplement til den nødvendige sosiale støtten (Jansson et al, 1998, s. 202). Helsesykepleiers rolle på hjemmebesøk er unik med tanke på tilgangen til familien og tidlig intervensjon (Tveiten, 2016). Ifølge Leahy -Warren (2005) står sosial støtte, både fra familie og helsevesen, sentralt for å styrke foreldrenes selvtillit i foreldrerollen.

6.3 Helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging

Kvinnene i studien hadde en positiv opplevelse av helsesykepleiers omsorgsevne.

Helsesykepleier ble beskrevet som «moderlig», noe som ga assosiasjoner til opplevelse av trygghet. Helsesykepleier var åpen, lydhør og tålmodig og tok seg god tid til å svare på mødrenes henvendelser. Til sammenligning fant Stewart-Moore, Furber & Thomson (2012) i Irland at helsesykepleier hadde det for travelt og hjemmebesøket var mer rutinepreget. I England opplevde foreldrene at hjemmebesøket bær preg av at helsepersonell forholdt seg til organisasjonens krav om innhold i tilbudet på bekostning av fleksibilitet og foreldrenes behov for støtte (Cowly, Mitcheson & Houston, 2004). Selv om alle informanter i min studie opplevde at helsesykepleier var tilstedeværende og tok hensyn til deres behov for støtte, fremkommer det utsagn som berører helsesykepleiers evne til å gå dypere i samtalen når det gjelder mors psykiske helse og utforske hva mor egentlig prøver å formidle. En av mødrene, som opplevde å være i «fare for barseldepresjon» fremmer en appell til helsesykepleiere å stole på magefølelsen og ved det minste fornemmelse om at det kan være noe mer enn mor klarer å formidle verbalt, prøve å følge opp. Phelan (2014) skriver at det er ikke bestandig lett å gi uttrykk for sine følelser av ulike grunn, som for eksempel depressive symptomer, angst, redsel for å mislykkes som mor og evne til å takle utfordringer.

Forskning viser at innvandrerkvinner har en høyere forekomst av barseldepresjon enn den øvrige befolkning (Lee, Chen & Chen, 2010; Sword, Watt & Krueger, 2006). Mødre med innvandrerbakgrunn kan også oppleve betydelige psykiske helseutfordringer med bakgrunn i språklige utfordringer og sosioøkonomiske faktorer (O'Mahony & Clark, 2018). Sword, Watt & Krueger (2006) i Canada fant at kvinner med innvandrerbakgrunn hadde høyere EPDS-score² sammenlignet med kvinner født i landet, noe som knyttes til blant annet sosial isolasjon og et lavt nivå av sosial støtte. I noen kulturer imidlertid blir alvorlighetsgraden av psykiske og emosjonelle reaksjoner hos mor betraktet som en normal reaksjon etter fødsel og noe mor bør takle selv (Sword, Watt & Krueger, 2006). I O'Mahony & Clark (2018) sin studie fortalte mødrene om et kulturelt stigma forbundet med psykisk helse som kan forhindre at mødrene får adekvat støtte og hjelp.

² EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) er en depresjonsskala for å oppdage depressive symptomer hos kvinner som nylig har fått barn (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Ut fra dette kan det forstås slik at en kombinasjon av usikkerhet i foreldrerollen i et fremmed land samt kulturellbetinget forståelse knyttet til fødsel, barseltid og psykisk helse kan føre til at mor prøver å skjule informasjon for å ikke framstå som «svak». Clancy & Svensson (2010) hevder at noen velger å ikke utdype eller si noe om hvordan de egentlig har det grunnet ønske om å leve opp til helsesykepleiers forventninger. Mødre med innvandrerbakgrunn kan ha ulike tilnærminger til maktavstanden mellom pasient og helsepersonell (Salole & Holme, 2015) og i møte med helsesykepleier kan kvinnene anse det som nødvendig å ikke komme med innvendinger og prøve «å bevare ansikt», av respekt for autoritetene (Salole & Holme, 2015, s. 176). For eksempel fortalte en av informantene i min studie at det var bra at helsesykepleier kom hjem til familien da hun følte seg tryggere i egne omgivelser. På helsestasjonen hadde hun prøvd «å gjøre et fint fjes» for å nå opp til helsesykepleiers forventninger. I Söderbäck & Ekström (2014) sin studie ga somaliske mødre uttrykk for at de holdt igjen informasjon om egne tanker og oppfatninger grunnet tidligere erfaringer med helsevesenet.

Samtidig utfordres helsesykepleiere i denne studien om å ta affære dersom det sniker seg en «liten anelse» om at det er noe mor ikke forteller. Dette tyder på at det ligger en forventning om å bli sett og tatt på alvor. Det stiller spørsmål ved helsesykepleiers kultursensitive evne til å møte innvandrerødrenes behov for psykososial støtte og forståelse. Ifølge Løgstrup (1999) behøver ikke utleveringen nødvendigvis å være en betroelse, men kan det være at den andre skaper en viss stemning ved å snakke med en bestemt tone i samtalen, med en forventning om å bli imøtekommet (s. 38). Salole & Holme (2016) påpeker at «det er lytter, ikke taler som er ansvarlig for å hente budskapet i dialogen» (s. 178), noe som kan knyttes til forventningene mødre hadde til helsesykepleier i min studie. Ifølge Helseth (2016) legges mulighetene for et framtidig samarbeidsforhold mellom helsesykepleier og foreldre allerede i etableringsfasen der tillit og identifisering av nøkkelbehov står sentralt. Å identifisere og avdekke behov for støtte og hjelp i sin første kontakt med mor, utover det familien og det sosiale nettverket kan bidra med, er en del av helsesykepleiers mandat på hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge O'Mahony & Clark (2018) viser studier, både fra Canada og England, at helsesykepleiere bruker ulike kartleggingsverktøy for å identifisere innvandrer mødre som er i risikogruppen for barseldepresjon, men mangler tilstrekkelig kompetanse om hvordan tilnærme seg disse kvinnene. Ifølge Alvsvåg og Martinsen (2018) er det faglig-etiske skjønnet nødvendighet for å kunne ivareta brukerne på en best mulig måte, spesielt i situasjoner en er usikker på. Sword, Watt & Krueger (2006) hevder at helsesykepleiere bør inneha forståelse

for de kulturelle rammene og konteksten rundt barseldepresjon, for selv om det er fellestrekk i kvinnenes opplevelser på kryss av kulturer, er tolkningen av symptombildet kulturbasert. Jávo (2015) kom fram til at i samtaler med mennesker med annen kulturell bakgrunn er det viktig at helsepersonell har fokus på allmennmenneskelige følelser, noe som vil skape en opplevelse av trygghet i situasjonen. Men samtidig er det viktig å utforske kulturelle forskjeller og likheter for å komme fram til en felles forståelse (Jàvo, 2015).

Resultatene fra studien peker videre på at deltakerne satte pris på at helsesykepleier var både vennlig, snill og omsorgsfull. Samtidig la de vekt på at profesjonell kompetanse og faglig kunnskap er svært viktig for å få tillit til helsesykepleier. Informantenes kjennskap til helsepersonells hjemmebesøk i hjemlandet ble beskrevet som et formelt møte. Kvinnenes opplevelse av helsesykepleiers hjemmebesøk i Norge gir inntrykk av at helsesykepleier opptrådte profesjonelt, men hennes holdning var samtidig vennlig. En slik kombinasjon av vennlighet og profesjonalitet ble ansett som en stor fordel for etablering av et godt forhold. Aston et al (2015) ser nærmere på forholdet mellom helsesykepleiers rolle som faglig ekspert på den ene siden og helsesykepleiers vennlige tilnærming på den andre siden, noe som også er et relevant drøftingspunkt for min studie. Kvinnenes utsagn i min studie tyder på at helsesykepleiers evne til å kombinere faglighet og omsorg skapte mer betryggende atmosfære. Dette er i tråd med Clancy (2015) om at helsesykepleier er den ansvarlige profesjonelle som skal ivareta foreldre og barn ved å bruke sin kliniske kompetanse og ekspertblikk og samtidig vise personlig og omsorgsfull nærhet. Helsesykepleier bør finne en balanse mellom åpenhet, nærhet og profesjonell distanse for å kunne gi adekvat hjelp (Clancy & Svensson, 2010).

Flere deltakere fortalte at helsesykepleier støttet dem i deres beslutninger og var ikke fordømmende. Alle deltakere opplevde at deres mening ble respektert. Disse funn står i kontrast til Söderbäck & Ekström (2014) som påpeker at somaliske foreldres utfordringer i møte med helsevesenet hadde sitt utspring i opplevelsen av å ikke bli respektert eller tatt på alvor. Det er imidlertid nærliggende å påpeke at selv om kvinnene i min studie opplevde relasjonen som likeverdig, er partene allikevel ikke likestilte. Helsesykepleiers helsefremmende arbeid legger vekt på brukerens selvbestemmelsesrett, men det er viktig å være bevisst på maktubalansen som bestandig vil være til stede mellom helsepersonell og brukere (Tveiten, 2016). For selv om alt kan virke tilsynelatende greit, kan foreldrene unnlate å fortelle om det som er problematisk og heller velge å fortelle at alt er bra (Clancy, 2015). Det kan tolkes slik at på den ene siden står helsesykepleier med sin profesjonelle kompetanse, helsefaglig kunnskap og kjennskap til det norske systemet. På den andre siden mor som et

selvstendig individ med bevisste valg og meninger, men som ofte befinner seg i en sårbar fase etter fødsel. I tillegg kan det tenkes at forholdet mellom dem preges av kulturelle ulikheter, som forsterker asymmetrien i relasjonen. Ifølge Eriksen & Sajjad (2015) bærer de fleste situasjoner der innvandrere kommuniserer med nordmenn preg av maktforskjeller, «og nesten alltid er det nordmannen som har mest makt» (s. 123). Løgstrup (1999) hevder at ethvert menneske er et selvstendig og ansvarlig individ og ønsket om å forstå den andres verden er tett koblet til viljen om å la den andre «være herre over sin egen verden» (s. 48). Relatert til min studie kan det tolkes slik at opplevelsen av respekt og likeverdighet som mødrene erfarte på hjemmebesøk var med på å styrke tilliten til helsesykepleier. Samtidig forventet kvinnene at helsesykepleier var ærlig og sa ifra dersom ting bør gjøres annerledes. I den sammenheng støtter jeg meg til Clancy & Svensson (2010, s. 9) om at likeverdighet og deltakelse handler ikke om aktive brukere og passive helsesykepleiere, men om åpenhet, ærlighet og imøtekomme brukernes behov.

Videre søkte alle mødre bekræftelse fra helsesykepleier på at det nyfødte barnet hadde det bra. Studien fokuserer hovedsakelig på interaksjonen mellom mor og helsesykepleier og hvordan helsesykepleiers ivaretagelse av mor influerer på relasjonsbygging. Felles for både mor og helsesykepleier er allikevel at de har det nyfødte barnet i fokus. At helsesykepleier hadde en god tilnærming til barnet var viktig for relasjonsbygging. Flere informanter forventet at helsesykepleier kunne gi konkrete svar når det gjaldt spørsmål om barnet. Det samsvarer med funn fra det kvalitative studien til Aston et al (2015) som utforsket relasjonen mellom mødre og helsesykepleiere på hjemmebesøk etter fødsel. Flere deltakere i deres studie kommenterte viktigheten med respektfull holdning rettet ikke bare mot mor, men også mot barnet og øvrige familiemedlemmer. Mødrene i min studie var tydelige på at de ønsket et konkret svar på sine spørsmål knyttet til omsorgen for det nyfødte barnet. Som nevnt tidligere kan innvandrerforeldres ulike tilnærminger til maktavstanden mellom den profesjonelle utøver og bruker av tjenestene gjenspeiles i deres forventninger om å få et helt tydelig svar eller løsning på sine spørsmål (Salole & Holme, 2016). Dersom helsesykepleier viser derimot tegn på usikkerhet, kan det avvike fra foreldrenes forventninger om hva en ekspert er, noe som igjen kan føre til mistillit (Salole & Holme, 2016). Mine informanter opplevde at helsesykepleier kunne svare godt på deres spørsmål, noe som styrket tilliten i forholdet.

Avslutningsvis var spørsmål om hvorvidt deltakerne ønsket kontinuitet i det videre tilbudet, ved å møte samme helsesykepleier på helsestasjonen, en pekepinn på hvordan de opplevde relasjonen til helsesykepleier etter det første møte i familiens hjem. Innledningsvis fortalte

flere av informantene som var førstegangsfødende at de foretrakk at det var jordmor som kom på hjemmebesøk siden de allerede hadde etablert et godt forhold og det var en fordel å møte «et kjent ansikt». At alle deltakere uttrykte ønske om at samme helsesykepleier burde følge dem opp på de neste konsultasjoner kan tyde på at helsesykepleiers tilnærming og ivaretagelse på hjemmebesøket la et godt grunnlag for videre samarbeid. Også i flere andre studier ga foreldrene generelt uttrykk at de ønsket å ha samme helsesykepleier på alle konsultasjoner (Hjälmhult, 2016; Henderson, 2009). Jansson et al (2002) sin kvantitative studie derimot trekker fram at mødre med innvandrerbakgrunn hadde betenkeligheter om den videre kontakten med helsestasjonen, i motsetning til resultatene i min studie. Resultatene fra mitt materiale viser at helsestasjonsvirksomheten bør tilrettelegges, så langt det er mulig, for kontinuitet i tjenestetilbudet. Videre oppfølging bør ivaretas av den personen foreldrene har etablert tillit til.

6.4 Metodiske refleksjoner

Metodiske overveielser er tatt høyde for gjennom hele forskningsprosessen (Helsinkideklarasjonen, 2013) og omtales også i metodekapittelet gjennom begrunnelse av mine valg. Det strategiske utvalget av deltakere er lite, men relevant for studiens problemstilling. Utvalget har god variasjonsbredde og det empiriske materialet er variert og fylldig. Ifølge Malterud (2017) gir større variasjonsbredde mulighet for beskrivelse av flere nyanser av samme fenomen. En begrensning med utvalget er at det ikke ble inkludert mødre med innvandrerbakgrunn som har behov for tolk, grunnet økonomiske og tidsmessige begrensninger med prosjektet. Studien belyser derfor ikke utfordringer som kan oppstå i kommunikasjon med tolk.

En annen begrensning er at det ikke ble rekruttert deltakere med flyktningebakgrunn. En mulig årsak er at oppsatt tidsramme for oppgaven kunne ha hatt innvirkning på rekrutteringen av deltakere. Enda større mangfold i deltakernes bakgrunn kunne belyst eventuelt flere utfordringer utfra mødrenes forutsetninger og opplevelser i hjemlandet.

Resultatene er ikke statistisk generaliserbare. Hvorvidt resultatene kan generaliseres til resten av populasjonen er usikkert. Men de har gitt viktig innsikt i opplevelsene til et utvalg av mødre og retter oppmerksomheten mot viktige forhold ved hjemmebesøket. Alle mødre kommer fra ulike land, men det er også individuelle forskjeller innenfor samme kultur

(Eriksen & Sajjad, 2015). Hensikten med kvalitative studier er å oppdage mening og utforske mangfoldige realiteter og ikke generalisere til resten av populasjonen (Polit & Beck, 2017).

Semistrukturert individualintervju ble valgt som datainnsamlingsmetode for å få innsikt i mødrenes opplevelser fra det første møte med helsesykepleier på hjemmebesøk. Selv om det ble benyttet temaguide for å sikre at tema som kunne besvare problemstillingen ble dekt, fikk informantene samtidig mulighet til å fortelle fritt om sine opplevelser i egne ord for å få rikere materiale, slik Polit & Beck (2017) anbefaler. At jeg selv er kvinne med utenlandsk bakgrunn opplevdes som en fordel ved gjennomføring av intervjuet med tanke på forberedelser til å intervju, men også for å få tillit hos deltakerne, noe som Polit & Beck (2017) fremhever som svært viktig i kvalitative studier. Å ha fellestrekk med deltakerne kan være en fordel for å samle rikere og detaljert informasjon (Polit & Beck, 2017). Faren ved å identifisere seg med deltakerne kan imidlertid påvirke fortolkning av resultatene alt ut fra deltakernes perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Refleksivitet er en viktig del av datainnsamlingen i kvalitative studier (Polit & Beck, 2017) og jeg har vært bevisst på å balansere mellom nærhet og profesjonell distanse og diskutert utfordringer underveis med veileder. Deltakernes kjennskap til min profesjonelle bakgrunn kunne på den ene siden ha påvirket deres utsagn og hvorvidt de ønsket å fortelle om forhold de ikke følte seg bekvem med. Jeg har derfor lagt tyngde på min forskerrolle i intervjuprosessen. På den annen side kunne min helsesykepleierbakgrunn relateres til en profesjon som er kjent, noe som kan oppleves betryggende.

7 Oppsummering og konklusjon

Formålet med studien var å utforske innvandrerødrenes opplevelser fra det første møte med helsesykepleier på hjemmebesøk, deriblant hvordan mødre opplevde kommunikasjonen, ivaretagelsen av egne behov og relasjonen til helsesykepleier.

Resultatene fra studien viser at mødre hadde en positiv og betryggende opplevelse fra helsesykepleiers hjemmebesøk etter fødsel. Mødrenes behov for informasjon, råd og veiledning under hjemmebesøket var godt ivaretatt. Kvinnene opplevde imidlertid at de fikk lite informasjon om hensikten med og innholdet i hjemmebesøket. De opplevde også usikkerhet knyttet til helsesykepleiers rolle. I tillegg ble ikke hjemmebesøk presentert som et frivillig tilbud. Dette stiller spørsmål ved helsesykepleiers ivaretagelse av mødrenes behov for informasjon i forkant av hjemmebesøket og hvorvidt de ble gitt muligheten til å foreta et selvstendig valg når det gjaldt formen på den første konsultasjonen.

Resultatene tyder på at mødre med innvandrerbakgrunn har generelt større behov for støtte i den sårbare tiden etter fødsel. Kvinnene erfarte at helsesykepleier var lydhør, omsorgsfull og hjelpsom. Men det etterlyses bedre oppfølging knyttet til emosjonell støtte og ivaretagelse av mors psykiske helse den første tiden etter fødsel. Situasjonsforståelse og skjønnsmessig vurdering, samt helsesykepleiers evne til å lytte og tolke mors signaler fremtrer som viktige egenskaper for å kunne ivareta mødre med innvandrerbakgrunn som befinner seg i en sårbar situasjon.

Profesjonell og omsorgsfull tilnærming beskrives av deltakerne som svært viktig for å få tillit til helsesykepleier. Kvinnene opplevde at helsesykepleier var faglig dyktig samtidig som helsesykepleier ivaretok det mellommenneskelige aspektet. Mødrene erfarte at deres mening ble respektert, noe som tyder på at helsesykepleier ivaretok kvinnenes integritet. Empirien viser at mødre ønsket kontinuitet i det videre tilbudet fra helsestasjonen.

7.1 Teoretiske implikasjoner og betydning for praksis

Denne studien bygger på tidligere forskning. Intervjustudien har gitt dybdekunnskap om innvandrerødrenes opplevelser og hva helsesykepleiere bør fokusere på i tilrettelegging av tilbudet. Informasjon om hensikten med og innholdet i hjemmebesøksstilbudet i forkant kan bli bedre. Dette kan helsesykepleiere implementere i sine rutiner slik at kvinnene også får en reel mulighet til å velge formen på konsultasjonen. At mødre med innvandrerbakgrunn har større

behov for sosial og emosjonell støtte er noe helsesykepleiere bør ha mer fokus på i sin praksisutøvelse. Helsesykepleiere bør være bevisst viktigheten med å se og tolke mødrenes signaler og ha forståelse for kulturelle faktorer som kan påvirke kommunikasjonen.

Kontinuitet i den videre oppfølgingen på helsestasjonen kan sikre et mer forutsigbart og helhetlig tilbud.

Studien kan være nyttig for ledere i helsesykepleiertjenesten, helsesykepleiere og flyktningsykepleiere i arbeidet med kvalitetsforbedring av tjenesten til kvinner med innvandrerbakgrunn. Mer kunnskap om hjemmebesøk til kvinner med innvandrerbakgrunn kan i tillegg være nyttig for helsesykepleierstudenter.

Videre forskning bør rettes mot minoritetsfamilier og foreldrenes erfaringer med helsestasjonstjenesten. Studien har fokus på mødre og omfatter ikke fedre. Fedre med innvandrerbakgrunn og deres erfaringer med helsestasjonstjenesten kan være et interessant forskningsområde med tanke på at familier med innvandrerbakgrunn kan ha ulikt syn på foreldrerollen og barneoppdragelse.

Det kan i tillegg være relevant å forske på helsesykepleiers erfaringer i møte med kvinner med annen kulturell bakgrunn som har behov for psykososial støtte. Videre forskning med observasjonsstudier av interaksjonen mellom helsesykepleiere og mødre med innvandrerbakgrunn på hjemmebesøk kan belyse hva som faktisk skjer i en konsultasjon.

Referanseliste

- Almquist-Tangen, G., Bergström, M., Lindfors, A., Holmberg, L. & Magnusson, M. (2010). Minskat antal hembesök inom barnhälsovården: Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas. *Läkartidningen, Vol.107(47)*, 2968-2971. Hentet fra http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/15451/LKT1047s2968_2971.pdf
- Alvsvåg, H. & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning, 4 (3)*, 215-222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
- Annexstad, E. (2016). Minoritetshelse. I: Holme, H., Valla, L., Hansen, M. B & Olavesen, E. S. (Red.). *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. (s.189 – 201). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aston, M., Price, S., Etowa, J., Vukic, A., Young, L., Hart, C., MacLeod, E. & Randel, P. (2015). The power of relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during postpartum home visits. *Journal of family nursing, 21(1)*, 11-34. <https://doi.org/10.1177/1074840714561524>
- Borup, I. (2016). Helsedialogen. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (Red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 192-205). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Busch, T. (2014). *Akademisk skriving for bachelor - og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Clancy, A. & Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary health care research & development, 11 (4)*, 363–373. <https://doi.org/10.1017/S1463423610000137>
- Clancy, A. (2012). The ceremonial order of public health nursing consultations: an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing, 21(17-18)*, 2555-2566. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04024.x>
- Clancy, A. (2015). Helsesøsterkonsultasjoner fra sidelinjen – et blick på makt og kunnskap. I: Kjær, T. A. & Martinsen, K. (Red.). *Utenfor tellekantene: essays om rom og rommelighet*. (s. 145-159). Bergen: Fagbokforlaget.
- Cowly, S., Mitcheson, J. & Houston, A. M. (2004). Structuring health needs assessments: the medicalization of health visiting. *Sociology of Health & Illness, 26 (5)*, 503-526. <https://doi.org/10.1111/j.0141-9889.2004.00403.x>

- Datatilsynet (2018). *Lydopptak av samtaler*. Datatilsynet. Hentet fra <https://www.datatilsynet.no/personvern-pa-ulike-omrader/overvaking-og-sporing/lydopptak/>
- Dennis, C. L. & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews*. 2(2): CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Eberhard-Gran, M., Nordhagen, R., Heiberg, E., Bergsjø, P. & Eskild, A. (2003). Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. *Tidsskrift Nor Lægeforen*, 24 (123), 3553-6. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2003/12/fodselshjelp-og-barselomsorg/barselomsorg-i-et-tverrkulturelt-og-historisk-perspektiv>
- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Egge, H., Kvellestad, K. & Glavin, K. (2018). Innvandrerkvinnens erfaringer med svangerskap, fødsel og barseltid i Norge – en kvalitativ studie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 14(1). <https://doi.org/10.7557/14.4295>
- Eriksen, T.H. & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Fagerlund, B. H. (2016). Helsesøster på hjemmebesøk. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (Red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 269-278). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. (2018). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (FOR-2018-10-19-1584). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. (2. utg.). Oslo. Pax
- Glavin, K. (2016). Helsesøstertjenesten i helsestasjon. I: Glavin, K. & Gjevjon, E. R. (Red.). *Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. (s. 55-67). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Glavin, K. (2019). *Ikke alltid fantastisk: Psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket.no. (2016, 03. juni). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Til undervisningsbruk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

- Helsedirektoratet. (2014, 01. april). Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2017, 08. februar). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>
- Helse - og omsorgsdepartementet (2013). Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse og omsorgstjenester mm. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helseth, S. (2016). En mestringsmodell. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (Red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 206-218). Oslo: Cappelen Damm.
- Henderson, S. (2009). Community child health nurse's experience of home visits for new mothers: A quality improvement project. *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*, 34(1), 66-76. <https://doi.org/10.5172/conu.2009.34.1.066>
- Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning*, 4(1), 18-26 doi:10.4220/sykepleienf.2009.0018
- Hjälmhult, E. & Økland, T. (2012). Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. *Sykepleien forskning*, 3 (7), 224-230. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0128>
- Hjälmhult, E. & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26(4), 654-662. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x>
- Hjälmhult, E. (2016). Hjemmebesøk som metode. I: Holme, H., Valla, L., Hansen, M. B. & Olavesen, E. S. (Red.). *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. (s. 413 – 421). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2010, 09.september). Veileder for brukerundersøkelser. Hentet fra <https://www.tolkeportalen.no/no/brukerundersokelser/Kapittel-5/>

- Jagman, K. (2016) Helsesøsters arbeid med flyktninger. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (Red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 305-319). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Janson, S. (2002). Home visitation: from sanitary control to support of the young family. *Acta Pædiatrica*, 91(5), 505-506. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2002.tb03267.x>
- Jansson, A., Isacson, Å., Kornfält, R. & Lindholm, L. H. (1998). Quality in child healthcare. The views of mothers and public health nurses. *Scandinavian journal of caring sciences*, 12(4), 195 – 204. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1998.tb00498.x>
- Jansson, A., Petterson, K. & Udèn, G. (2001). Nurses' first encounters with parents of newborn children – public health nurses' views of a good meeting. *Journal of clinical nursing*, 10 (1), 140-151. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00456.x>
- Jansson, A., Sivberg, B., Larsson, W. B. & Udèn, G. (2002). First time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Pædiatrica*, 91(5), 571-577. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2002.tb03279.x>
- Jávo, C. (2015). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer: Transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansson, L., Golsäter, M. & Hedberg, B. (2016). Health dialogue with non-native-speaking parents: Child health nurses' experiences. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36 (4). 209-215. <https://doi.org/10.1177%2F2057158516635480>
- Kronborg, H., Væth, M. & Kristensen I. (2012). The effect of early postpartum home visits by health visitors: A natural experiment. *Public health nursing*, 29(4). 289-301. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvarme, L. G. (2016). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (Red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 28-34). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Leahy-Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. & Corcoran, P. (2011). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of clinical nursing*, 21(3-4), 388-397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>

- Lee, L. C., Chen, J. I. & Chen, C. H. (2010). Immigrant women & Postpartum depression. *Hu li za zi The journal of nursing*, 57(1), 106-11. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20127631/>
- Lindberg, A. & Hvatum, I. (2016). Møtet med helsestasjonen - foreldre som aktive deltakere. I: Holme, H., Valla, L., Hansen, M. B & Olavesen, E. S. (Red.). *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. (s. 289-297). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løgstrup, K. E. (1999). *Den etiske fordring*. Oslo. Cappelen. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2010071508075
- Løgstrup, K. E. (2008). *Den etiske fordring*. 3. utgave. København. Gyldendal.
- Mach-Zagal, R. & Saugstad, T. (2009). *Sundhedspædagogik for praktikere*. (3. utg.). København: Munksgaard Danmark.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægefor*. 122:2468 – 72. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177%2F1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mosdøl, A., Blaasvær, N. & Vist, G. E. (2014). *Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten*. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 19-2014). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/rapport_2014_19_helsestasjon_tilpasset.pdf
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2019). *Personverntjenester*. Norsk senter for forskningsdata. Hentet fra <https://nsd.no/personvernombud/hjelp/>
- O` Mahony, J.M. & Clark, N.K. (2018) Immigrant women and mental health care: Findings from an environmental scan. *Issues in mental health nursing*, 39 (2), 1-11. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1479903>
- Pasient og brukerretighetsloven. (1999). Lov om pasient-og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Phelan, A. (2014). Examining the synergy of practice: The Irish public health nurse's potential from the first postnatal visit and beyond. *Global pediatric health, 1*: 2333794X14553623. <https://doi.org/10.1177%2F2333794X14553623>
- Polit, D. F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10.utg.). Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins.
- Salole, L. & Holme, H. (2016). Krysskulturelle møter på helsestasjonen. I: Holme, H., Valla, L., Hansen, M. B & Olavesen, E.S. (Red.). *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. (s.173-185). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Salonen, A.H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Jarvenpaa, A. L., Isoaho, H. & Tarkka, M. T. (2009) Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing, 65*(11), 2324–2336. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x>
- Sjetne, I. S., Kjøllesdal, J. G., Iversen, H. H. & Holmboe, O. (2013). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater*. PasOpp-rapport nr. 4–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/bruker erfaringer-med-svangerskaps--fodsels--og-barselomsorgen>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 05.mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>
- Stewart-Moore, J., Furber, C. M. & Thomson, A.M. (2012). Postnatal care across the Northern Ireland and Republic of Ireland border: a qualitative study exploring the views of mothers receiving care, and midwives and public health nurses delivering care. *Evidence based midwifery, 10*(1), 16-22. Hentet fra <https://www.rcm.org.uk/media/2768/evidence-based-midwifery-march-2012.pdf>
- Sword, W., Watt, S. & Krueger, P. (2006). Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian – born women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35*(6), 717-727. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00092.x>
- Söderbäck, M. & Ekström, C. (2014). Hälsovägledning med Somaliska föräldrar inom Svensk Barnhälsovård. En kvalitativ studie. *Vård i Norden, 34*(4), 33-7. <https://doi.org/10.1177%2F010740831403400407>
- Tavallali, A. G., Jirwe, M. & Kabir, Z. N. (2015). Cross-cultural care encounters in pediatric care: minority ethnic parents' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 31*(1), 54-62. <https://doi.org/10.1111/scs.12314>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2016). Veiledning. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (Red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 173-189). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Verdens Helseorganisasjon (1986). The Ottawa charter for health promotion. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- Verdens Helseorganisasjon (2015). Postnatal care for mothers and newborns. Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Hentet fra https://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf?ua=1
- Wilsson, M. & Adolfsson, A. (2011). Mother's need of support and their expectations of the BVC nurse at the first home visit—an interview study. *Open Journal of Nursing*, 1 (03), 51-58. Doi: 10.4236/ojn.2011.13007
- World Medical Association (WMA). (2013). WMA Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S. & Mori R. (2017). Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017*. Issue8. Art. No.: CD009326. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub3>.
- Aadland, E. (2011). «Og jeg ser på deg ...» *Vitenskapsteori i helse -og sosialfag*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Aaserud, T., Tveiten, S. & Gjerlaug, A. K. (2016). Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid. *Sykepleien Forskning*, 11(59215) (e59215). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59215>
- Økland, T. & Hjälmlhult, E. (2010). *Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn. Rapport fra kartlegging av helsesøsters tilbud ved helsestasjoner i Bergen*. Bergen: Høgskolen på Vestlandet. Hentet fra: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2481721>

Artikkel

Helsesykepleier på hjemmebesøk hos mødre med innvandrerbakgrunn

En kvalitativ intervjustudie av mødrenes opplevelser

Public health nurse`s postpartum home visit to mothers who have immigrated to Norway

A qualitative interview study of the mothers` experiences

Anna Yulieva Jensen

helsesykepleier

student ved Master i helsefag, UiT – Norges arktiske universitet

aje081@post.uit.no

Sammendrag

Formål: Tiden etter fødsel kan oppleves av mange mødre med innvandrerbakgrunn som en sårbar periode med emosjonelle endringer og usikkerhet i forelderrollen. Det foreligger lite forskning om hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever å bli ivaretatt av helsesykepleier på hjemmebesøk etter fødsel. Målet med studien er å undersøke mødrenes opplevelser av helsesykepleiers ivaretagelse. **Metode:** Studien har et kvalitativt design. Det ble gjennomført individuelt semistrukturert intervju med seks mødre med innvandrerbakgrunn. Empirien ble analysert med systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud. **Resultat:** Materialet viser at mødre med innvandrerbakgrunn satte pris på helsesykepleiers profesjonelle kompetanse og betryggende tilnærming. Opplevelsen av støtte, anerkjennelse og respekt var viktig for å få tillit til helsesykepleier. Samtidig framkom følelser av usikkerhet til hensikt og innhold i hjemmebesøksstilbudet samt ønske om bedre oppfølging av mors psykososiale helse. **Konklusjon:** Studien gir en verdifull innsikt i mødrenes opplevelser av helsesykepleiers hjemmebesøkspraksis. Studien viser behovet for større bevissthet blant helsesykepleiere om hvordan møte kvinner med innvandrerbakgrunn.

Nøkkelord

barselomsorg, helsestasjonstjeneste, erfaringer, innvandrere, relasjoner

Abstract

Aim: Immigrant mothers can experience intense emotions and uncertainty in their parental role and be particularly vulnerable during the postnatal period. There is limited research on how mothers with an immigrant background experience the public health nurses' first home visit. The study aims to explore the mothers' experiences of the public health nurse's care. **Method:** The study has a qualitative design. Individual semi-structured interviews were conducted with six mothers who have immigrated to Norway. The data were analyzed using systematic text condensation inspired by Malterud. **Result:** The study shows that mothers with an immigrant background appreciated the public health nurse's professional but friendly approach. The participants' experience of support, recognition and respect was important for building relationships based on trust. At the same time, the mothers felt insecurity regarding the purpose and content of the home visit and highlighted the importance of information and psychosocial support. **Conclusion:** The study creates awareness of immigrant mothers' experience of the postpartum period in a new country and gives valuable insight into how the public health nurse's approach can be tailored to meet their needs.

Keywords

experiences, immigrants, postnatal care, public health nursing, relationships

Introduksjon

Hjemmebesøk fra helsesykepleier er et universalt tilbud som tilbys alle familier med nyfødt barn i Norge uavhengig av sosial tilhørighet eller kulturell bakgrunn (1). Tilbudet skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, erfaring, kultur- og språkbakgrunn (2). Hjemmebesøk av helsesykepleier fremheves som en viktig del av helsesykepleiers helsefremmende og forebyggende arbeid (3;4). Flere studier påpeker hjemmebesøkets betydning som grunnlag for etablering av tillitsfull relasjon mellom helsesykepleier og familien (5-7).

På hjemmebesøk får helsesykepleier en unik mulighet til å bli kjent med familien og danne seg et helhetlig bilde av deres situasjon og eventuelle utfordringer (8). På denne måten kan helsesykepleier lettere tilpasse informasjon, tiltak og oppfølging som tar hensyn til familiens og barnets behov. Å komme hjem til familiene som «en gjest» gir en mer likeverdig relasjon, og anledning til å oppnå et godt grunnlag for videre samarbeid (3, s.417). Foreldrene føler seg tryggere og mer avslappet, og de kan lettere ta opp temaer som er viktige for dem (7). For de aller fleste er helsestasjonen den eneste offentlige instans som møter alle barn og deres foreldre gjennom barnets første leveår (1).

Norge er et flerkulturelt land og innvandrerbefolkningen forventes å øke kraftig i årene framover (9;10). Krysskulturelle møter er en del av hverdagen i helsestasjonstjenesten (9). Sosiokulturelle forskjeller og utfordringer i kommunikasjon medfører ofte behov for tilrettelegging av tjenestene, ikke minst når det gjelder hjemmebesøksstilbudet som en del av helsestasjonsprogrammet (1).

Å få et barn er en gledelig begivenhet, men samtidig en overgangsperiode i livet med økt sårbarhet og store emosjonelle endringer (11;5). Mødre med innvandrerbakgrunn kan være spesielt sårbare i perioden etter fødsel grunnet kulturelle, språklige og sosioøkonomiske

faktorer (12). Ifølge O`Mahony og Clark (13) kan innvanderstatus, det sosiale nettverket og kjønnsrelasjoner ha negativ innvirkning på mødrenes psykiske helse. Kvinnene kan føle seg usikre på det norske samfunnets forventninger og hvordan disse samsvarer med deres syn på foreldrerollen (10;14).

Kulturelle forskjeller i møtet mellom helsesykepleier og mødre med annen kulturell bakgrunn kan påvirke samhandlingen i ulik grad og vanskeliggjøre kommunikasjonen. Egen kultur kan oppfattes som universell og dermed relateres verdier, vurderinger og oppfatninger til eget kulturelle ståsted (10). Helsestasjonen har en viktig rolle i å styrke foreldrenes egen mestringsopplevelse og gjennom veiledning bygge bro mellom kulturelt betinget opplevelse av god oppdragelse, og forventninger til foreldrerollen i et fremmed land (14).

Det finnes flere nasjonale og internasjonale studier om hjemmebesøkets fordeler (15), og helsesykepleiers og mødres erfaringer fra hjemmebesøk (5-7;17-19). Det foreligger derimot lite forskning rettet spesifikt mot mødre med innvandrerbakgrunn og deres opplevelser fra det første møte med helsesykepleier på hjemmebesøk.

Sjetne, Kjøllesdal, Iversen og Holmboe (20) sin rapport om brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge fra 2013 viser at mødre med innvandrerbakgrunn var mindre fornøyde med hjemmebesøksstilbudet av helsesykepleier etter fødsel sammenlignet med norske mødre. Hjälmhult og Lomborg (21) utforsket mødrenes opplevelser den første tiden hjemme med et nyfødt og bemerker at forskning på mødre med annen språklig bakgrunn kunne gi ytterligere detaljer. Söderbäck og Ekström (22) sin studie fra Sverige hadde fokus på helsesykepleiers erfaringer med interkulturell kommunikasjon med somaliske foreldre. Det påpekes behov for mer forskning innenfor det flerkulturelle møtet mellom helsesykepleiere og foreldre (22). Johansson, Golsäter og Hedberg (23) belyser

at helsesykepleiers flerkulturelle kompetanse er av stor betydning for å oppnå målet om å gi likeverdige tjenester til alle brukere.

Teoretisk perspektiv

Kulturkompetanse er evnen til å samhandle med folk fra forskjellige kulturer og vise forståelse for hvordan kulturelle faktorer påvirker kommunikasjonen og den sosiale interaksjonen (10; 24). På hjemmebesøk kan helsesykepleier få et godt bilde av mødrenes ressurser og utfordringer og kultursensitiv kommunikasjon er essensiell for å identifisere mødrenes behov (24). En respektfull tilnærming er av stor betydning til å lykkes med mellommenneskelig kommunikasjon på tvers av kulturer og en viktig aspekt som bidrar til effektiv relasjonsbygging allerede fra det første møte (5;10). Å etablere positive relasjoner som bygger på likeverdighet og tillit kan styrke mødrenes mestringskompetanse (5).

Formål

Formålet med studien er å utforske hvordan et utvalg av mødre med innvandrerbakgrunn opplever å bli ivaretatt av helsesykepleier på hjemmebesøk.

Metode

Forskningsdesign

Med utgangspunkt i studiens formål ble et kvalitativt design valgt. Det søkes mer kunnskap og forståelse om hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever å bli ivaretatt av helsesykepleier på første hjemmebesøk. Kvalitativ tilnærming bygger på teori om fortolkning, erfaring og opplevelser og kjennetegnes som en fleksibel metode som kan bidra til å presentere deltakernes subjektive erfaringer (25;26). Nøkkelen til godt empirisk materiale i kvalitative studier er å samle inn rik og detaljert data fra begrenset antall deltakere som har optimal relevans og validitet til problemstillingen (25;26). Det ble derfor gjennomført

individuelle dybdeintervjuer med seks mødre med innvandrerbakgrunn. COREQ guidelines for kvalitative studier er fulgt.

Utvalg og rekruttering

Det ble foretatt et strategisk utvalg av deltakere utfra «maximum variation sampling», som innebærer at utvalget preges av større variasjonsbredde i deltakernes bakgrunn (25, s.493). Seks kvinner som tilsvarte inklusjonskriteriene ble intervjuet. Det ble inkludert fire førstegangsfødende og to flergangsfødende. Å inkludere mødre med flere barn og tidligere erfaring med hjemmebesøk, samt mødre med lite erfaring kunne gi mulighet for ulike nyanser i datamaterialet. Deltakerne forstod og snakket flytende norsk eller engelsk. Kvinnene hadde ulik kulturell og sosioøkonomisk bakgrunn. Fire av informantene kom fra fire ulike land i Øst - Europa, mens to kvinner kom fra land i Nord – Amerika og Asia. Samlet botid i Norge varierte mellom 6 måneder og 10 år. Kvinnene var i aldersgruppen 20 - 40 år og hadde minst ett barn under ett år. Alle var gift/samboere, men ingen av dem hadde sin nærmeste familie i Norge unntatt ektefelle/samboer og barn. Av hensyn til informantenes konfidensialitet blir det ikke gitt fullstendige opplysninger om landbakgrunn eller alder. I Tabell 1 gis informasjon om informantenes bakgrunn.

Tabell 1: Presentasjon av informantene

	Bakgrunn	Antall informanter (n=6)
Sivilstatus	Gift/samboer	6
Land	Øst-Europa	4
	Nord-Amerika	1
	Asia	1
Botid i Norge	Under 6 måneder	1
	Mellom 2 - 10 år	5

Antall barn	Førstegangsfødende	4
	Flergangsfødende	2
Intervjuspråk	Norsk	4
	Engelsk	2
Arbetsstatus (når ikke i permisjon)	Arbeidssøkende	2
	Sysselsatt	4
Tidligere erfaring fra hjemmebesøk etter fødsel	I Norge	1
	I utlandet	1

Helsesykepleiere fra tre helsestasjoner i ulike kommuner i Nord -Norge bidro til rekruttering av deltakere. Det ble først sendt henvendelser til helseledelsen i fire mellomstore kommuner med informasjon om studien. De stilte seg positivt til prosjektet og ledende helsesykepleier ved de aktuelle helsestasjonene ble kontaktet. Informasjon om studien og fremgangsmåte for rekruttering ble videreformidlet internt til helsesykepleierne, som delte ut informasjonsskriv på norsk eller engelsk til aktuelle deltakere. Det ble også hengt opp rekrutteringsplakat på helsestasjonens venterom. Deltakerne tok kontakt med forsker enten per e -post, eller la igjen kontaktinformasjon for avtale av eventuelt intervjutidspunkt.

Datainnsamling

Dybdeintervjuene var basert på forhåndsformulert temaguide, som presenteres i Tabell 2. Samtidig ble den frie samtalen bevart under intervju, noe som ga kvinnene mulighet til å stille spørsmål og inkludere temaer som kunne berike datamaterialet. Fem av intervjuene ble gjennomført hjemme hos deltakerne mens en mor ble intervjuet på helsestasjonen. Fordelen med hjemmeintervju var at forsker fikk en bedre fornemmelse av stemningen på hjemmebesøk.

Det ble benyttet lydopptaker under intervju. Intervjulengden varierte mellom 25 og 50 minutter. Etter at alle intervjuene var gjennomført fremkom ingen ny informasjon og rekrutteringsprosessen ble avsluttet. Lydopptakene var av god kvalitet, uten betydelige forstyrrelser. Lydfilene ble lyttet til flere ganger og transkribert ordrett.

Tabell 2: Temaguide og eksempel på intervju spørsmål

Intervjutema	Eksempel på intervju spørsmål
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bakgrunnsspørsmål 2. Barseltid og hjemmebesøksstilbud 3. Erfaringer med hjemmebesøk 4. Opplevelser fra møtet med helsesykepleier 5. Helsesykepleiers tilnærming 6. Avsluttende spørsmål 	<p>Hva tenker du om å ha helsesykepleier på besøk i eget hjem?</p> <p>Kan du fortelle om dine opplevelser fra helsesykepleierens måte å kommunisere på?</p> <p>Hvordan skulle du ønske at du ble møtt av helsesykepleier?</p> <p>Er det noe mer du ønsker å fortelle om det første møte med helsesykepleier som ikke ble tatt opp?</p>

Analyse

Datamaterialet ble analysert med systematisk tekstkondensering (STC) inspirert av Malterud (26). Analysemetoden har en induktiv tilnærming, som innebærer at data fra enkeltpersoner bidrar til å abstrahere funnene til noe mer allment (26). Alle fire analysetrinn (Tabell 3) i STC ble fulgt systematisk for å få best mulig oversikt over den transkriberte teksten og styrke analysens troverdighet.

Tabell 3: Analysetrinn i systematisk tekstkondensering (STC)

Analysetrinn i STC
1. Helhetsinntrykk – identifisere foreløpige tema
2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder (kodegrupper)
3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I analysens første trinn ble den transkriberte teksten lest gjennom flere ganger og det ble sammenfattet foreløpige tema og meningsbærende enheter. Enhetene ble deretter systematisert og sortert i fire kodegrupper (trinn 2), som ble i tredje trinn abstrahert gjennom kondensering av innholdet i hver gruppe til subgrupper (26;27).

De meningsbærende enhetene tilhørende hver subgruppe ble gjennomgått grundig og vurdert på nytt. De enhetene som hadde relevans til problemstillingen ble inkludert i et kondensat og deretter i tre kategorier (trinn fire), som samlet resultatene fra analysen med utgangspunkt i de opprinnelige temaer og koder (Tabell 4).

Tabell 4: Eksempler på meningsbærende enheter, kodegrupper, subgrupper og kategorier

Meningsbærende enhet	Kodegrupper	Subgrupper	Kategorier
Det var liksom en selvfølge. Visste egentlig ikke” hva” de gjør.	Uklar hensikt med hjemmebesøk	Behov for informasjon Interkulturell kommunikasjon	Kvinnenes forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten
Det er veldig bra at de kommer hjem. Men det var litt tidlig, visste ikke hva jeg skulle spørre om.	Hjemmebesøkets betydning for mor og bar	Mors sosiale nettverk Sårbarhet Opplevelse av mestring i foreldrerollen	Mødrenes behov for støtte i barselperioden
Annerledes når barnet er født i et annet land. Føles litt rart og skummelt.	Å få barn i et fremmed land	Profesjonalitet og likeverdighet	

Da føler jeg meg trygg. Jeg ble gitt mulighet til å stille mine egne spørsmål. Ærlig. Profesjonell, men ikke formell. Det jeg reagerte på, at det ikke var samme helsesøster	Helsesykepleiers ivaretagelse	Ærlighet Mødrenes opplevelse av kontinuitet	Helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging
---	-------------------------------	--	---

Etiske overveielser

Etiske hensyn ble tatt gjennom hele forskningsprosessen for å ivareta deltakernes integritet (26). Informantene fikk skriftlig informasjon om prosjektet. Deltakerne ble informert om forskerens taushetsplikt og hvordan deres konfidensialitet og personvern ble ivaretatt. Det ble innhentet frivillig, informert og spesifikt samtykke fra informantene før intervjuene ble gjennomført og de ble informert om at de kunne trekke sitt samtykke tilbake når som helst og uten nærmere forklaring. Forsker har vært bevisst de etiske utfordringene knyttet til egen forforståelse som helsesykepleier og kvinne med innvandrerbakgrunn. Studien er tilrådt NSD (referansenummer 654245), og fremlagt for REK som vurderte at prosjektet faller utenfor helseforskningloven sitt virkeområde.

Resultater

Resultatene tar utgangspunkt i analysens tre hovedkategorier som illustrerer mødrenes opplevelser fra hjemmebesøk etter fødsel: *forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten, mødrenes behov for støtte i barselperioden og helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging*. For å holde oversikt over datamaterialet og samtidig følge kravene til konfidensialitet blir kvinnene referert til med følgende fiktive navn: Ewelina, Mila, Julia, Erika, Mihaela og Irena.

Forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten

Alle mødre fortalte at de hadde forventninger til det første møte med helsesykepleier, men følte usikkerhet knyttet til helsesykepleier`s arbeidsmåte og hensikten med hjemmebesøket. Tilbud om hjemmebesøk ble formidlet til alle informanter telefonisk og innenfor to uker etter fødsel. Ewelina, Mihaela, Julia, Mila og Irena oppfattet imidlertid ikke at informasjon om hjemmebesøk ble formidlet slik at det fremstod som et tilbud til familien, men snarere som et påbud. Deltakerne fortalte imidlertid at de hadde akseptert tilbudet uansett, både av hensyn til barnet og av praktiske årsaker. Mihaela formidlet det slik:

Hun tok kontakt per telefon, spurte meg om det gikk greit og om hun kan komme på hjemmebesøk, så jeg takket ja. Og det er veldig bra, at de kommer på besøk, det er lettere for meg. Etter fødsel har man litt plager, så det er bedre at hun kommer hit. Det er bedre for barnet også.

Videre erfarte alle mødre at de fikk mangelfull informasjon om formålet med hjemmebesøk av helsesykepleier. Flere hadde fått hjemmebesøk av jordmor først. Kjennskap til jordmors faglige kompetanse og arbeidsmåte, samt etablert relasjon og det faktum at en kjent person kom på hjemmebesøk rett etter fødsel følte trygghet. Mødrene som ble intervjuet hadde ikke møtt helsesykepleier før. Spesielt førstegangsfødende hadde lite kunnskap om helsestasjonens arbeid i Norge. Julia sa følgende:

Hjemmebesøk fra helsesykepleier var velkomment, men med det første barnet hadde jeg aldri møtt damen som kom. Så på det tidspunktet skulle jeg foretrekke at det var jordmor som kom først, siden jeg kjente henne fra før.

Deltakerne fortalte at de opplevde det første møte allikevel som trygghet når de først møtte helsesykepleier, selv om deres forventninger til hjemmebesøk var i forkant preget av usikkerhet. Erika, Irena og Mihaela hadde tilnærmet lik erfaring. Erika formidlet det slik:

Jeg visste ikke hva hun skulle gjøre. Absolutt ingenting, hadde ikke peiling. Hun sa at hun skal besøke oss og veie babyen. Ga ikke så mye informasjon, men sa litt. Så jeg spurte ikke så mye.

Julia opplevde at hun var ganske fortvilt den første tiden og usikker på mange ting. Hun «kjente ingen her» og uttrykte at på det tidspunktet skulle hun ønsket at hun fikk mer informasjon fra helsesykepleier i forkant av hjemmebesøket.

Informasjonsformidlingen på selve hjemmebesøket ble oppfattet av de aller fleste deltakere som tilfredsstillende. Helsesykepleier ga generelt gode råd og veiledning. Ewelina, Julia, Erika og Mihaela beskrev en følelse av usikkerhet knyttet til verbal kommunikasjon i forkant av hjemmebesøket, med tanke på å uttrykke seg selv på et annet språk og forstå informasjonen helsesykepleier ønsket å formidle. Usikkerheten var også relatert til ulike norske dialekter. Erika fortalte at hun var «stresset om hvordan det skulle gå», mens Julia hadde bedt eksplisitt om helsesykepleier som snakket engelsk. Kvinnene hadde positiv erfaring av helsesykepleiers måte å kommunisere på. Det var uproblematisk å forstå det som ble sagt, helsesykepleier tilpasset seg etter mors forståelsesevne, snakket ikke så fort og forsikret seg om at mor hadde forstått det som ble formidlet. Helsesykepleier var omtenkksom, hyggelig, lett å prate med og utstrålte vennskapelig holdning.

Barselperioden og mødrenes behov for støtte

Julia, Mihaela, Erika og Irena fortalte at den første tiden etter fødsel har vært en sårbar periode. Mors fysiske og psykiske helse, spedbarnets omsorgsbehov, morsrollen i et fremmed land og opplevelsen av sosial støtte hadde innvirkning på deres opplevelser i perioden etter fødselen. Det fremkom i intervjuene at hjemmebesøk av helsesykepleier var «sårt tiltrengt».

Det varierte hvor godt sosialt nettverk mødrene hadde. Felles for alle informanter var at med unntak av ektefelle/samboer og barn, hadde alle sin nærmeste familie i hjemlandet. Julia og

Mihaela fikk besøk av familie i løpet av de første ukene etter fødsel. Mødrene som hadde lite sosialt nettverk i Norge opplevde at de hadde større behov for hjelp og støtte fra helsesykepleier siden de ikke hadde så mange andre i umiddelbar nærhet som kunne stille opp for dem. Julia uttalte følgende:

Jeg var en utenlandsk mor her. Ingen av mine nærmeste bortsett fra min mann bor her. Det er annerledes å få barn i et annet land. I eget hjemland, da er det mødre og tanter ... og så har man vennene sine som kan stille opp og hjelpe når det trengs ... Og spesielt med det første barnet. Jeg var virkelig fortvilt og usikker på mange ting og jeg kjente ingen her ... Min familie skulle komme, men senere. Jeg skulle gjerne hatt deres støtte og spurt om hjelp når jeg tvilte på noe eller hadde spørsmål, men de var ikke her.

I tillegg opplevde Irena, Mihaela og Julia komplikasjoner under svangerskap og fødsel, og det tok en stund før de klarte å komme seg tilbake til kreftene. Mila fortalte at det kan bli mye når man kommer hjem med et nyfødt barn med tanke på fysiske plager og psykiske påkjenninger. «Stress», «usikkerhet» og «sjokk» var gjennomgående i flere deltakers beskrivelser av den første tiden etter fødsel. Julia følte seg «overveldet og fortapt» når hun fikk sitt første barn og var veldig glad for at en person med faglig kompetanse besøkte familien. Irena beskrev det slik: «Den første tiden når man kommer hjem ... vel, det skjedde veldig mye på sykehuset ... jeg var på en veldig vanskelig plass og jeg var egentlig fortsatt i litt sånn sjokk».

Forventninger om støtte fra helsesykepleier ble nevnt som svært viktig. «Støtte er for min del det viktigste», påpekte Irena. Både Mihaela, Erika, Julia og Mila opplevde at de fikk generelt god støtte på hjemmebesøket ved at helsesykepleier tok deres bekymringer på alvor og de fikk god oppfølging i etterkant med utgangspunkt i temaer som ble tatt opp. Helsesykepleier ble omtalt av kvinnene som snill og omsorgsfull, noe som ga trygghet og la grunnlaget for et

tillitsfullt forhold. Mødrene opplevde at helsesykepleier var interessert, hjelpsom og lydhør. Flere opplevde å få god støtte der og da når det gjaldt spørsmål om spedbarnet.

Irena hadde allikevel en annen opplevelse utfra sin situasjon når det gjelder egen psykisk helse. Hun fortalte at hun var i «grenseland for barseldepresjon» i tiden etter fødsel og beskrev helsesykepleier på hjemmebesøket som «flink» og «veldig snill». Allikevel satt hun igjen med en følelse av at det kunne vært gjort mer på hjemmebesøket for å kartlegge hvordan hun egentlig hadde det på det tidspunktet. Irena formidlet det slik: «Jeg bare føler at hvis helsesykepleier får en bitte liten følelse av at det kan være noe på gang, så prøv å følge opp. For jeg klarte ikke si ifra nøyaktig hvordan jeg hadde det».

Helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging

Informantene formidlet at helsesykepleiers holdninger og tilnæringsmåte, hensynet til det nyfødte barnet og helsesykepleiers faglige kunnskap var viktige for å få til en god relasjon. Et forhold som bygde på gjensidig respekt og tillit ble ansett som grunnlaget for det videre samarbeidet, noe som gjenspeiles i mødrenes utsagn. Julia fortalte det slik: «Det er en god start at mor og helsesykepleier har et godt forhold til hverandre, siden vi begge er her for barnets del».

Alle mødre beskrev hvordan helsesykepleier kom med faglige innspill, men samtidig viste respekt for mors valg, noe kvinnene satte pris på. Helsesykepleier ga informasjon, råd og veiledning, men var ikke for ledende i samtalen. Mila uttrykte det slik:

Hun var tydelig på at hun ikke var der for å stille masse spørsmål, men at det er jeg som fikk stille spørsmål hvis jeg hadde noe. Det var hun tydelig på helt fra begynnelsen av, det sa hun nesten med en gang. Det kjentes bra, for da fikk jeg stille spørsmålene jeg hadde behov for å stille.

Videre uttrykte alle informanter takknemlighet for at en person med helsefaglig kompetanse kom på hjemmebesøk kort tid etter hjemkomst med det nyfødte barnet. Noen av informantene fortalte at i hjemlandet er det vanlig at for eksempel en lege gjennomfører et formelt hjemmebesøk dersom barnet var sykt. Hjemmebesøk av helsesykepleier i Norge ble derimot beskrevet som uformelt og vennlig. Julia opplevde helsesykepleier som «profesjonell, men allikevel varm og ikke for formell». Erika og Irena nevnte også «profesjonell» holdning i sine beskrivelser av hvordan de ønsket helsesykepleier skulle opptre. Profesjonell tilnærming ble knyttet til helsesykepleiers faglige kunnskap og dyktighet. Kvinnene hadde forventninger om at helsesykepleier skulle svare på deres spørsmål utfra sin helsesykepleiefaglige bakgrunn, uten å være nølende eller usikker. Erika sa følgende:

Hvis jeg spør om noe, forventer jeg et svar. For dette er nytt for meg. Ikke at jeg spør: hva tror du om det? og hun sier «jeg vet ikke». Det er veldig viktig for meg. At hun har svar, selv om det er selvfølgelig vanskelig å vite alt. Eller at hun kan forklare meg ting. Og det gjorde hun.

Videre satte mødrene pris på at helsesykepleier var oppriktig og ærlig. Mila, Julia, Mihaela og Irena påpekte at de ønsket en ærlig tilbakemelding dersom helsesykepleier hadde andre tanker om hvordan ting kunne gjøres, slik at de ikke satt igjen med en følelse av usikkerhet hva helsesykepleier egentlig mente. Mila uttrykte det slik:

Som pasient, eller hva man skal si, så vil man helst få en klar beskjed hvis det er noe. At det ikke blir usikkerhet i det, eller i iallfall vil jeg ha det slik. At man sier det bare som det er liksom, at man ikke blir usikker.

Diskusjon

Forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten

Resultatene viser at mødre opplevde at hjemmebesøk ble formidlet som en selvfølge, og ikke som et frivillig tilbud, noe som samsvarer med funn fra tidligere forskning (7;18). Det er betenkelig at ingen av informantene i denne studien fikk reel mulighet til å velge formen på den første konsultasjonen. Dette med tanke på at personer med innvandrerbakgrunn og spesielt nyankomne innvandrere har generelt mindre kjennskap til omsorgstjenestene i Norge (28). Utfra deltakernes utsagn kom det fram at de fleste hadde akseptert tilbudet uansett. Rett til å medvirke i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester er et viktig prinsipp (2) og brukerperspektivet anses å være en grunnstein i helsesykepleiers helsefremmende arbeid (29).

Når det gjelder informasjon om helsestasjonens tilbud og innholdet i hjemmebesøket fikk informantene utilstrekkelig eller ingen informasjon, selv om kommunikasjon foregikk på enten norsk eller engelsk. Mødrene uttrykte en følelse av usikkerhet i forbindelse med hjemmebesøket. Samme funn belyses av Hjälmhult og Lomborg (21) som fant at førstegangsfødende var usikre på hva de kunne forvente siden helsestasjonens tilbud var uklart for dem. Dette står i kontrast til Helsedirektoratets anbefaling at informasjon om helsestasjonens tilbud bør gis i forkant av hjemmebesøket (1).

Resultatene fra denne studien synliggjør at informasjon om hensikten med og innholdet i hjemmebesøketstilbudet er mangelfull. Hjemmebesøk har en lang tradisjon i Norge, men kan være helt ukjent for mødre med innvandrerbakgrunn.

Behov for støtte i barseltiden

Julia, Mihaela, Erika og Irena fortalte at de hadde utfordringer i barseltiden, spesielt etter hjemkomst fra sykehuset. Gjennomgående for tre av mødre (Julia, Irena og Erika) var

opplevelsen av stress, sjokk og fortvilelse etter at barnet ble født. I de fleste kulturer er fødsel sett på som en gledelig begivenhet, men en slik overgangsperiode innebærer også at kvinner opplever emosjonelle endringer i form av økt følsomhet og sårbarhet (11; 21).

Empirien i denne studien viser at kvinnenes utfordringer i tiden etter fødsel er ikke stort annerledes enn det kvinner generelt opplever som utfordrende i barseltiden. Det er imidlertid flere risikofaktorer som helsesykepleiere bør være oppmerksomme på når det gjelder kvinner med innvandrerbakgrunn, deriblant kvinnenes mulig manglende sosiale nettverk og behov for sosial støtte (13). Mødrene i denne studien opplyste at det tok tid før deres nærmeste besøkte dem i Norge. De fremhev behovet for hjelp, støtte og bekreftelse fra helsesykepleier som svært viktig den første tiden hjemme med et nyfødt barn. Sjetne et al (20) påpeker at mange som ikke er kjent med norsk kultur og helsevesen er i en sårbar fase når de får barn og har enda større behov for støtte og omsorg. Ifølge Leahy -Warren (30) står sosial støtte, både fra familie og helsevesen sentralt for å styrke foreldrenes selvtillit i foreldrerollen.

Helsesykepleiers rolle på hjemmebesøk er unik med tanke på tilgangen til familien og tidlig intervensjon (1;31) ikke minst med hensyn til å gi støtte til mødre med innvandrerbakgrunn (32).

Kvinnene i denne studien hadde en positiv opplevelse av helsesykepleiers omsorgsevne. Helsesykepleier ble beskrevet som «moderlig, men samtidig profesjonell», noe som ga assosiasjoner til opplevelse av omsorg og trygghet. Det fremkom imidlertid utsagn som berører mors psykiske helse og helsesykepleiers evne til å utforske hva mor egentlig prøver å formidle. Det kan være noe som plager mor, men som hun ikke klarer å formidle verbalt. Det fremmes en appell til helsesykepleiere om å følge opp skjøre tegn som kan indikere at moren trenger hjelp.

Forskning viser at innvandrerkvinner har en høyere forekomst av barseldepresjon enn den øvrige befolkning (33). Mødre med innvandrerbakgrunn kan oppleve betydelige psykiske helseutfordringer med bakgrunn i språklige utfordringer og sosioøkonomiske faktorer (13). Men i noen kulturer blir alvorlighetsgraden av psykiske og emosjonelle reaksjoner hos mor betraktet som en normal reaksjon etter fødsel og noe mor bør takle selv (33). I O'Mahony og Clark (13) sin studie fortalte mødre om den kulturelle stigma forbundet med psykisk helse som kan forhindre adekvat støtte og hjelp. I min studie antydte en av mødre at hun var i fare for barseldepresjon men ønsket ikke å framstå som «svak». Clancy og Svensson (34) hevder at noen velger å ikke utdype eller si noe om hvordan de egentlig har det, grunnet ønske om å leve opp til helsesykepleiers forventninger. I Söderbäck og Ekström (22) sin studie ga somaliske mødre uttrykk for at de holdt igjen informasjon om egne tanker og oppfatninger grunnet tidligere erfaringer med helsevesenet.

I denne studien fremmes mødrenes behov om å bli sett og tatt på alvor og helsesykepleier utfordres til å bruke faglig skjønn for å identifisere og avdekke mødrenes behov for støtte og hjelp. Det reiser spørsmål om helsesykepleiers kultursensitive kompetanse til å møte mødrenes behov for psykososial støtte og forståelse. Ifølge Alvsvåg og Martinsen (35) er det faglig-etiske skjønnet nødvendighet for å kunne ivareta brukerne på en best mulig måte, spesielt i situasjoner en er usikker på. En annen sentral faktor i møtet mellom mødre og helsesykepleiere er en felles forståelse av situasjonen og at helsesykepleier er åpen for mors emosjonelle reaksjoner og opplevelser, uavhengig av karakter (36). Det er i tillegg viktig å utforske kulturelle forskjeller og likheter for å komme fram til en felles forståelse (10).

Helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging

Kvinnenes opplevelse av helsesykepleiers hjemmebesøk gir inntrykk av at helsesykepleier opptrådte profesjonelt, men hennes holdning var samtidig vennlig. Det stod i kontrast til

deres tidligere erfaringer fra hjemlandet der hjemmebesøk av helsepersonell ble forbundet med et formelt møte. En slik kombinasjon av vennlighet og profesjonalitet hos helsesykepleier ble ansett som en stor fordel for etablering av et tillitsfullt forhold. Dette er i tråd med Clancy (37) om at helsesykepleier er den ansvarlige profesjonelle som skal ivareta foreldre og barn ved å bruke sin kliniske kompetanse og ekspertblikk og samtidig vise personlig og omsorgsfull nærhet. Helsesykepleier bør finne en balanse mellom åpenhet, nærhet og profesjonell distanse for å kunne gi en adekvat hjelp (34).

Flere deltakere fortalte at helsesykepleier støttet dem i deres beslutninger, var ikke fordømmende og mødrene opplevde at deres mening ble respektert. Det står i kontrast til Söderbäck og Ekström (22) som henviser til tidligere forskning at somaliske foreldres utfordringer i møte med helsevesenet hadde sitt utspring i opplevelsen av å ikke bli respektert eller tatt på alvor. Det er imidlertid nærliggende å påpeke at selv om kvinnene i min studie opplevde relasjonen som likeverdig, er partene allikevel ikke likestilte. Helsesykepleiers helsefremmende arbeid legger vekt på brukerens selvbestemmelsesrett, men det er viktig å være bevisst på makt ubalansen som bestandig vil være til stede mellom helsepersonell og brukere (31). For selv om alt kan virke tilsynelatende greit, kan foreldrene unnlate å fortelle om det som er problematisk og heller velge å fortelle at alt er bra (37). I tillegg kan det tenkes at forholdet preges av kulturelle ulikheter som forsterker asymmetrien i relasjonen. Ifølge Eriksen og Sajjad bærer de fleste situasjoner der innvandrere kommuniserer med nordmenn preg av maktforskjeller «og nesten alltid er det nordmannen som har mest makt» (38, s.123). Løgstrup skriver at ethvert menneske er et selvstendig og ansvarlig individ og ønsket om å forstå den andres verden er tett koblet til viljen om å la den andre «være herre over sin egen verden» (39, s.48). Relatert til min studie kan det forstås at mødrenes opplevelse av respekt og likeverdighet på hjemmebesøket var med på å styrke tilliten til helsesykepleier. Samtidig forventet kvinnene at helsesykepleier var oppriktig og ærlig og sa ifra dersom ting burde

gjøres annerledes. I den sammenheng støtter jeg meg til Clancy og Svensson (34) om at likeverdighet og deltakelse handler ikke om aktive brukere og passive helsesykepleiere, men om åpenhet, ærlighet og imøtekomme brukernes behov.

Metodiske overveielser

Studien er liten, men gir en verdifull innsikt i helsesykepleiers hjemmebesøkspraksis utfra mødrenes opplevelser. Selv om antall deltakere er begrenset, er variasjonsbredden på utvalget god. En begrensning med studien er at ingen av deltakerne har flyktningebakgrunn, selv om mødre med flyktningebakgrunn var blant inklusjonskriteriene. Utfra studiens tidsramme kunne imidlertid større antall informanter gitt utfordringer med dyptgående analyse av datamaterialet (40). Studien omfatter ikke mødre som har behov for tolk og belyser derfor ikke utfordringer som kan oppstå når tolk benyttes i kommunikasjon. Å intervjuere mødre med flyktningebakgrunn kunne ha belyst flere utfordringer og kan være et interessant fokus for videre forskning.

Resultatene er ikke statistisk generaliserbare. Mødre med innvandrerbakgrunn er ikke en homogen gruppe og det er individuelle forskjeller innenfor samme kultur (28,38). Hensikten med kvalitative studier er å oppdage mening og utforske mangfoldige realiteter og ikke generalisere til resten av populasjonen (25). Intervjustudien har gitt dybdekunnskap om mødrenes opplevelser.

Konklusjon

Resultatene viser at hjemmebesøk av helsesykepleier var en positiv og betryggende opplevelse. Opplevelsen av profesjonell, men samtidig respektfull og vennlig holdning styrket tilliten til helsesykepleier. Utilstrekkelig informasjon om hensikten med og innholdet i hjemmebesøkstilbudet førte imidlertid til en opplevelse av usikkerhet blant mødrene.

Resultatene tyder på at informasjonsformidling i forkant av hjemmebesøk kan bli bedre. Dette bør helsesykepleiere være oppmerksomme på når hjemmebesøksstilbudet presenteres for mødrene. Resultatene viser i tillegg at det etterlyses bedre oppfølging knyttet til emosjonell støtte og ivaretagelse av mors psykiske helse den første tiden etter fødsel, noe helsesykepleiere bør ha større fokus på i sin praksisutøvelse. Studien har relevans for praksis og viser at kultursensitiv kompetanse og skjønnsmessig vurdering er viktige forutsetninger for å kunne tilby et likeverdig tilbud til alle mødre, uavhengig av kulturelle forskjeller.

Videre forskning bør rettes mot minoritetsfamilier og foreldrenes erfaringer med helsestasjonstjenesten. Det kan i tillegg være relevant å forske på helsesykepleiers erfaringer i møte med kvinner med annen kulturell bakgrunn som har behov for psykososial støtte. Observasjonsstudier av interaksjonen mellom helsesykepleier og mødre med innvandrerbakgrunn på hjemmebesøk kan belyse hva som faktisk skjer i en konsultasjon.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Oslo: Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 08. februar 2017 [oppdatert 11.november 2019; hentet 08.04.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>
2. Lov om pasient-og brukerrettigheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet;1999
3. Hjälmhult E. Hjemmebesøk som metode. I: Holme H, Valla L, Hansen, MB, Olavesen ES, red. Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.s. 413 – 421.
4. Glavin K. Helsesøstertjenesten i helsestasjon. I: Glavin K, Gjevjon ER, red. Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS; 2016. s. 55-67.
5. Aston M, Price S, Etowa J, Vukic A, Young L, Hart C. et al. The power of relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during postpartum home visits. Journal of family nursing. 2015; 21(1): 11-34. DOI: <https://doi.org/10.1177/1074840714561524>

6. Henderson S. Community child health nurse`s experience of home visits for new mothers: A quality improvement project. *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*. 2009; 34(1): 66-76. DOI: <https://doi.org/10.5172/conu.2009.34.1.066>
7. Jansson A, Sivberg B, Larsson WB, Udèn G. First time mothers` satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Pædiatrica*. 2002; 91 (5): 571-577. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2002.tb03279.x>
8. Aaserud T, Tveiten S, Gjerlaug AK. Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid. *Sykepleien Forskning*. 2016;11(59215). DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59215>
9. Salole L, Holme H. Krysskulturelle møter på helsestasjonen. I: Holme H, Valla L, Hansen MB, Olavesen ES, red. *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016. s.173-185.
10. Jávo C. *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer: Transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
11. Eberhard-Gran M, Slinning K. *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007
12. Sword W, Watt S, Krueger P. Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian – born women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006; 35(6):717-727. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00092.x>
13. O`Mahony JM, Clark NK. Immigrant women and mental health care: Findings from an environmental scan. *Issues in mental health nursing*. 2018; 39 (2): 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1479903>
14. Annexstad E. Minoritetshelse. I: Holme H, Valla L, Hansen, MB, Olavesen ES. red. *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016. s.189-201.
15. Kronborg H, Væth M, Kristensen I. The effect of early postpartum home visits by health visitors: A natural experiment. *Public health nursing*. 2012; 29(4): 289-301. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x>
16. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017. Issue8. Art. No.: CD009326. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub3>.
17. Hjälmhult E. Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning*. 2009; 4 (1):18-26. DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0018
18. Økland T, Hjälmhult, E. *Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn. Rapport fra kartlegging av helsesøsters tilbud ved helsestasjoner i Bergen*. Bergen: Høgskulen på Vestlandet; 2010 [hentet 08.03.2020]. Tilgjengelig fra: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2481721>
19. Hjälmhult E, Økland T. Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. *Sykepleien forskning*. 2012; 7(3): 224-230. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0128>

20. Sjetne IS, Kjøllesdal, JG, Iversen HH, Holmboe O. Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater. PasOpp-rapport nr. 4–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/bruker erfaringer-med-svangerskaps--fodsels--og-barselomsorgen>
21. Hjälmhult E, Lomborg K. Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers` experiences. Scand J Caring Sci. 2012; 26(4):654-662. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x>
22. Söderbäck M, Ekström C. Hälsovägledning med Somaliska föräldrar inom Svensk Barnhälsovård. En kvalitativ studie. Vård i Norden, 2014; 34(4), s.33-7. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F010740831403400407>
23. Johansson L, Golsäter M, Hedberg B. Health dialogue with non-native-speaking parents: Child health nurses' experiences. Nordic Journal of Nursing Research. 2016; 36(4), 209-215. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F2057158516635480>
24. Phelan A. Examining the synergy of practice: The Irish public health nurse`s potential from the first postnatal visit and beyond. Global pediatric health. 2014; 1: 2333794X14553623. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F2333794X14553623>
25. Polit DF, Beck CT. Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 10. ed. Lippincott Williams & Wilkins. Wolters Kluwer; 2017
26. Malterud K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017
27. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. Scandinavian Journal of Public Health. 2012; 40(8), 795-805. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1403494812465030>
28. Helse-og omsorgsdepartementet. Likeverdige helse- og omsorgstjenester –god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017[Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 13.august 2013[Hentet 05.april 2020] Tilgjengelig fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
29. Kvarme LG. Forebyggende og helsefremmende arbeid. I: Glavin K, Helseth S, Kvarme LG red. Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. Oslo: Cappelen Damm AS; 2016. s. 28-34.
30. Leahy - Warren P. [First-time mothers: social support and confidence in infant care.](#) Journal of Advanced Nursing. 2005; 50(5) s. 479-488. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>
31. Tveiten, S. Veiledning. I: Glavin K, Helseth S, Kvarme LG red. Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. Oslo: Cappelen Damm AS; 2016 s. 173-189.
32. Glavin K. Ikke alltid fantastisk. Psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid. Bergen: Fagbokforlaget. 2019
33. Sword W, Watt S, Krueger P. Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian – born women. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 2006; 35(6): 717-727. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00092.x>

34. Clancy A, Svensson T. Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary health care research & development*. 2010; 11(4): 363–373. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423610000137>
35. Alvsvåg H, Martinsen KM. Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2018; 4 (3), s. 215-222. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
36. Fägerskiöld A, Timpka T, Ek A-C. The view of the child health nurse among mothers. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2003; 17(2):160-162. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00106.x>
37. Clancy A. Helsesøsterkonsultasjoner fra sidelinjen – et blikk på makt og kunnskap. I: Kjær TA, Martinsen K red. *Utenfor tellekantene: essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. s.145-159.
38. Eriksen TH, Sajjad TA. *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015.
39. Løgstrup, KE. *Den etiske fordring*. 3.utg. København. Gyldendal; 2008.
40. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg. Oslo. Gyldendal akademisk; 2015.

Vedlegg 1 - COREQ checklist

COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	18
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	N/A
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	14; 47
Gender	4	Was the researcher male or female?	14
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	14
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	16
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	16
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	16; vedlegg3
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	12;13
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	14
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	16;17
Sample size	12	How many participants were in the study?	16;17
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	16
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	19
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	19
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	17;18
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	18;19
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	19;20;27
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	20
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	19
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	16;17
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	21

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	21, 47
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	22
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	22
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	N/A
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	29-35
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	28-35
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	28, 31, 33
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	29, 31, 32, 33, 34

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

Vedlegg 2 - Forespørsel til helseledelsen i kommunen

Forespørsel om tillatelse til å kontakte ledende helsesykepleier ved helsestasjonstjenesten i (...) kommune

Jeg er mastergradsstudent ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT - Norges Arktiske Universitet, Tromsø.

Jeg skriver masteroppgave om "Helsesykepleier på hjemmebesøk hos mødre med innvandrerbakgrunn". I den forbindelse ønsker jeg å ta kontakt med ledende helsesykepleier for hjelp til å rekruttere deltakere til studien. Helsestasjonens og deltakernes anonymitet blir ivaretatt og deltakelse er frivillig.

Studien er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata).

Med vennlig hilsen,

Anna Yulieva Jensen

Masterstudent ved Det helsevitenskapelige fakultet

UiT - Norges Arktiske Universitet, Tromsø

mailadresse: aje081@post.uit.no

telefonnummer: 90 83 77 99

Vedlegg 3 - Forespørsel om hjelp til rekruttering

Forespørsel om hjelp til rekruttering av deltakere til forskningsstudie om

"Helsesykepleier på hjemmebesøk hos mødre med innvandrerbakgrunn"

Dette er en forespørsel til ledende helsesykepleier ved (...) helsestasjon om hjelp til å rekruttere deltakere til en kvalitativ forskningsstudie. Studien har til formål å belyse hvordan mødre med innvandrerbakgrunn blir ivaretatt av helsesykepleier på hjemmebesøk, utfra brukernes perspektiv.

Studien gjøres i forbindelse med min masteroppgave som student ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT - Norges Arktiske Universitet, Tromsø.

Jeg har planlagt å gjennomføre et individuelt intervju med mødre med innvandrerbakgrunn. Jeg ber derfor om hjelp til å rekruttere mødre med både vestlig og ikke vestlig bakgrunn, førstegangs - og flergangsfødende kvinner, som snakker flytende norsk eller engelsk, med barn født det siste året. I den forbindelse spør jeg om hjelp fra helsesykepleierne på helsestasjonen om dere kan være behjelpelig til å dele ut informasjonsskriv til mødre som besøker helsestasjonen som tilsvarende inklusjonskriteriene. Jeg spør også om tillatelse og hjelp til å henge opp rekrutteringsplakat på norsk og engelsk på helsestasjonens venterom.

Intervjuet er beregnet til å vare ca. 30-60 minutter. Studien er frivillig og deltakernes og helsestasjonens anonymitet blir bevart. Ved spørsmål angående studien ber jeg at deltakerne tar direkte kontakt med meg. Kontaktinformasjon er oppført i informasjonsskrivet.

Studien er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata).

Vedlagt ligger informasjonsskriv om studien.

Håper dere stiller dere positivt til forskningsprosjektet.

Med vennlig hilsen,

Anna Yulieva Jensen

Masterstudent ved Det helsevitenskapelige fakultet

UiT - Norges Arktiske Universitet, Tromsø

mailadresse: aje081@post.uit.no

telefonnummer: 90 83 77 99

Vedlegg 4 - Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Helsesykepleier på hjemmebesøk hos mødre med innvandrerbakgrunn”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjekt om helsesykepleier på hjemmebesøk hos mødre med innvandrerbakgrunn. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål med studien

Formålet med studien er å få mer kunnskap om samhandlingen mellom helsesykepleier og mødre med innvandrerbakgrunn på hjemmebesøk. Større kunnskap om mødrenes erfaringer fra hjemmebesøk kan være nyttig for helsesykepleiere i det videre arbeidet med å gi likeverdig tilbud til alle mødre, uavhengig av etnisitet og kulturell bakgrunn.

Studien gjøres i forbindelse med min masteroppgave som student ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT - Norges Arktiske Universitet, Tromsø.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT - Norges Arktiske Universitet ved Institutt for helse- og omsorgsfag er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å kunne belyse studiens problemstilling har jeg valgt å gjennomføre et individuelt intervju med mødre med innvandrerbakgrunn om deres opplevelser fra møtet med helsesykepleier på hjemmebesøk. Det blir inkludert både første - og flergangsfødende kvinner som snakker norsk og/eller engelsk, med barn født det siste året. Jeg ønsker å intervju 5-6 deltakere, gjerne med ulik kulturell bakgrunn, som snakker flytende norsk eller engelsk.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i forskningsprosjektet blir du med på et intervju der du får spørsmål om dine opplevelser fra møtet med helsesykepleier på hjemmebesøk etter fødsel. Tid og sted for intervju avtales med hver enkel deltaker. Intervjuet har en varighet på ca. 30-60 minutter og det blir gjort et lydopptak av samtalen. Data fra intervjuet blir skrevet ned og opplysninger blir brukt i masteroppgaven. Personidentifiserende data blir anonymisert, det vil si at alle opplysninger om deg blir anonymisert. Lydopptak blir umiddelbart slettet etter at samtalen er skrevet ned.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene om deg vil bare bli brukt til formålene som er fortalt om i dette skrevet. Opplysningene blir behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysninger om deg vil oppbevares innelåst og atskilt fra lydopptak og tekst. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.06.2020. Alle personopplysninger vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIT- Norges Arktiske Universitet ved Institutt for helse- og omsorgsfag har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UIT - Norges Arktiske Universitet ved student Anna Yulieva Jensen, på epost (aje081@post.uit.no) eller telefon 90837799 og prosjektansvarlig Anne Clancy, på epost (anne.clancy@uit.no) eller telefon: 77 05 82 54
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, på epost (personvernombud@uit.no) eller telefon: 77 64 63 22.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen,
Anna Yulieva Jensen (student)
Anne Clancy (Prosjektansvarlig)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Helsesykepleier på hjemmebesøk til mødre med innvandrerbakgrunn*", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 30.06.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg kan kontaktes på:

mailadresse:

telefonnummer:

Are you interested in taking part in the research project

” Public health nurse’s postpartum home visit to foreign-born mothers”

This is an inquiry about participation in a research project that explores foreign-born mothers’ experiences with public health nurse’s services at the postpartum home visit.

In this letter you will get information about the purpose of the project and what your participation will involve.

Purpose of the project

The main purpose of the research project is to get a greater insight and knowledge about the interaction between the public health nurse and foreign - born mothers at the postpartum home visit. Greater knowledge about the foreign-born mothers’ experiences with the postpartum home visit might be relevant for the public health nurses’ practice to provide culturally competent care to all families, regardless of their ethnic and cultural background.

I am a student in Master of Public Health at UiT the Arctic University of Norway and the research project is my master’s thesis.

Who is responsible for the research project?

UiT - The Arctic University of Norway is the institution responsible for the project.

Why are you being asked to participate?

In order to answer the research question, I have chosen to interview the participants by individual face- to -face interviews about their experiences with postpartum home visits. The inclusion criteria for participation are foreign-born mothers with children born the last year that has received postpartum home visit of public health nurse; both first - time mothers and multipara can participate. The participants have to speak and understand Norwegian and/or English. I would like to interview participants with different cultural background.

What does participation involve for you?

If you chose to take part in the project, this will involve that you are participating in interview that includes questions about your experiences from the postpartum home visit and the interaction with the public health nurse. The interview will take approximately 30-60 minutes and will be sound recorded. Data from the interview will be written down word by word and some of the information is going to be used in the research project. All identifying information about you will be made anonymous. The sound record will be deleted immediately after the interview data is written down.

Participation is voluntary

Participation in the project is voluntary. If you chose to participate, you can withdraw your consent at any time without giving a reason. All information about you will then be made anonymous. There will be no negative consequences for you if you choose not to participate or later decide to withdraw.

Your personal privacy - how we will store and use your personal data

Your personal data will only be used for the purpose specified in this information letter. Your personal data will be processed confidentially and in accordance with data protection legislation (the General Data Protection Regulation and Personal Data Act). Information about you will be stored locked away/ encrypted and separately from the rest of the collected data. I will replace your name and contact details with a code. The list of names, contact details and respective codes will be stored separately from the rest of the collected data

What will happen to your personal data at the end of the research project?

The project is scheduled to end 30.06.2020. All your personal data will be deleted at the end of the project.

Your rights

So long as you can be identified in the collected data, you have the right to:

- access the personal data that is being processed about you
- request that your personal data is deleted
- request that incorrect personal data about you is corrected/rectified
- receive a copy of your personal data (data portability), and
- send a complaint to the Data Protection Officer or The Norwegian Data Protection Authority regarding the processing of your personal data

What gives us the right to process your personal data?

We will process your personal data based on your consent.

Based on an agreement with UIT - The Arctic University of Norway, NSD – The Norwegian Centre for Research Data AS has assessed that the processing of personal data in this project is in accordance with data protection legislation.

Where can I find out more?

If you have questions about the project, or want to exercise your rights, contact:

- UIT - The Arctic University of Norway via student Anna Yulieva Jensen, by email: (aje081@post.uit.no) or by telephone: 90 83 77 99 and project leader Anne Clancy, by email: (anne.clancy@uit.no) or by telephone: 77 05 82 54.
- Our Data Protection Officer: Joakim Bakkevold, by mail: (personvernombud@uit.no) or by telephone: 77 64 63 22.
- NSD – The Norwegian Centre for Research Data AS, by email: (personverntjenester@nsd.no) or by telephone: 55 58 21 17.

Yours sincerely,

Anna Yulieva Jensen (Student)

Anne Clancy (Project Leader) (Researcher/supervisor)

Consent form

I have received and understood information about the project " Public health nurse´s postpartum home visit to foreign-born mothers" and have been given the opportunity to ask questions. I give consent to participate in an interview.

I give consent for my personal data to be processed until the end date of the project, 30.06.2020.

(Signed by participant, date)

Contact information:

e-mail:

phone number:

Vedlegg 5 - Rekrutteringsplakat

To mothers who have given birth recently



photo: Stocksnap from Pixabay

**Are you interested in participating in research project about
your experiences from the postpartum home visit?**

I am a student in Master of Public Health at UiT - the Arctic University of Norway. The research project is my master's thesis and explores the "Public health nurse's postpartum home visit to foreign-born mothers".

I would like to interview:

- ❖ Foreign-born mothers that have given birth the last year
- ❖ Who speak and understand Norwegian or English

All personally identifying information will be made anonymous and deleted immediately after the end of the project.

For more information,
contact Anna Yulieva Jensen at
e-mail: aje@post.uit.no
phone number: 90837799

Til mødre som nylig har født



Bildet er tatt av [StockSnap](#) fra [Pixabay](#)

Vil du delta i en studie om dine opplevelser fra hjemmebesøk med helsesykepleier?

Jeg er mastergradsstudent ved Det helsevitenskapelige fakultetet ved UiT - Norges Arktiske universitet. I forbindelse med mitt forskningsprosjekt "Helsesykepleier på hjemmebesøk hos mødre med innvandrerbakgrunn" ønsker jeg å intervjuer deg som er:

- ❖ Mor med utenlandsk bakgrunn til barn under 1 år
- ❖ som snakker godt norsk og/eller engelsk

Alle personopplysninger behandles konfidensielt, anonymiseres og slettes etter endt prosjekt.

Kontakt/Informasjon: Anna Yulieva Jensen
e-mail: aje081 @post.uit.no
tlf: 90837799

Vedlegg 6 - Intervjuguide

Intervjuguide (norsk)

Bakgrunns spørsmål:

Hva er din alder?

Er dette første barnet eller har du flere barn?

Hva er din sivilstatus?

Hvor lenge har du bodd i Norge?

Kan du si litt om hva du gjør til daglig når du ikke er i permisjon?

Barseltid og hjemmebesøksstilbud:

Etter ankomst fra barselavdelingen, når fikk du tilbud om hjemmebesøk av helsesykepleier?
Og hvordan?

Hvorfor takket du ja til hjemmebesøk av helsesykepleier?

Erfaringer med hjemmebesøk som tilbud:

Er det vanlig med hjemmebesøk av helsesykepleier i ditt hjemland?

Hvis ja: Kan du fortelle om tilbudet i ditt hjemland?

Kan du fortelle om du opplevde noen fordeler med å ha hjemmebesøk? Eller hva var utfordrende?

Erfaringer fra møtet med helsesykepleier:

Hva tenker du om å ha helsesykepleier på hjemmebesøk i eget hjem?

Kan du fortelle hvilke forventninger hadde du til helsesykepleier på hjemmebesøk? (Hva forventet du av helsesykepleier?)

Hvilke opplevelser har du fra det første møtet mellom deg og helsesykepleier? (Hvordan ble du møtt av helsesykepleier?)

Hva husker du best fra det første møte med helsesykepleier?

Kan du fortelle litt om dine opplevelser fra helsesykepleierens måte å kommunisere på?

Hvordan skulle du ønske at du ble møtt av helsesykepleier?

Helsesykepleiers tilnærming

Hvilke egenskaper ved helsesykepleier er viktig for deg for å få til et godt forhold?

Fikk du mulighet til å ta opp det som var viktig for deg på hjemmebesøket? (Kan du fortelle litt mer om det?)

Hvordan opplevde du at din mening ble respektert? (Kan du gi noen eksempler?) Kan du si litt mer om det?

Hva tenker du kunne vært gjort annerledes?

Skulle du ønske at samme helsesykepleier fulgte deg og barnet videre på helsestasjon og hvorfor?

Avslutningsspørsmål

Er det noe mer du ønsker å fortelle om det første møte med helsesykepleier som ikke ble tatt opp?

Intervjuguide (engelsk)

Background questions

What is your age?

How many children do you have?

What is your civil status?

How long have you lived in Norway?

What is your everyday activity when you are not on maternity leave?

Postnatal period and home visit offer from the child health clinic

After your postnatal stay at the hospital: When did you get home visit offer from the public health clinic? And how?

What was the reason that you accepted home visit?

Experience with postpartum home visiting as a method

Is it usual to get postpartum home visit from the public health nurse in your country of birth?

If the answer is yes: Can you tell me more about it?

What is your experience from the home visit - what were the advantages? Or disadvantages?

Experience with the public health nurse at the home visit

What was it like having a public health nurse at your home?

Can you tell me about your expectations to the public health nurse during the home visit?
(What did you expect of the public health nurse at the home visit?)

How would you describe the interaction between you and the public health nurse?

How did you experience the public health nurse's communication skills?

How would you describe the public health nurse at the home visit?

How would you describe an ideal contact situation with the public health nurse at your home?

The public health nurse's approach

What do you consider is important for a positive relationship development between you and the public health nurse?

Did you get the opportunity to talk about your own concerns? Did you find the public health nurse open to your questions? Can you tell more about it?

Did you find the public health nurse treated you in a respectful way, and in which way did the public health nurse care about you and your child? Can you give some examples?

Is it something the public health nurse could have done differently?

Would you like to meet the same public health nurse at the further consultations at the child health clinic and why?

Do you wish to tell more about your experiences from the first encounter with the public health nurse?

Vedlegg 7 – REK vurdering



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Monika Ryland	77020756	06.09.2019	35512/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			28.08.2019	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Anne Clancy
UiT Norges arktiske universitet

35512 Helseysykepleier på hjemmebesøk hos mødre med innvandrerbakgrunn

Forskningsansvarlig institusjon: UiT Norges arktiske universitet
Prosjektleder: Anne Clancy

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

Prosjektet gjennomføres som en masteroppgave i helseysykepleie. Formålet med studien er å få en dypere forståelse og mer kunnskap om samhandlingen mellom helseysykepleier og mødre med innvandrerbakgrunn på hjemmebesøk. Større kunnskap om mødrenes erfaringer kan være nyttig for helseysykepleiere det videre arbeidet med å gi likeverdig tilbud til alle mødre, uavhengig av etnisitet og kulturell bakgrunn. Problemstilling for prosjektet: hvordan ivaretas mødre med innvandrerbakgrunn av helseysykepleier på hjemmebesøk etter fødsel? Studien skal utforske den dynamiske prosessen i møtet mellom helseysykepleier og mødre med annen kulturell bakgrunn utfra mødrenes erfaringer og opplevelser. Kvalitativ tilnærming egner seg derfor best som metode for denne studien. Målgruppen for prosjektet er mødre med innvandrerbakgrunn, både førstegangs- og flergangsfødende kvinner. Det blir gjennomført et semistrukturert intervju med forhåndsformulert intervjuguide, som har til hensikt å belyse problemstillingen.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 28.08.2019.

Veiledning vedrørende framleggingsplikt

De prosjekt som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, human biologisk materiale eller helseopplysninger», jf. helseforskningsloven § 2. «Medisinsk og helsefaglig forskning» er i § 4 a) definert som «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Av innsendt skjema følger at: «Formålet med studien er å få en dypere forståelse og mer kunnskap om samhandlingen mellom helseysykepleier og mødre med innvandrerbakgrunn på hjemmebesøk. Større kunnskap om mødrenes erfaringer kan være nyttig for helseysykepleiere i det videre arbeidet med å gi likeverdig tilbud til alle mødre, uavhengig av etnisitet og kulturell bakgrunn.»

Besøksadresse: WH-bygget UiT Norges arktiske universitet, 9037 Tromsø

Telefon: 77040140

E-post: rek-nord@eiep.uit.no

Web: www.nesportalen.no

All post og e-post som inngår i saksbehandling, bør adressert til REK nord og ikke til enkelte personer
Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK nord, not to individual staff

Etter REKs vurdering faller prosjektet, slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler om taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon. Vi gjør videre oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Monika Rydland
rådgiver

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen. Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

Besøksadresse: MH-bygg01 UIT Norges arktiske universitet, 9037 Tromsø

Telefon: 77646140

E-post: rek-nord@hisp.uit.no

Web: www.rekportalen.no

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK nord og ikke til enkelte personer
Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK nord, not to individual staff

Vedlegg 8 – NSD vurdering



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Helsesykepleier på hjemmebesøk hos mødre med innvandrerbakgrunn

Referansenummer

654245

Registrert

22.06.2019 av Anna Yulieva Jensen - aje081@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Clancy, anne.clancy@uit.no, tlf: 77058254

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anna Yulieva Jensen, aje081@post.uit.no, tlf: 90837799

Prosjektperiode

15.08.2019 - 30.06.2020

Status

11.09.2019 - Vurdert

Vurdering (3)

11.09.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 10.09.2019. Med endring menes at innmelder har lagt ved mottat svar fra REK på innmelders fremleggingsvurderingsskjema. REK legger til grunn at prosjektet faller utenfor helseforskningsloven sitt virkeområde.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 11.09.2019. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er

avsluttet.
Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

26.08.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 25.08.2019.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 26.08.2019. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

12.08.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 12.08.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om etnisk opprinnelse og helseopplysninger, samt alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og

nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

