



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Førstegangsfedre og helsesykepleiers hjemmebesøk

En kvalitativ studie om førstegangsfedres erfaringer fra helsesykepleiers hjemmebesøk

Linn Kristin Bjørgve

Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag

HEL-3903, November 2020

Antall ord: 22 323



UiT Norges arktiske universitet



Forord

Det har vært spennende å begi seg ut i forskningsfeltet. Selv om det har vært en lang og krevende vei å gå, så har jeg lært mye på veien. Livet har vært i et vakuum. Det har til tider vært vanskelig å løfte blikket og se utenfor boblen, men jeg håper at jeg likevel har klart å se dem som har vært nærmest rundt meg. Jeg er utrolig glad for at jeg endelig er i mål og gleder meg virkelig til å ta fatt på livet igjen. Hurra!

Jeg er heldig som har så mange flotte mennesker i livet mitt. Flere av dem har vært gode støttespillere i denne masterprosessen, og de fortjener virkelig en stor takk!

Til Hilde Laholt - Du har holdt stødig kurs, og gitt meg de vinkene jeg har hatt behov for, slik at jeg skulle slippe å gå meg vill på veien. Takk for god støtte og godt samarbeid!

Til deltagerne i studien - Takk til alle de seks flotte førstegangsfedrene som brukte av sin verdifulle tid for å dele sine tanker og erfaringer. Studien hadde ikke vært mulig uten dere.

Til Vegar - Takk for at du har støttet meg gjennom hele denne lange prosessen, det har betydd mye for meg! Jeg gleder meg til vi omsider kan ta fatt på livet vårt sammen igjen. Livet blir som en lek når vi endelig kan prioritere tid til mere latter og gøy.

Til Elise - Selv om du nettopp fylte fire år, har du vært en av de viktigste støttespillerne i denne prosessen. De fine og rolige stundene våre har representert et viktig balansepunkt i en ellers stressfylt hverdag. Det er mye lek og gøy sammen med deg, og du beriker livene våre med smil og latter.

Til mamma – Jeg setter utrolig stor pris på alle de gangene du har stil opp som lekekamerat for Elise, og at du har forsøkt å kompensere for min manglende prioritering av husmorsoppgaver denne tiden.

Til Heidi – Takk for all hjelp til både stort og smått. Jeg er veldig glad for at vi har deg så nært.

Til sjefen Tone - Takk for all tilrettelegging og fleksibilitet på jobb.

Mine kollegaer i helsesykepleiertjenesten - Takk for støtte og gode refleksjonssamtaler. Det har vært godt å ha noen nå tenke høyt sammen med.

Til mine venner - Takk for at dere har ventet tålmodig og at dere ikke har gitt meg opp gjennom hele utdanningsforløpet. Jeg lover å være mer tilgjengelig i tiden fremover.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	8
1.2 Begrunnelse for valg av tema	8
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	9
1.2.1 Avgrensninger og presisering	10
1.3 Begrepsavklaring.....	10
1.4 Formål og hensikt	11
2.0 Teoretisk ramme	12
2.1 Tidligere forskning	12
2.1.1 Nordisk forskning.....	13
2.1.2 Internasjonal forskning	14
2.2 Helsefremmende arbeid	15
2.2.1 Sautogenese	17
3.0 Metode	17
3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt.....	18
3.1.1 Forforståelse	19
3.2 Kvalitativt forskningsintervju	19
3.3 Utvalg og rekruttering.....	20
3.3 Datainnsamling	23
3.5 Transkripsjon	24
3.6 Analyse av data	26
3.7 Forskningsetiske hensyn	28
3.9 Metodiske overveielser	29
3.8 Validitet og reliabilitet	30
4.0 Resultater	32
4.1 Hjelp til å finne trygghet og skape oversikt i en ny tilværelse	32
4.1.1 Helsepsykeleierens kontrollfunksjon: Den gode bekreftelsen.....	32
4.1.2 Helsepsykeleieren: en kilde til tilpasset informasjon.....	34
4.1.3 Helsepsykeleierens tilgjengelighet: følelsen av å ha noen å støtte seg til	37
4.2 Fedrenes behov for støtte	39
4.2.1 Fars tilgang til en relasjon med barnet	39
4.2.2 Tilbake til arbeidslivet: Når man er sliten og trøtt så er det ikke så fantastisk	42
4.3 Anerkjennelse far som likeverdig omsorgsperson	44

4.3.1	Invitere far med	44
4.3.2	Balansering av fokus mellom foreldrene	46
4.4	Forutsetninger for aktiv deltagelse	49
4.4.1	Behov for trygge rammer	49
4.4.2	En sensitiv tilnærming	50
5.0	Diskusjon	53
5.1	Hjemmebesøkets tilbud om fedre støtte.....	54
5.1.1	Annerkjennelse	54
5.1.2	Skape forutsigbarhet og kontroll	55
5.1.3	Rollen som familiens kontaktperson.....	57
5.2	Fedrenes særskilte behov for støtte	59
5.2.1	Anerkjenne far som en viktig omsorgsperson	59
5.3	Ønske fedrene som deltager på hjemmebesøket.....	62
5.3.1	Tilrettelegge for fars deltagelse	62
5.3.2	Oppheve tilskuereffekten	64
5.4	Relasjonens betydning.....	67
5.4.1	Ingen spørsmål er dumme	67
5.4.2	Være lydhør ovenfor foreldrenes signaler	69
6.0	Avslutning.....	70
6.1	Oppsummering	71
6.2	Betydning for praksis	71
6.3	Videre forskning.....	72
7.0	Referanser.....	73

VEDLEGG

Vedlegg 1 – Vurderingsmelding fra NSD

Vedlegg 2 - Veiledning vedrørende framleggingsplikt

Vedlegg 3 - Informasjonsskriv for deltakere, for rekruttering via helsestasjon

Vedlegg 4 - Informasjonsskriv for helsestasjon

Vedlegg 5 - Samtykkeskjema for brevpost, rekruttering via helsestasjon arenaer

Vedlegg 6 - Informasjonsplakat for rekruttering via Facebook og andre offentlige arenaer

Vedlegg 7 - Modifisert informasjonsskriv til deltagere, for rekruttering via Facebook og andre offentlige arenaer

Vedlegg 8 - Intervjuguide

Vedlegg 9 - Samtykkeerklæring, for rekruttering via sosiale medier og offentlige arenaer

Sammendrag

Bakgrunn: Formålet med studien var å undersøke hvilke erfaringer førstegangsfedre har til helsesykepleiers tilbud om støtte ved hjemmebesøk. Hensikten var å bidra med økt forståelse for fedrenes behov ved overgangen til farsrollen, og bidra med kunnskaper til hvordan helsesykepleier kan støtte førstegangsfedre i forbindelse med hjemmebesøket.

Problemstilling: Hvordan erfarer førstegangsfedre at helsesykepleierens hjemmebesøk kan bidra til å støtte dem i overgangen til farsrollen?

Teori: Tidligere forskning om farsrollen og overgangen til farsrollen, der sosial støtte, mestring og inkludering er sentrale begrep. Samt teorier om helsefremmende arbeid, empowerment og salutogenese. Funnene blir også drøftet opp mot relevant forskning.

Metode: Kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming. Studiens utvalg består av seks førstegangsfedre, med barn under ett år. Fedrene ble intervjuet ved bruk av semistrukturert intervjuguide. Datamaterialet ble analysert med Malteruds systematiske tekstkondensering. Funnene ble drøftet opp mot studiens teoretiske perspektiv og annen relevant forskning.

Funn: Helsesykepleieren bidro til å støtte fedrene gjennom anerkjennelse og tilpassede informasjon. Informasjon i forkant av hjemmebesøket bidro skapte en betryggende og positiv forventning til helsesykepleierens tilgjengelighet. Tryggheten ved helsesykepleierens tilgjengeligheten kunne videreføre på hjemmebesøket gjennom å informere om helsestasjonstjenesten som lavterskeltilbud. Flere av fedre erfarte at de hadde en mindre viktig for barnet den første tiden. De hadde også mindre tilgang til barnet. Anerkjennelse av far som viktig omsorgsgiver for barnet kan derfor representert en viktig fedre støtte på hjemmebesøket. Helsesykepleierens inkludering og evne til å skape en trygg relasjon var av stor betydning for fedrenes tilgang til støtte, og hadde betydning for fedrenes motivasjon for å delta på senere konsultasjoner.

Konklusjon: Hjemmebesøket hadde først og fremst en tryggende funksjon. Funn fra studien tyder på at helsesykepleiers hjemmebesøket kan bidra til å lette overgangen til farsrollen gjennom å redusere fedrenes usikkerhet og hjelpe fedrene å oppnå en følelse av kontroll over den nye tilværelsen. Helsesykepleierens anerkjennelse av barnet skapte trygghet og tro på videre mestring. Funnene tyder imidlertid på at hjemmebesøket fortsatt har potensial for forbedring, dersom helsesykepleier skal klare å ivareta førstegangsfedrenes særskilte behov.

Nøkkelord: førstegangsfedre, tidlig farskap, farsrolle, helsesykepleier, hjemmebesøk, empowerment, sosial støtte, helsefremmende- og forebyggende arbeid

Abstract

Background: The purpose of this thesis was to investigate first-time fathers' experiences with the public health nurse support during the first home visit after childbirth. The purpose was to contribute to a greater understanding of fathers' needs at this transition and contribute to greater knowledge of how public health nurses can support first-time fathers when they leave for home visit to the family after childbirth.

Research question: How do first-time fathers experience that their home visit from the public health nurse can help support them at the transition to fatherhood?

Theory: Previous research on the role of father and the transition to fatherhood, where social support, coping and inclusion are key concepts. As well as theories of health-promoting work, empowerment and salutogenesis. The findings are also discussed against relevant research.

Method: Qualitative method with hermeneutic approach. The study sample consists of six first-time fathers during their first year as a father. The fathers were interviewed using a semi-structured interview guide. The data material was analyzed by Malterud's systematic text condensation. The findings were discussed against the study's theoretical perspective and other relevant research.

Findings: The material uncovered that the public health nurse's home visit helped support fathers by positive recognition of the child and personalized information. Information prior to the home visit made reassuring and positive expectation of the public health nurse's availability. The public health nurse could maintain this security by informing parents about the health station service as a low-threshold service. Several of the fathers experienced that they had a less important for the child the first time. They also had less access to the child. The material also show that new fathers could benefit from being recognized as an important caregiver for their child. The public health nurse's inclusion and relationship-building abilities were of great importance for the fathers' access to this support, which had an impact on the fathers' motivation to participate in later consultations.

Conclusion: Findings suggest that the home visit had a reassuring function. The public health nurse's can help facilitate the transition to fatherhood by reducing fathers' insecurity and helping fathers achieve a sense of control in their new life. The health nurse's positive appraisal of the child created security and strengthened the father's belief in further coping. However, the findings indicate that the home visit may still has a potential for improvement, for the public health nurse to address first-time fathers' individual support needs.

Keywords: first-time fathers, early paternity, father role, public health nurse, home visits, empowerment, social support, health promotion and prevention work

1.0 Innledning

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Fødselen av det første barnet markerer en sentral overgangsperiode i livet. Dette er en periode i livet som innebærer forandring og utvikling. Når familien etableres innebærer dette forandringer ved roller og identitet (Røsand, 2016). Far har en sentral rolle for at familien skal fungere optimalt (Helsedirektoratet, 2020). Tidligere forskning har imidlertid vist at fedre mottar betydelig mindre sosial støtte enn hva mødre får for sin foreldrerolle (Widarsson et al., 2013) og flere studier har fremhevet viktigheten ved at fedre ikke må bli usynlige og glemt (Mao, Zhu & Su, 2011; Widarsson et al., 2013). Det er imidlertid forsket lite på fedrenes rolle i den første og tidligste delen av barnets liv (Skjøthaug, 2016). Røslund (2016) påpeker at helsestasjon fortsatt har en stor jobb å gjøre for å se far og anerkjenne fars rolle. Det er viktig at helsepersonell er bevisst på kjønnsforskjeller mellom foreldrene, dersom de skal være i stand til å forberede fedre på foreldrerollen og redusere stresset som følger med denne rolleovergangen (Røslund, 2016). Dersom intervensjoner gjøres i stand til å møte begge foreldrene behov, kan dette resultere i at foreldrene bedre klarer å støtte hverandre i sine foreldreroller (Widarsson et al., 2013)

Spedbarnets krav til foreldrene om øyeblikkelig behovstilfredsstillelse er et 24-timers ansvar som utfordrer foreldrenes ressurser. Spesielt for førstegangsfødre er denne overgangen stor (Helseth, 2007). Sosial støtte kan virke beskyttende og har betydning for foreldrene håndtering av hverdagslige oppgaver og utfordringer (Helsedirektoratet, 2020). 98% av alle barn i Norge har regelmessig kontakt med helsestasjon det første leveåret og gjennom oppveksten. Dette gir helsestasjon en unik posisjon til å komme tidlig inn med forebyggende og helsefremmende tiltak. Helsestasjon er et tilbud for barn i aldersgruppen 0-5 år, som er en del av primærhelsetjenesten (Viljugrei & Lindboe, 2016; Helsedirektoratet, 2020). Her skal foreldrene få tilgang til råd, veiledning og støtte i sine foreldreroller. Det er helsesykepleiere som står i spissen for dette arbeidet (Viljugrei & Lindboe, 2016). Helsestasjon har et viktig ansvar for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen. Foreldrenes trivsel, psykiske helse, fysiske plager og sykdom, samt deres opplevelse av å klare å håndtere og mestre hverdagslivet vil ha stor betydning for barnets oppvekst (Helsedirektoratet, 2020).

Helsesykepleiers hjemmebesøk et viktig helsefremmende tiltak (Dahl & Blindheim, 2020), og anbefales til alle nyfødte som den første konsultasjon i helsestasjonsprogrammet, mellom 7-10 dager etter fødselen (Helsedirektoratet, 2020). Hjemmebesøket legger grunnlaget for den videre oppfølgingen av barnet og samarbeidet med familien. Besøket foregår i et miljø der familien føler seg trygg, og kan derfor gi særlig gode muligheter for tidlig identifikasjon og avdekking av foreldrenes behov for hjelp og støtte, utover det familien og deres sosiale nettverk kan bidra med. Besøket kan bidra til å gi tilknytningen en god start og sikre mestring i foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2020).

Med dette som bakgrunn for studien, har jeg valgt å fokusere på førstegangsfedre og helsesykepleiers hjemmebesøk. Det er interessant å undersøke denne brukergruppens behov og erfaringer, spesielt med tanke på at det tidlige forskningsgrunnlaget er sparsomt. Kunnskaper vil være viktig for å kunne behøvs tilpasse tjenesten. For de fleste førstegangsfedrene vil dette trolig utgjøre deres første møte med helsesykepleier og helsestasjonstjenesten som voksen.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i overnevnte betraktninger, vil denne studien ha følgende problemstilling:

Hvordan erfarer førstegangsfedre at helsesykepleierens hjemmebesøk kan bidra til å støtte dem i overgangen til farsrollen?

Dette skal knyttes til følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan erfarer førstegangsfedre overgangen til farsrollen?
- Hvordan erfarer de sin omsorgsrolle ovenfor barnet?
- Hvordan erfarer førstegangsfedre at hjemmebesøket er tilpasset til deres behov?
- Hvordan forventninger har fedrene til helsesykepleier og helsestasjonstjenesten?

1.2.1 Avgrensninger og presisering

På bakgrunn av den formulerte problemstillingen, er det naturlig at studien avgrenser seg til å omhandle førstegangsfedre. Studien vil derfor ekskludere mødre og fedre med flere enn et biologisk barn. Fedre som ikke har vært til stede ved helsesykepleierens hjemmebesøk blir dermed også ekskludert. Studien stiller imidlertid ingen krav til hvor aktivt deltagende fedrene har vært på hjemmebesøket.

Det er en viktig presisering at det er helsesykepleiers hjemmebesøk til det nyfødte barnet og familien som er i fokus. Dette hjemmebesøket utgjør den første konsultasjonen ved helsestasjonsprogrammet og bør i henhold til nasjonalfaglige retningslinjer utføres 7-10 dager etter fødsel (Helsedirektoratet, 2019). Studien vil ha et universalforebyggende perspektiv. Dette medfører en avgrensning om at studien ikke vil ha inkludere familier med spesielle behov. Studien inkluderte kun fedre med normalt friske barn.

1.3 Begrepsavklaring

I teksten vil begrepene «konsultasjon», «støtte» og «rolle» benyttes i flere sammenhenger. Begrepene vil derfor avklares her for å sikre en felles forståelse:

Sosial støtte defineres av World Health Organization (1998) som den hjelpen som er tilgjengelig for enkeltpersoner eller grupper i samfunnet, som kan representere en buffer mot ugunstige levekår og livshendelser og fungere som en positiv ressurs for å forbedre livskvalitet. Dette kan omfatte emosjonell støtte, deling av informasjon og utlevering av materielle ressurser og tjenester. For denne studien vil begrepet "støtte" ta utgangspunkt i denne definisjonen om sosial støtte, slik det er formulert av World Health Organization.

Innenfor et sosiologisk perspektiv kan en rolle defineres som «summen av de normer og forventninger som knytter seg til en bestemt oppgave, stilling eller gruppe i samfunnet» (Store norske leksikon, 2019, avsnitt 1). For denne studien blir farsrolle definert innenfor et

sosiologiske perspektiv. Farsrollen vil derfor innebære den summen av normer og forventninger som samfunnet knyttet til det å være far.

Begrepet konsultasjon kan i det medisinske fagspråket defineres som «en henvendelse for å søke råd hos en lege eller annet medisinsk personell» (Store medisinske leksikon, 2020, avsnitt 1). Begrepet konsultasjon brukes her som en betegnelse for timeavtaler med helsesykepleier, sammen med begrepet hjemmebesøk.

1.4 Formål og hensikt

Formålet med oppgaven er å oppnå økt kunnskap om hvordan hjemmebesøket fra helsesykepleier kan bidra til å støtte førstegangsfedre i overgangen til farsrollen.

Hensikten med studien er å bidra til økt forståelse for fedrenes erfaringer, tanker og behov ved denne sentrale overgangsperiode i livet. Målet med studien er ikke å komme frem til en konklusjon, men heller belyse ulike sider ved helsesøsters hjemmebesøk, og bidra til økt forståelse for hvordan hjemmebesøket kan gjøres i stand til å ivareta førstegangsfedrenes behov for støtte.

2.0 Teoretisk ramme

Her vil jeg presentere forskning som kan relateres opp mot tema og teori om helsefremmende arbeid. Teorien vurderes som relevant for å kunne belyse problemstilling fordi hjemmebesøket er en metode for helsefremmende arbeid.

2.1 Tidligere forskning

For å få innsikt i kunnskap om overgangen til farsrollen og helsesykepleiers hjemmebesøk ble det foretatt litteratursøk ved databasene Swemed+, Cinahl og PubMed. Ved søkene har ulike kombinasjoner av følgende MeSH-termer blitt benyttet: «first-time*», «father*», «transition», «public health nurs», «nurs*», «house call», «home visit», og «support» og «social support». Det er søkt etter både internasjonale og nasjonale studier. De studiene som er presentert nedenfor er vurdert til å være relativt sammenlignbare med Norge når det kommer til kultur og samfunnsstruktur. Ifølge Skjøthaug (2016) har eldre forskning beskrevet en annen familietilværelse enn det man ser i dag . Derfor har jeg valgt å avgrense meg til forskning som er fra 2010 og nyere. Jeg har videre avgrense meg til studier som kan bidra med kunnskaper om fedrenes individuelle erfaringer. Derfor ble også rene foreldrestudier ekskludert. Andre avgrensninger var at det artiklene måtte være tilgjengelig fulltekst, og at samtlige artikler skulle være peer-reviewed.

I søkeprosessen sortert jeg på overskrifter og leste abstrakt for å finne fram til forskningsartikler. Dersom abstraktet så interessant ut, leste jeg hele artikkelen. Gjennom søkene fant jeg flere artikler om overgangen til farsrollen, men de fleste fokuserte på fedre med eldre barn. Det var lite relevant forskning å finne om helsesykepleiers hjemmebesøk og som var knyttet opp til far. De fleste studiene om hjemmebesøk hadde mor og barn som fokus. Dette tyder på at det er behov for mer kunnskap om fedrenes erfaringer fra den første tiden hjemme med barnet. Det er mulig at mangelen på forskningsartikler reflekterer at det generelt har vært lite fokus på fedrene i føde- og barselomsorgen, noe som gjenspeiles i den

Nasjonal faglige retningslinjen for barselomsorgen, der fedrene kun nevnes i noen bisetninger (Helsedirektoratet, 2014).

Et utvalg forskning vil presenteres nedenfor under kategoriene «nordisk forskning» og «internasjonal forskning».

2.1.1 Nordisk forskning

En norsk studie av Solberg og Glavin (2018b) undersøkte hvordan ni førstegangsfedre erfarer overgangen til farsrollen. Den første tiden med barnet var preget av usikkerhet. Aktiv deltagelse tidlig i omsorgsrollen hadde betydning for om fedrene erfarte tidlig mestring av farsrollen. Amming bidro til å skape en distanse til barnet, mens flaskemating ble ansett som enstemmig positivt fordi det styrket båndet mellom far og barnet. I studien ble det identifisert flere barrierer til farsrollen som kunne føre til stress. Disse var usikkerhet til barnets signaler og vansker med å trøste barnet, mangel på annerkjennelse fra omgivelsene, manglende følelse av farskap, søvnmangel og nedstemthet. En balanse mellom hverdagens krav og håndterbarhet var avgjørende i de første månedene med barnet. Imidlertid kunne opplevelsen av at noe var meningsfylt kompensere for en lavere grad av håndterbart. Resultatene fra studien viste at fedrenes positive engasjement i farsrollen var avhengig av om de erfarte farsrollen som en arena med mestring, mening, kontroll og håndterbarhet i møte med barnet, sin partner og det nye livet.

Førstegangsfedrenes erfaringer av helsesykepleierens støtte ble undersøkt i en svensk studie av Hrybanova, Ekström og Thorstensson (2019). Studien omfattet 12 førstegangsfedre, og var basert på intervju, med utfylling av en støtteskala. Fedrene erfarte at helsesykepleierens informasjon var positivt når den gav praktisk informasjon og støttet dem til å være involvert i barnet. Fedrene hadde forventninger om at helsesykepleier skulle gå aktivt inn for å tilby dem støtte og praktisk veiledning i barnestell. De erfarte imidlertid at mødrene fikk mer støtte enn dem selv.

En annen norsk studie av Solberg og Glavin (2018a) omhandlet fedrenes deltagelse i fødselsomsorgen og ved helsestasjon. Studien som hadde ni førstegangsfedre viste at fedrene ville ha en mer aktiv rolle og at de ønsket å bli mer inkludert. Førstegangsfedrene følte seg utestengt både fra mor-barn relasjonen og mor-helsepersonell relasjonen. Tilbudet har fortsatt mor og barn i hovedfokus, selv om familieperspektivet skal være gjeldende. Dette gjorde at fedrene følte seg mindreverdige, og at de opplevde seg selv som kun som fysisk til stede i møte med helsesykepleier. Det var i størst grad mødre som fulgte barna til oppfølgingen ved helsestasjon. Studien konkluderte med at det er nødvendig at helsepersonell anerkjenner fars rolle som uavhengig og likeverdig omsorgsperson dersom man skal klare å inkludere far i helseoppfølgingen.

En studie fra Thomas, Bonèr og Hildingsson (2011) fant at en opplevelse av støtte fra partneren i tiden etter fødsel har en beskyttende effekt og gjør at foreldretilværelsen oppleves som mindre vanskelig. Fedre kan ha bekymringer knyttet til det å utvikle et forhold til barnet, balansere mellom jobb og familie, og ivaretagelse av familiens økonomi. De fleste fedre ønsket å bli involvert i nyfødtomsorgen, men mange følte seg ekskludert ved helsestasjon, og opplevde oppfølgingen og den skriftlig informasjon som lite tilpasset til dem som fedre. Resultater fra studien viser at det er behov for større fokus på fedre i forbindelse med overgangen til farsrollen.

2.1.2 Internasjonal forskning

I en oversiktsartikkel av Namir, Brady & Gallaghet (2017) som var basert på 29 forskningsartikler ble fedrenes involvering, støtte og holdninger til amming undersøkt. I studien ble amming beskrevet som en kilde til usikkerhet med potensiale til å skape bekymringer i farsrollen. Amming kunne gi opphav til sjalusi, tilbaketrekning, og avsky. Et ammetilbud som inkluderte far hadde betydning for fedrenes opplevelse av mestring, mens ekskludering av fedre ved ammestøtte kunne få konsekvenser for fedrenes livskvalitet og mestring. Resultatene fra studien viser at det er viktig å involvere fedrene i ammeveiledning, fordi dette vil ha positiv effekt for fars helse og for ammestatistikken.

En kvantitativ kanadisk studie av Montigny, Lacharité og Davault (2012) har undersøkt hvordan fedre av ammende barn erfarer overgangen til farsrollen. Studien omfattet svar fra 164 fedre, hvor 87 av dem var førstegangsfedre. Funnene har bidratt til en modell for hvordan støtte og stress påvirker fedre med ammede barns opplevelse av mestring og involvering ved overgangen til farsrollen. Studien var basert på fedrenes selvrapporing gjennom bruk av flere typer spørreskjema. Funn fra studien viste imidlertid at de fedrene som mottok støtte rapporterte et høyere stressnivå, og erfarte støtten de fikk tilbud om som lite nyttig. Resultatet fra studien viser at fedre har behov for individuelt tilpasset støtte. Fedrenes deltagelse må anerkjennes gjennom at også fars behov og erfaringer blir tematisert, og ved å undersøke fars kunnskaper fordi dette vil bidra til økt mestring hos far.

Ifølge den britiske studien til Kowlessar, Fox og Wittkowski (2014) opplevde mange førstegangsfedre en følelse av hjelpeløshet og vansker med å tilpasse seg til sin nye rolle. Dette ble knyttet opp mot mangelen på tidligere kunnskaper og erfaringer. Gjennom en prosess med prøving og feiling måtte fedrene forsøke ulike teknikker for å overkomme utfordringer med barnet. Flesteparten av fedrene i studien benyttet mødrene som rollemodeller. Til tross for at begge foreldre er nye for foreldrerollen, opplever førstegangsfedre at partneren har mer erfaringer og er bedre rustet til å handtere barnet.

2.2 Helsefremmende arbeid

Ottawa charteret regnes som et førende dokument for det helsefremmende arbeidet (World Health Organization, 1986). Charteret inneholder en plan med fem hovedpunkter og innebærer at det helsefremmende arbeid skal skape et støttende miljø, utvikle personlige ferdigheter, styrke lokalmiljøets muligheter for å handle, tilpasse helsetjenesten og bygge opp en sunn helsepolitikk (World Health Organization, 1986). Verdens helseorganisasjon (1998) har definert helse som en tilstand med fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet (World Health Organization, 1998). I Ottawa charteret blir det helsefremmende arbeidet løftet frem som de prosessene som gjør folk i stand til å ta kontroll over, og forbedre egen helse. For å kunne oppnå helse må individer eller grupper

være i stand til å identifisere og nå sine mål, ivareta egne behov og forandre eller takle miljøet rundt seg (World Health Organization, 1986).

Det helsefremmende- og forebyggende arbeid beskrives som to komplementære retninger i folkehelsearbeidet (Garsjø, 2018). Ved helsestasjon er det behov for begge tilnærmingene for å kunne møte brukernes behov. Det forebyggende helsearbeid har som mål å redusere sykdom, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer, mens det helsefremmende arbeid baserer seg på tiltak som skal styrke vår helse. Tiltak som kan fremme livskvalitet, overskudd og muligheter for å kunne ivareta egen helse. God kommunikasjon og et fokus på den andres behov er avgjørende for å kunne hjelpe mennesker til å bli i stand til å ta vare på egen helse. Dette forutsetter en aktiv deltagelse. Derfor burde brukerperspektivet være i fokus for det helsefremmende arbeidet blant barn og deres familier (Kvarme, 2007).

En av de viktigste oppgavene i samfunnet er å skape gode vilkår og gode rammer for barnas oppvekst og utvikling (Kvarme, 2007). I Ottawa charteret påpekes det at alle overganger i livet har en betydelig innvirkning på den enkeltes helse. Helsefremmende arbeid skal skape leve- og arbeidsforhold som er trygge, stimulerende, morsomme og fornøyelige. Helse må skapes innenfor de rammene der folk lever og oppholder seg. Støttende omgivelser er viktig for å kunne oppnå helse. Gjennom å skape trygghet i et støttende miljø med tilgang til informasjon og mulighet til å utvikle ferdigheter, vil enkeltindividet få mulighet til å ta kontroll over de tingene som påvirker helsen. Dette må legges til rette for både menn og kvinner på lik linje (World Health Organization, 1986).

Empowerment er et viktig prinsipp for helsefremmende arbeid, som skal gjøre den enkelte i stand til å ta gode avgjørelser og oppnå kontroll over sitt eget liv (Borup, 2020). Det innebærer en mobilisering og styrking av den andres krefter, og nøytralisering av forhold som kan føre til avmakt og maktesløshet. Det handler om å lære folk å se positivt på seg selv og gjøre dem i stand til å håndtere utfordrende livssituasjoner (Kvarme, 2007). Dette innebærer en maktomfordeling fra yrkesutøver til bruker. Det må gjøres plass til to eksperter, der begge kompetanse er like viktig. Dette skal bidra til å styrke brukerens ressurser, uavhengighet og tro på seg selv (Tveiten, 2007). Mestring er også en helsefremmende faktor, og kan beskrives som en prosess der individet kontinuerlig prøver å takle livets krav og utfordringer. Mestring

kan ha til formål å klare påkjenninger og krav slik at balansen gjenopprettes, forhindre utmattelse og gjenopprette livskvalitet (Kvarme, 2007). Ifølge Kvarme (2007) finnes det flere ulike mestringsstrategier, og disse kan være mer eller mindre hensiktsmessig.

2.2.1 Sautogenese

Aron Antonovsky har vært en inspirator innenfor det helsefremmende arbeidet som har argumentert for at sosial støtte kan ha en direkte sykdomsforebyggende effekt, og ikke fungerer kun som en buffer (Antonovsky, 2012). Antonovsky har utviklet teorien salutogenese for helsefremmende arbeid. Hensikten var å dreie fokuset fra å redusere risikofaktorer til å se på hva som kan få mennesker å søke mot det som er helsebringende. Ifølge Antonovsky vil den enkeltes opplevelse av sammenheng «Sense of Coherence» (SOC) i tilværelsen være avgjørende for hvordan vi klare oss, og styrken på SOC bestemmes ut fra den enkeltes livserfaringer (Antonovsky, 1996; Antonovsky 2012). Antonovsky definerer denne opplevelsen av sammenheng slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012, s. 41)

3.0 Metode

Dette kapittelet inneholder en beskrivelse av framgangsmåten som ble brukt for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Her beskrives studiens gjennomføring med valg

av forskningsmetode, vitenskapelig utgangspunkt, utvalg, rekruttering av deltagere, innsamling av data, transkribering og analyse av rådata. I tillegg presenteres betraktninger gjort i forhold til etikk, studiens gyldighet og pålitelighet, samt metodekritikk.

3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

For å forstå førstegangsfedrenes erfaringer har jeg latt meg inspirere av hermeneutikken som vitenskapsteoretisk perspektiv. Hermeneutikk handler om å finne en dypere mening og forståelse bak menneskets levde erfaringer (Malterud, 2017). Det hermeneutiske perspektivet gjorde det mulig å trekke fortolkningen til et høyere nivå enn det som ble uttrykt gjennom det direkte språket, og finne frem til meninger som ikke lå eksplisitt tilgjengelig innenfor bevisstheten til intervjupersonene selv (Kvale & Brinkmann, 2015).

Gadamer argumenterte for at vi mennesker har med oss historiske og individuelle forutsetninger og erfaringer, og at disse utgjør et bevisst eller ubevisst grunnlag for hvordan vi tolker (Malterud, 2011). Gadamer (2012) hevdet at vi må forstå helheten ut fra delene og delene ut fra helheten, i det han kalte for en hermeneutisk sirkel. I min søken etter å forstå førstegangsfedrenes erfaringer medførte den hermeneutiske sirkelen at jeg måtte betrakte materialet fra den store helheten, så ned til detaljnivå, og etterpå tilbake til den store helheten igjen. Målet var å kontinuerlig utvide den forståtte meningen. Riktig forståelse krevde at alle enhetene samstemt med helheten.

Gjennom den hermeneutiske forståelsen og måten å bearbeide forskningsdata ble det mulig å oppnå en større innsikt i førstegangsfedrenes eksplisitte erfaringer om hvordan helesykepleier klarte å ivareta deres behov for støtte på hjemmebesøket, i tillegg til å utvide forståelsen for hvilke støttebehov fedrene kan ha forbindelse med denne konsultasjonen.

3.1.1 Forforståelse

Ifølge Gadamer (2012) er det viktig å avklare egen forforståelse, fordi den utgjør vår historisk bevissthet. Det hjelper oss å skille mellom sanne fordommer som skaper forståelse, og falske fordommer som hindrer forståelse og bidrar til misforståelser. Den avklarte forforståelsen skal lede forståelsen videre, slik at selve tolkningen kan åpenbare seg og gjøre seg gjeldende med en helt annen mening (Gadamer, 2012). Slik jeg forstår det kan en slik avklaring hindre en jakt på bekreftelse av egen forforståelse, og brukes til vurdering av studiens validitet. I arbeidet med denne studien har jeg derfor forsøkt å stille meg åpen for det som var nytt og overraskende.

Gadamer (2012) hevder at grunnlaget for hva som fremstår for oss som problematisk og aktuelt for forskning vil være en del av denne forforståelse. Min forståelse i forhold til studiens tema vil være påvirket av 1,5 års erfaring fra arbeidet som konstituert helsesykepleier ved helsestasjon for barn 0-5 år, og nåværende status som ferdig utdannet helsesykepleier ansatt i skolehelsetjenesten. Forforståelse vil også bære preg av erfaringer fra egen omsorgsrolle som mor i et samboerforhold med barnets far. Disse erfaringene har samlet bidratt til en undring over hvordan fedre med eldre barn har kommet med utsagn om å være "barnevakt" for sine barn. Jeg har på forhånd hatt en hypotese om at dette kan skyldes manglende initiativ og involvering fra fedrene side. Dette har gjort meg nysgjerrig på hvordan fedrene erfarer sin foreldrerolle ved overgangen til foreldretilværelsen, fordi det er da rollene etableres og trolig videreføres i tid. Samtidig har det ført til en nysgjerrighet til om helsesykepleier kan bidra til å styrke fedrenes tilhørighet til egen farsrolle. Dette har vært min motivasjon for å ta fatt på denne studien.

3.2 Kvalitativt forskningsintervju

Det var problemstillingens formulering som avgjorde metodevalget for studien. Ifølge Malterud (2017) er kvalitative metoder godt egnet for å gi ny kunnskap om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Metoden har sine røtter fra sosialkonstruksjonisme, og en fenomenologisk og hermeneutisk filosofi. Ved bruk av

kvalitativ metode kan vi spørre etter mening, betydning, ulike nyanser av hendelser og atferd og oppnå forståelse for hvorfor mennesker handler som de gjør. Dette representerer en motsetning til kvantitative metoder som bygger på data i form av tall, som kan gi kunnskaper om omfang, fordeling, effekt, forskjeller eller samvariasjon (Malterud, 2017).

Studiens forskningsspørsmål søkte å undersøke hvordan førstegangsfedrene erfarte at helsesykepleierens hjemmebesøk kunne bidra til å støtte dem i overgangen til farsrollen. For å kunne belyse problemstillingen på en god måte ble studien derfor basert på kvalitativ forskningsmetode med individuelle intervju. Denne metoden er godt egnet når man ønsker å få frem betydningen av andre menneskers erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015). Individuelle intervju er fint å benytte når man ønsker å gi deltageren tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som kan kreve både trygghet og ettertanke for å kunne dele (Malterud, 2011).

3.3 Utvalg og rekruttering

Med problemstillingen som utgangspunkt søkte jeg førstegangsfedre som hadde erfaringer med helsesykepleiers hjemmebesøk. Dette er hva Malterud (2017) beskriver som et strategisk utvalg. Strategien innebar at deltagerne ble valgt ut bakgrunn av at de skulle være i stand til å fortelle om temaet på en reflektert måte (Tjora, 2012). Metoden bidro til å gjøre materialet i stand til å belyse problemstillingen på en god måte, og styrker også påliteligheten til resultatene (Malterud, 2017). Det ble valgt å intervju førstegangsfedre fordi de var ukjent med farsrollen og helsesykepleiers hjemmebesøk fra tidligere. Resultatene vil derfor være minst mulig påvirket av tidligere erfaringer fra foreldrerollen og møter med helsesykepleier ved helsestasjon.

I denne studien ønsket jeg å undersøke fedrenes erfaringer sett fra et familieperspektiv, derfor ble det søkt etter fedre som var i et parforhold med barnets mor. Valget ble basert på en vurdering om at fedre som ikke var i et parforhold ville ha en veldig forskjellig livssituasjon og derfor beskrive andre utfordringer. Jeg ønsker deltagere som var norsktalende fordi dette ville gjøre det lettere å oppnå felles forståelse og forebygge misforståelser. Videre var det ønskelig at barnet var 0-3 måneder ved intervjudtidspunkt, for å få nærhet mellom

intervjutidspunktet og det fenomenet jeg ønsket å forske på som var hjemmebesøket. Imidlertid ble dette inklusjonskriteriet utvidet til å inkludere fedre med barn fra 0-12 måneder, som følge av utfordringer med å rekruttere deltagere til studien. Endringsmelding ble sendt til NSD for godkjenning, og endringen ble utført etter at samtykket ble mottatt. I tillegg ble det tatt hensyn til at deltagerne ikke skulle ha noe forhold til meg, hverken som helsesykepleier eller venn. Valget kan begrunnes i forhold til forskningsetiske perspektiv, da det ikke var ønskelig at noen deltagere skulle kjenne seg forpliktet til å delta eller svare på alle spørsmål. Et slikt utvalg kunne også påvirket kvaliteten på intervjuet ved at disse fedrene kunne hatt ekstra betenkeligheter med å dele sine erfaringer.

Før rekruttering av deltagere kunne starte ble studien meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD (vedlegg 1) for vurdering. Det ble også sendt inn et fremleggingsvurderingsskjema til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK for veiledning vedrørende framleggingsplikt (vedlegg 2). Rekrutteringen startet så fort studien var klarert med begge instanser. Det ble først sent ut mail til leder for helse- og omsorgstjenesten i seks kommuner, og de ble forespurt om å videresende mailen til ledende helsesykepleier for hjelp til rekruttering via helsestasjonstjenesten. I mailen ble studien kort presentert og med en beskrivelse om at forespørselen innebar å sende ut ferdigfrankerte brevkonvolutter til førstegangsfedre som hadde deltatt på hjemmebesøk, og som hadde barn i alderen 0-3 måneder. Detaljene ble utdypet i vedlagte informasjonsskriv for deltagere og helsestasjoner (Vedlegg 3, 4). De lederne som var sen med å svare mottok også en telefonhenvendelse innen to uker. Av etiske hensyn ble ikke helsesykepleiertjenesten i egen hjemkommune forespurt, fordi det kunne vært vanskelig for ledende helsesykepleier å avslå denne forespørselen, på bakgrunn av min tilknytning til tjenesten. To av de forespurte helsestasjonene var positive til å bistå med rekruttering. Ferdigpakkede og frankerte konvolutter med UiT logo ble sendt ut så fort jeg fikk klarsignal fra helsestasjon. Informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 3 og 5) ble tilsendt per brevpost for å sikre at aktuelle deltagere fikk førstehåndsinformasjon. Dette skulle bidra til at førstegangsfedrene fikk mulighet til å delta på lik linje, og bidra til en anerkjennelse av deres rolle.

Etter at det hadde gått fire uker uten respons, så jeg meg nødt til å forsøke en annen metode for rekruttering. Skjøthaug (2016) påpeker at det har vært vanskelig å rekruttere fedre til forskningsprosjekter i denne livsperioden. Derfor ble endringsmelding til NSD ble sendt, og rekruttering via min private Facebook profil og andre offentlige samlingsarenaer (vedlegg 6) startet så fort jeg mottok vurderingsmelding. Studien ble samtidig utvidet for at fedrene kunne ha barn i alderen 0-12 måneder, for å oppnå større tilgang til informanter. Informasjon ble delt på Facebook-oppslagstavlen i fire nord-norske kommuner og fra min private profil. Facebook innleggene fikk totalt 73 delinger og 30 tagger. Av etiske hensyn kontaktet jeg ingen av deltagerne som ble tagget. Jeg fikk også til et samarbeid med to offentlige bibliotek som ville henge opp informasjonsplakat om studien. I tillegg ble studien presentert på en tilstelning med babysang og på babysvømming ved en anledning. Førstegangsfedre som oppfylte kriteriene og ønsket å delta ble oppfordret til å ta kontakt via telefon eller UiT-mail av hensyn til personvern. Dette var klarert med NSD. Totalt 7 fedrene tok kontakt som oppfylte kriteriene for studien, men en far trakk seg som følge av utfordring med å finne passende tidspunkt. Samtlige deltagerne fikk tilsendt modifiserte informasjonskriv om studien per mail (vedlegg 7), slik at de fikk en forståelse for hva studien innebar. Videre ble det avtalt tid og sted for intervju. Deltagerne kom fra fire ulike geografiske områder.

Det strategiske utvalget gjorde det mulig å rekruttere deltagere med god informasjonsstyrke. På bakgrunn av at alle deltagerne gav fyldige og detaljrike intervju, ble det derfor vurdert at seks deltagere var tilstrekkelig. Også Malterud (2017) anbefaler at man skal la informasjonsstyrken i utvalget skal avgjøre hvor mange deltagere man har behov for i kvalitative studier, og påpeker at data fra fire til syv deltagere kan være tilstrekkelig dersom deltagerne har høy informasjonsstyrke.

Tabell 1: Utvalg av førstegangsfedre		
Etnisk norsk	6	stk
Gjennomsnittsalder for far	32	år
Aldersvariasjon mellom fedrene	26 år -	40 år
Samboere	4	stk

Giftede fedre	2	stk
Gjennomsnittsalder for barn ved intervju tidspunkt	3,75	måneder
Aldersvariasjon på barn ved intervju tidspunkt	1,5 mnd -	9 måneder
Varighet på parforhold med 3 år eller mer	4	stk
Høyere utdanning (3 år eller mer)	3	stk
Bosatt i kommune med over 25 000 innbyggere	3	stk
Bosatt i kommune med under 25 000 innbyggere	3	stk

3.3 Datainnsamling

For å sikre at intervjuet skulle fange opp de aspektene min studie ønsket å undersøke og samtidig gi deltagerne mest mulig frihet til å fortelle og illustrere slik de selv ønsket, ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 8). Ifølge Polit og Beck (2017) innebærer dette bruk av en intervjuguide som enten inneholder en liste over områder, eller spørsmål som man gjennomgår med alle deltagerne. Samt at deltagerne oppfordres til å snakke fritt og får anledning til å fortelle historier med sine egne ord (Polit & Beck, 2017). Intervjuguiden jeg benyttet inneholdt en oversikt med mange spørsmål. De ulike spørsmålene var gruppert inn under temaene bakgrunn spørsmål, innledningsspørsmål, forventninger til farsrollen, overgangen til farsrollen, og helsesykepleiers hjemmebesøk. Utarbeidelsen av guiden var en veloverveid prosess, og spørsmålene ble grundig evaluert ut ifra om de kunne bidra til å gi svar på problemstilling og forskningsspørsmål. Det ble også utarbeidet forslag til oppfølgingsspørsmål som kunne være til hjelp for å gå mer i dybden på flere av spørsmålene. For å kvalitetssikre intervju spørsmålene ble det utført et prøveintervju. Dette gav anledning til å få trent seg på intervjusituasjon og bli kjent med bruken av lydopptaker. Et av oppfølgingsspørsmålene ble revidert i etterkant av prøveintervju.

Tid og sted for intervju ble avtalt via UiT-mail. Deltagerne fikk velge sted for intervjuet, og vi ble enige om et tidspunkt som passet. To av intervjuene ble utført i fars hjem, to på helsestasjon, et på enerom ved offentlig bibliotek og et intervju ble utført på et møterom ved UiT. Intervjuene ble utført i desember 2019 og januar 2020, og foregikk som en samtale med varighet på rundt 70 minutter. Samtlige av intervjuene ble startet ved at jeg fortalte kort om studien og gjentok at den var anonym og helt frivillig, at deltageren kunne trekke seg når som

helst uten å oppgi noen grunn, og at de også kunne unnlate å svare på spørsmål dersom det var noe de ikke ønsket å svare på. Samtlige av deltagerne samtykket til at intervjuet ble tatt opp på lydfil for den videre transkriberingen. For å ivareta deltagerens konfidensialitet ble det benyttet nettskjema-diktafon for sikker lagring. Deretter ble samtykkeerklæringen (vedlegg 8) underskrevet.

Etter at samtlige bakgrunns spørsmålene var gjennomgått, startet intervjuet med et åpent innledningsspørsmål. Jeg forsøkte å tilrettelegge for fedrenes frie fortelling i størst mulig grad innenfor hver av tema. Deltagerne ble bedt om å utdype utsagn der det ble vurdert som hensiktsmessig. Derfor ble intervjuguiden brukt mest som en sjekkliste for å sikre at vi fikk kommet innom alle de ulike områdene innenfor de ulike temaene, før vi gikk over til neste tema. Dette førte imidlertid til at materialet også ble veldig omfattende. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd for å sikre at all informasjon ble tilgjengelig for den videre transkripsjon. Ifølge Polit og Beck (2017) kan bruk av lydopptak kvalitetssikre datainnsamlingen, samt bidra til å skape bedre flyt på intervjuprosessen og redusere antall distraksjoner. Bruk av lydopptak bidro til å gjøre intervjusituasjon mer avslappet, og tilrettela for en god kontakt med deltagerne. Etter at selve datainnsamlingen startet, ble det tilføyd et nytt spørsmål til intervjuguiden og fire ekstra oppfølgingsspørsmål.

Samtlige av deltagerne fikk tilbud om et gavekort på 200 kroner til bruk på enten kino eller kjøpesenter, som takk for deres velvillighet til å delta i denne studien. Imidlertid var det kun tre av informantene som ønsket å ta imot et slikt gavekort.

3.5 Transkripsjon

Det var planlagt en fortløpende transkripsjon, som ifølge Malterud (2017) kan bidra til bedre fokusering og fleksibilitet, og gjøre at man slipper å sitte igjen med ekstra materiale med unødvendig lavt metningsforhold. Dette ble imidlertid utfordrende å få til som følge av fortløpende intervju og begrenset kapasitet. Som et kompromiss satte jeg av tid umiddelbart etter hvert intervju og reflekterte over intervjuprosessen og hva jeg hadde fått formidlet. Dette bidro til at jeg klarte å opprettholde en viss oversikt over det som var dataens metning,

og at et nytt spørsmål ble lagt til i intervjuguiden, samt fire ekstra oppfølgingsspørsmål. Likevel erfarte jeg at datainnsamlingen resulterte i et omfattende materiale, som trolig kan skyldes at jeg som intervjuer var urutinert og derfor lot den frie fortellingen gli litt utenfor rammene som var forhåndsdefinert med intervjuguiden. Resultatet ble totalt 136 sider med enkel linjeavstand og tilsvarte i gjennomsnitt 21,5 sider per deltager.

Transkripsjon handler om en oversettelse fra talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette innebærer at det innsamlede datamaterialet organiseres og gjøres tilgjengelig for analyse (Malterud, 2017). I dette steget ble intervjuet på lydopptaket oversatt til tekst. Teksten bidro til å gjøre materialet organisert og tilgjengelig for analyse. For å forhindre at mening skulle gå tapt eller forvrenges utførte jeg selv alle trinnene fra datainnsamling til transkripsjon den videre analysen. I transkriberingen ble språket oversatt til bokmål for å ivareta deltagerens konfidensialitet. Hver av deltagerne fikk også utdelt hver sin fargekode. Etter en grundig vurdering ble alle tenkepauser, latter og støtteord tatt bort. Jeg erfarte at dette bidro til å gjøre det lettere å finne tak i meningen bak ordene. Kvale og Brinkmann (2015) støtter også slike valg, på bakgrunn av at ordrette intervjutranskripsjoner kan bli kunstige. Jeg erfarte det som en fordel å utføre transkriberingen selv, fordi det gjorde det mulig å støtte seg til intervjusituasjon de gangene jeg oppdaget noe usammenhengende tale. Også Malterud (2017) påpeker at det kan forebygge misforståelser dersom forskeren selv utfører transkriberingen. Gjennom transkriberingen ble jeg også bedre kjent med materialet. Informasjon fra bakgrunnsspørsmålene ble oppbevart atskilt fra transkripsjonen. Deltagerne fikk tildelt fiktive navn, mens andre navn ble erstattet med XXX. For å sikre en riktig oversettelse til skriftspråk ble lydfilene spilt av flere ganger. Deltagerne fikk tilbud om å lese igjennom råmateriale, og gi tilbakemelding dersom det var noe de ønsket å få endret. En av deltagerne ønsket å få utlevert transkripsjon, for å ha som et minne. Etter å ha rådført meg med veileder fikk deltageren tilsendt en anonymisert transkripsjon per brevpost.

3.6 Analyse av data

For å analysere datamaterialet har jeg valgt å benytte Malteruds systematiske tekstkondensering. Metoden er videreutviklet fra Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode (Malterud, 2017; Malterud 2012). Valget falt på denne metoden fordi den var oversiktlig og lett forståelig i sin utførelse. Metoden innebar også at jeg som forsker fikk anledning til å sette min forforståelse til siden, som samsvarer godt med det hermeneutiske perspektivet studien skal tolkes ut fra. Metoden har også tydelige likhetstrekk med den hermeneutiske sirkel. Det omfattende datamaterialet gjorde analyseringen til en tidkrevende og omfattende prosess. Ifølge Malterud (2017) innebærer analysen en målrettet reise fra problemstilling til resultater. Her skal forsker stoppe opp og se etter relevante mønstre som kan bidra til å belyse problemstillingen. En analyse med systematiske tekstkondensering skjer gjennom en prosess bestående av fire trinn.

I det første trinnet var hensikten å finne frem til foreløpige temaer (Malterud, 2017). Her gjaldt det å sette forforståelsen og den teoretiske referanserammen midlertidig til side, for å kunne være mest mulig åpen for hva datamaterialet formidlet. Gjennom denne prosessen hadde jeg problemstillingen skrevet på en lapp foran meg for å holde stø kurs. Malterud (2017) foreslår at man ender opp med 5-8 temaer ved første gjennomlesning og påpeker at det er et godt tegn dersom de foreløpige temaene representerer en videreutvikling fra temaene i intervjuguiden. Dersom det er for likt tyder dette på at forskeren har forfulgt sin forforståelse. Analysens første tema var helsesykepleierens støttende funksjon, møte med nye referanserammer, fedrenes tilgang til barnet, prioritering av ressurser, inkludering av far og forutsetninger for et godt møte.

Det andre trinnet besto i å identifisere og sortere meningsbærende enheter som kunne bidra til å belyse problemstillingen (Malterud, 2017). Resten av teksten ble lag til side. De meningsbærende enhetene utgjorde tekst som inneholdt kunnskaper om de foreløpige temaene. Samtidig som disse ble merket, skulle de sorteres videre gjennom en gradvis omforming fra tema til koder. Ifølge Malterud (2017) innebærer kodingen er systematisk dekontekstualisering der delene av teksten trekkes ut fra sin opprinnelige sammenheng for å

kunne leses med lignende tekstelementer i lys av studiens teoretiske perspektiver. Kodene i studien var helsesykepleierens støttende funksjon, sårbarhet hos far, inkludering av far og forutsetninger for aktiv deltagelse.

Ved trinn tre skulle de meningsbærende enhetene kodes og sorteres inn i kodegrupper (Malterud, 2017). Innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene ble abstrahert. Materialet i hver kodegruppe ble sortert inn i to til tre subgrupper. Subgruppene representerte de nye analyseenheterne. For eksempel handlet mange av fedrenes utsagn om hvordan hjemmebesøket hadde vært nyttig, og her fant jeg tre ulike nyanser i deres beskrivelser. Den ene omhandlet helsesykepleierens bekreftelse på barnet trivsel, mens helsesykepleierens informasjonsdeling var en annen. Den tredje var opplevelsen av å være under oppfølging. Disse nyansene ble sortert i hver sine subgrupper, og jeg laget et kondensat som sammenfattet de ulike meningsbærende enhetene i hver subgruppe. De forskjellige subgruppene som ble identifisert var helsesykepleierens kontrollfunksjon: den gode bekreftelsen, helsesykepleieren: en kilde til tilpasset informasjon, helsesykepleierens kompetanse: en kilde til tilpasset informasjon, helsesykepleierens tilgjengelighet: følelsen av å ha noen å støtte seg til, fars relasjon med barnet, tilbake til arbeidslivet: når man er sliten og trøtt så er det ikke så fantastisk, invitere far med, balansering av fokus mellom foreldrene, behov for trygge rammer og en sensitiv tilnærming.

Ved trinn 4 skulle jeg lage en analytisk tekst basert på kondensatene for hver subgruppe og kodegruppe (Malterud, 2017). Tekstene fikk hver sine overskrifter som viste til innholdets hovedfunn. De analytiske tekstene representerte studiens resultater. Funnene måtte videre valideres gjennom å gå tilbake til de opprinnelige transkripsjonene for å se om resultatene stemte overens med hva som opprinnelig ble sagt. Det gjaldt å lete systematisk etter data som kunne motsi studiens resultater. Da var det en fordel at hver deltager hadde fått utdelt hver sine fargekoder.

Tabell 2: Analyse utført med Malteruds systematisk tekstkondensering

Trinn 1: Foreløbige temaer	Trinn 2: Koding	Trinn 3: Subgrupper	Trinn 4: Kategorier
1.) Helseyskepleierens støttende funksjon 2.) Møte med nye referanserammer	Helseyskepleierens støttende funksjon	Helseyskepleierens kontrollfunksjon: den gode bekreftelsen Helseyskepleierens kompetanse: en kilde til tilpasset informasjon Helseyskepleierens tilgjengelighet: følelsen av å ha noen å støtte seg til	Hjelp til å finne trygghet og oversikt i en ny tilværelse
3.) Fedrenes tilgang til barnet 4.) Prioritering av ressurser	Sårbarhet hos far	Fars relasjon med barnet Tilbake til arbeidslivet: Når man er sliten og trøtt så er det ikke så fantastisk	Fedrenes behov for støtte
5.) Inkludering av far	Inkludering av far	Invitere far med Balansering av fokus mellom foreldrene	Annerkjenne far som en likeverdig omsorgsperson
6.) Forutsetning for et godt møte	Forutsetning for aktiv deltagelse	Behov for rygge rammer En sensitiv tilnærming	Relasjonens betydning

3.7 Forskningsetiske hensyn

I samsvar med veileder for helseforskningsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010) sendte jeg først en framleggsvurdering til REK (vedlegg 2) for å få vurdert om min studie kom inn under kravet om forhåndsgodkjenning. Prosjektet ble også meldt til NSD (vedlegg 1), på bakgrunn av at NSD er fungerende personvernombud for UiT Norges Arktiske Universitet. Dette var i samsvar med Personvernloven (2018). Rekruttering ble avvventet til jeg fikk klarsignal fra begge instanser.

Ifølge Helsinkideklarasjonen er det forskerens plikt å beskytte deltagerens verdighet, integritet, rett til privatliv, selvbestemmelse og fortrolighet (World Medical Association, 2018). Dette innebar at jeg måtte vurdere om fordelene ved prosjektet overveide mulige belastninger for deltagerne, samt at tiltak måtte gjøres for å minimere risikoen for hver enkelt deltager. Samtlige deltagere fikk tilsendt utfyllende informasjon om studien før intervju ble avtalt, og skrev under på samtykkeerklæring før intervjuet kunne starte. Deltagelse i forskning

skal være frivillig, derfor var det viktig at deltagerne var godt informert på forhånd. For å sikre at studien ble gjennomført i samsvar med god forskningsetikk fikk deltagerne også en muntlig påminnelse om dette før intervjuet startet. Deltagernes konfidensialitet ble ivaretatt gjennom at samtykkeerklæringen ble låst inn i et skap som kun jeg hadde tilgang til. Lydopptak ble utført via Tjenester for sensitive data (TSD) og Nettskjema-Diktafon for sikker lagring.

Bakgrunnsinformasjon om deltagerne ble oppbevart atskilt fra det transkriberte intervjuet, og var uten noen navn. En oversetting fra dialekt til bokmål bidro også til å ivareta deltageres konfidensialitet. Deltagerne fikk tildelt fiktive navn i transkriberingen, mens navn på steder og familiemedlemmer ble erstattet med XXX. Kjønn på barnet ble heller ikke inkludert i transkripsjonsmaterialet.

Rettigheter for å kunne benytte bildet på Informasjonsplakat i vedlegg 6 har jeg selv betalt for.

3.9 Metodiske overveielser

Samtlige deltagere var på forhånd informert om at de ville få tilbud om gavekort på 200 kroner for sin deltagelse. Dette kan representere en metodisk svakhet ved studien. Det var imidlertid ingen av fedrene som spurte noe om dette gavekortet hverken før eller etter intervjusituasjonen. Tre av fedrene ønsket ikke å ta imot gavekortet, selv om de fikk velge mellom gavekort som kunne benyttes på lokal kino eller kjøpesenter. De tre fedrene som tok imot gavekortet, gav uttrykk for at dette var en hyggelig oppmerksomhet for den tiden de hadde stilt til rådighet for å delta. Ingen av fedre gav ikke uttrykk for at gavekortet var en stor motivasjon for å delta på studien.

Det som også kan representere en svakhet er at jeg som forsker hadde lite erfaringer med å gjennomføre forskningsintervju. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kreves det at en dyktig intervjuer er ekspert på menneskelig interaksjon og intervjuemnet, samtidig som kvaliteten på selve intervjuet vil være avgjørende for kvaliteten på resten av studien. Dette kan ha fått betydning for studiens funn. Ved transkripsjon kom jeg over enkelte ufullstendige spørsmål, som kan vitne om utfordringen ved å balansere fokus mellom intervju og deltageren på

samme tid. Det ble foretatt en nøye vurdering på om disse svarene kunne brukes i studien, ut fra kontekst og generell forståelse. I min studie fikk jeg et omfattende materiale, noe som kan være relatert til at jeg ikke klarte å holde godt nok fast på intervjuets struktur gjennom deltagerens frie fortelling. Dette gjorde transkripsjon og den senere analysen til en omfattende prosess. Fokusgruppeintervju kunne representert et alternativt metodevalg. Ifølge Malterud (2017) er også denne metoden egnet til å lære om erfaringer, men gir innsikt av en annen karakter. Det er mulig at fokusgruppeintervju kunne tilført et bredere spekter av erfaringer. I min studie valgte jeg imidlertid å bruke individuelle intervju for å skape ro og trygghet til refleksjon i intervjusituasjon, slik at det skulle være mulig å komme i dybden på hver enkelt deltagers erfaringer.

3.8 Validitet og reliabilitet

Denne studien hadde som formål å oppnå ny kunnskap om førstegangsfedrenes erfaringer av helsesykepleierens hjemmebesøk og hvordan dette besøket kunne bidra til å støtte dem i overgangen til farsrollen. Derfor er det viktig å vurdere studiens validitet. Dette handler dette om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017). Validitetsvurderingen innebærer en vurdering om metoden har undersøkt det den har ment å undersøke, samt kontrollere for mulige feilkilder. Dette skal være en gjennomgående kontrollprosess i alle faser av studien. (Kvale & Brinkmann, 2015). Mine funn fra tidligere forskning kan bære preg av lite erfaringer med å dekke et tema godt nok til å forske videre på det. Dette kan ha betydning for undersøkelsens gyldighet, og hvordan jeg har utformet forskningsspørsmålet. Det individuelle intervjuet ble vurdert som en gyldig metode for å kunne innhente kunnskaper for å svare på problemstillingen. Oppfølgingsspørsmål ble benyttet under datainnsamlingen, der deltagerens utsagn var uklare. Det ble passet på at spørsmålene i intervjuguiden ikke skulle være ledende, og jeg forsøkte som forsker å være bevisst på dette i møtet med deltagerne. Etter intervjuet ble det også gitt en umiddelbar oppsummering, der deltagerne fikk mulighet til å korrigere og utdype meningsinnhold der de ønsket. Dette bidro til å forebygge at jeg som forsker påvirket deltagerens svar og forebygget misforståelser. Bruk av lydopptak, og flere gjennomlyttinger gjorde det mulig å sikre at all informasjon ble tilgjengelig ved transkripsjon.

Dialekt ble oversatt til bokmål, men meningsinnholdet ble i liten grad påvirket av dette. Malteruds systematiske tekstkondensering ble valgt for å forebygge metodiske feil i analysen, og gjør det lettere for andre forskere å følge forskningsprosessen.

Det strategiske utvalget bidro til en intern validitet, ved at deltagerne var i stand til å bidra til å bidra med et valid svar på problemstillingen. Imidlertid kan det ha hatt betydning at det eldste barnet var 9 måneder på intervjutidspunktet, som innebar at det ble et større tidsrom fra hjemmebesøk til intervju. Dette kan ha konsekvenser for studiens validitet, samtidig kan det også tilført en styrke ved at fedrene med eldre barn kan beskrive hendelsen litt fra avstand. Imidlertid var gjennomsnittsalderen på barna 3,75 år. Reliabilitet handler om hvorvidt resultatet kan reproduseres av andre forskere ved bruk av samme metode (Kvale & Brinkmann, 2015). Utvalget i denne studien var lite og homogent, da alle fedrene var etnisk norske og ble betraktet som ressurssterke menn, selv om de hadde ulik utdanning. Dette kan få betydning for reliabiliteten. Ifølge Malterud (2017) kan dette også bidra til å gjøre det vanskelig å få frem data og nyanser som kan åpne for ny kunnskap og nye spørsmål. Imidlertid var det en stor aldersvariasjon, noe som kan bidra til å styrke reliabiliteten.

4.0 Resultater

Dette kapitlet inneholder en beskrivelse av de funnene som ble til gjennom bearbeiding av rådata. Ved hjelp av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017), kom jeg i analysen frem til fire kategorier, som utgjør underkapitlene for resultatkapitlet. Av hensyn til anonymisering har jeg valgt å gjenfortelle av fedrenes beskrivelser med bruk av fiktive navn. I resultatkapitlet vil du få innblikk i fortellingene til de seks fedrene «Anders», «Vegar», «Tore», «Bjørn», «Einar» og «Lars». Helsesykepleier omtales som helsesykepleier eller «hun», på bakgrunn av at samtlige hjemmebesøk ble utført av en kvinnelig helsesykepleier.

Følgende kategorier vil presenteres i de neste underkapitlene:

1. Hjelp til å finne trygghet og skape oversikt i en ny tilværelse
2. Fedrenes behov for støtte
3. Anerkjennelse far som likeverdige omsorgsperson
4. Relasjonens betydning

4.1 Hjelp til å finne trygghet og skape oversikt i en ny tilværelse

Noe av det første som utmerket seg i fedrenes fortellinger, var opplevelsen av at hjemmebesøket først og fremst hadde en tryggende funksjon. Fedrene erfarte at besøket hadde en sterk helsefremmende effekt, fordi de fikk tilgang til helsesykepleierens støtte. Funnene er utvalgt på bakgrunn av hvordan de viser at helsesykepleierens hjemmebesøk bidro til å skape trygghet og oppnå kontroll den første tiden hjemme med det nyfødte barnet.

4.1.1 Helsesykepleierens kontrollfunksjon: Den gode bekreftelsen

Samtlige fedrene beskrev helsesykepleierens bekreftelse som spesielt viktig for dem på hjemmebesøket. Gjennom bekreftelsen fikk de som førstegangsforeldrene en anerkjennelse om at omsorgssituasjon var bra. Når de fortalte om den gode bekreftelsen, ble den tryggende effekten sett sammen med deres forventninger til helsesykepleierens kompetanse. Fedrene hadde store forventninger til at helsesykepleieren hadde kompetanse. De hadde stor tillit til

helsesykepleierens evner til å vurdere barnet, og tilliten ble gitt spontant på bakgrunn av deres forventninger til helsesykepleiers rolle. Dette viser at helsesykepleieren står i en særskilt posisjon til å gi fedrene en slik støtte.

Fedrene erfarte den første tiden hjemme med barnet var preget av mye usikkerhet. De hadde vansker for å stole på sine egne vurderinger av barnet. Selv nå barnet viste god trivsel, kunne de ikke være helt sikker. Det var betryggende at helsesykepleier med hennes kompetanse veide barnet og vurderte at vektoppgangen var bra. Samtlige fedre erfarte helsesykepleierens bekreftelse som en verdifull støtte. Bjørn fortalte at gav ham en trygghetsfølelse å vite at helsesykepleieren hadde vurdert at barnet fikk tilstrekkelig ernæring, og hadde de funksjonene som var forventet, mens Einar beskrev det slik:

«Jeg husker at hun veide ham og sa at ting så helt normalt og fint ut, og det var godt å høre. Det var veldig betryggende at helsesykepleieren kom og bare så at han hadde det bra, for hun er tross alt en fagperson. Det gjorde det vel lettere for oss å ikke være bekymret».

Samtlige fedre erfarte at helsesykepleierens bekreftelse på barnets trivsel kunne bidra til å støtte dem i foreldrerollen, og opplevde at bekreftelsen fungerte som en beskyttelse mot foreldrestress. Gjennom bekreftelsen fant fedrene trygghet i at barnet var normalt friskt, og kunne slå seg til ro med at foreldrene hadde klart å ivareta barnets grunnleggende behov. Fedrene erfarte at helsesykepleierens muntlige bekreftelse var særlig godt egnet for å skape trygghet. Einar beskrev betydningen av denne tryggheten, som hadde gjort han i stand til å nyte foreldreskapet fremfor å bekymre seg og overfortolke ting ved barnet. Mens Anders beskrev hvordan mangelen på bekreftelse bidro til å forsterke utrygghet i foreldreskapet:

«Som førstegangsforeldre har man et stort behov for å trygges og få bekreftet at de grunnleggende tingene er på plass. Jeg savnet at helsesykepleieren kunne sagt at alt egentlig så bra ut selv om barnet ikke hadde gått tilstrekkelig opp i vekt. For det inntrykket vi ble sittende igjen med i etter hjemmebesøket, var at ting var alvorlig galt og at det neste ble sykehusinnleggelse. Men det var jo langt fra realiteten.».

Dette viser hvordan Anders opplever at helsesykepleierens hjemmebesøk bidro til å forsterke foreldrenes usikkerhet, i en tid som allerede var preget av usikkerhet. Vi kan se hvordan

foreldrene er raske til å krisemaksimere når de ikke får tilgang til helsesykepleierens støttende bekreftelse. Anders beskriver hvordan de som foreldre hadde et grunnleggende behov for å trygges og hvordan han tenker at helsesykepleierens bekreftelse og støttende ord kunne vært en viktig støtte for å dempe opplevelsen av foreldrestress. Foreldrene satt igjen med et forhøyet stressnivå i etterkant av hjemmebesøket som følge av deres behov for anerkjennende støtte ikke ble ivaretatt. Anders hadde lave forventninger til helsesykepleierens støttende funksjon i etterkant av hjemmebesøket. Han hadde også mindre tiltro til helsesykepleierens kompetanse og mistenkte at hun var ny og uerfaren uten egne barn selv. Dette viser at fSitatet viseredrene hadde et stort behov for å bli trygget så mye som mulig, selv når barnet ikke har den fremgangen som man kan forvente. Det viser også at fedrenes tillit til helsesykepleier er sårbar på hjemmebesøket og avhengig av at helsesykepleieren klarer å ivareta foreldrenes behov på en god måte.

4.1.2 Helsesykepleieren: en kilde til tilpasset informasjon

KFørstegangsfedrene opplevde den første tiden som en skummel tid siden alt var nytt, og den første tiden var preget av spørsmål og usikkerhet. I møtet med farsrollen måtte de bli kjent med barnets nye referanserammer, og det var vanskelig å forberede seg tilstrekkelig på egen hånd. En usikkerhet til hva som kunne forventes og hva som var normalt gjorde det vanskelig for fedrene å vurdere barnet. Mange av fedrene beskrev en stor usikkerhet knyttet til hva som kunne vurderes som normalt ved barnets pustemønster. Andre usikkerhetsmomenter som ble nevnt var knyttet til tolkningen av barnets signaler, gulping, ernæringstilstand, farge på avføring, søvn, temperaturregulering, behov for rap, minimens og fødselsmerker. Flere av fedrene beskrev hvordan denne usikkerheten førte til en alarmberedskap og krisetenking som utfordret deres ressurser. Anders viste imidlertid en helt annen ro når det kom til det å vurdere barnet, som følge av kjennskap til noen av barnets viktigste referanseverdier. Han beskrev hvordan dette gav han en stor trygghet, som gjorde at han slapp å bekymre seg over småting. Dette viser hvordan kunnskaper om barnets normaltillstand er en viktig beskyttelse mot foreldrestress for førstegangsfedre. Kunnskaper reduserte usikkerhet og bekymringer, og gav fedrene større vurderingskompetanse. Denne beskyttelsen gjorde fedrene tryggere på

egne tolkninger av barnet. og hadde stor betydning for fedrenes trivsel. Tilgang til informasjon var viktig for fedrene i denne fasen. Imidlertid var det vanskelig å navigere i alt av informasjon som var tilgjengelig. Helsesykepleier representerte en bedre støtte for å oppnå kontroll og oversikt i den nye tilværelsen. Bjørn beskrev det slik:

«Vi har googlet veldig mye, på godt og vondt. Stilt diagnoser på ingenting liksom, det ble litt feil. På hjemmebesøket fikk vi spurt om de tingene vi hadde googlet på, og da fikk vi avklart veldig mye om hva som er normalt. Helsesykepleieren kom med mange gode forklaringer, og det avfeide mye av vår usikkerhet. Så det ble veldig mye bedre etter det besøket.»

Vi kan se hvordan Bjørn savner en helt konkret informasjon om hvordan han som far skal vurdere barnets fysiologi. Han erfarer det som vanskelig å vurdere den informasjon som er tilgjengelig, og beskriver hvordan søk på internett har stort potensial til å forsterke usikkerheter. Bjørn opplever det som mer nyttig å snakke med helsesykepleieren om disse tingene. Han erfarer at helsesykepleieren har god oversikt over hva som er normalt for barnet, og at hun deler sine kunnskaper slik at informasjon blir tilgjengelig for han som far. Bjørn opplever at helsesykepleieren har god kontroll, og det gjorde det lettere å stole på at barnet var frisk når helsesykepleier bekreftet at barnets fysiologiske uttrykk var som forventet. Dette funnet viser at helsesykepleieren representerer en kilde til tilpasset informasjon. Tilgang til slik informasjon hadde stor betydning for førstegangsfedrene. Selv om fedrene hadde informasjon tilgjengelig gjennom ulike informasjonskanaler, var det vanskelig å filtrere ut hvilken informasjon som kunne overføres og benyttes til egen vurdering av barnet. Dette bidro til å opprettholde fedrenes usikkerhet.

Fedrene erfarte at helsesykepleierens informasjon var en god støtte for å skape trygghet i den nye tilværelsen. Samtlige av fedrene hadde forventninger til at helsesykepleieren med sin fagtittel hadde oppdaterte kunnskaper om barnets normalutvikling og referanseverdier, og anså helsesykepleier som en egnet kilde til innhenting av informasjon. Forventningene til helsesykepleierens kompetanse kommer tydelig til syne gjennom fedrenes beskrivende ord som kilden, fagperson, profesjonell, helsepersonell og kyndig person. Lars erfarte det som godt å ha en helsesykepleier som informasjonskilde, og anerkjenner helsesykepleieren som en mer oppdatert kilde til informasjon enn barnets besteforeldre. Tilgang til tilpasset

informasjon var fedrenes største motivasjonsfaktorer for å delta på timer, og spesielt muligheten til å stille spørsmål og få avklart usikkerheter ble beskrevet som verdifullt. Nytteverdien var størst dersom fedrene selv var til stede og fikk vurdere det som ble sagt. Som selvstendige informasjonsmottakere fikk de tilgang til dialogen og mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål. Det var viktig for å sikre korrekt forståelse.

Fedrene manglet oversikt i den nye tilværelsen. Flere gav uttrykk for at det var vanskelig å oppnå kontroll og forutsigbarhet og at det var vanskelig å stille gode spørsmål når de ikke visste hva de burde lure på. Fedrene erfarte at forberedende informasjon gjorde dem i bedre stand til å håndtere utfordringer og oppnå kontroll. Bjørn savnet forberedende informasjon om barnets forventede utvikling og behov. Han hadde ingen kontroll på hva han som far kunne forvente av barnet. For Bjørn representerte dette en stor kilde til usikkerhet. Han erfarte imidlertid at helsesykepleieren hadde kontroll, og uttrykte sine frustrasjoner gjennom et ønske om tettere oppfølging og mer hjemmebesøk. Lars formidlet også betydningen av slik forberedende informasjon:

«Jeg var jo bekymret for alle de tingene jeg kom til å lure på, men alt har egentlig kommet av seg selv uten at man har tenkt over det. Helsesykepleieren har vært veldig flink til å oppdatere etter hvert, og snakket om hva som vil skje videre. Hva man kan forvente og hva som er normalt. Derfor har jeg ikke hatt noen stor bekymring for det som kommer.»

Lars beskriver hvordan det var en støtte for ham at helsesykepleieren påtok seg rollen som guide i spedbarns tilværelsen, gjennom å tilby alderstilpasset informasjon i passende porsjoner. Lars beskriver hvordan dette skapte forutsigbarhet og gjorde at han fikk større tillit til mestring av fremtidige utfordringer. Funnet viser at forberedende informasjon var en viktig støtte som gjorde fedrene i stand til å oppnå større trygghet og selvstendighet i sin foreldrerolle. Helsesykepleierens oversikt og kompetanse kan omgjøres til en ressurs for fedrene gjennom utveksling av forberedende informasjon i passende mengder.

4.1.3 Helsesykepleierens tilgjengelighet: følelsen av å ha noen å støtte seg til

Fedrene erfarte helsesykepleierens tilgjengelighet som trygge rammer rundt foreldreskapet. Opplevelsen av tilgjengelighet hadde stor betydning for hvordan fedrene vurderte familiens tilgang til støtte i tiden før og etter hjemmebesøket. Informasjon dannet grunnlaget for de positive forventninger om familiens tilgang til støtte og kontakt. For fedrene var det viktig å vite at foreldrene ikke skulle være alene om oppfølgingen av barnet. Informasjon i forkant av hjemmebesøket var en kilde til trygghet de første dagene hjemme, og bidro til å skape et helhetlig oppfølgingsforløp. De fedrene som ikke fikk denne informasjon beskrev utskrivelsen forbundet med en større grad av utrygghet. Positive forventninger til helsesykepleierens kontaktfunksjon i etterkant av hjemmebesøket forutsatte informasjon om helsesykepleierens rolle og helsestasjonstilbudet. Helsesykepleierens tilgjengelighet ble i stor grad knyttet opp til fedrenes forventninger til hennes funksjon som kontaktperson for familien, og førte til at helsesykepleieren ble ansett som del av familiens nettverk. Informasjon om at fedrene kunne ta kontakt utenom timeavtaler representerte en viktig støtte, og fedrene erfarte det som betryggende at de kunne kontakte helsesykepleier ved behov. Vegar beskrev det slik:

«Jeg har fått inntrykk av at vi kan kontakte henne dersom det er noe vi lurer på og det er en veldig god støtte for oss som førstegangsforeldre. Jeg tror den rollen blir enda viktigere for dem som ikke har på et godt støttenettverk rundt seg med venner og familie.»

Vegar gir uttrykk for at muligheten for å kunne ta kontakt for veiledning var betryggende, og tenker at dette blir ekstra viktig for fedre med lite nettverk. Funnet viser at hjemmebesøkets støtte kan strekker seg utover selve hjemmebesøket dersom helsesykepleier gjør seg tilgjengelig for fedrene som kontaktperson. Likevel hadde ingen av fedrene oppsøkt ekstra kontakt med helsesykepleier, selv om de før konsultasjoner hadde flere uavklarte spørsmål. Fastlege, besteforeldre og kollegaer ble gjerne ansett som mer tilgjengelige rådgivere, selv om spørsmålene tilhørte helsesykepleierens kompetanseområde. Dette viser at det var en høy terskel for å oppsøke kontakt utenom avtaler. Likevel var det viktig for fedrene å vite at de hadde muligheten til å kontakte helsesykepleier dersom det ble nødvendig.

Helsesykepleieren ble beskrevet som en ressursperson for familien. Det var betryggende at helsesykepleieren kom til å være tilgjengelig for familien gjennom regelmessige treffpunkt.

Fedrene beskrev det som betydningsfullt at en fagperson var tilgjengelig for deres spørsmål. Terskelen for å stille spørsmål var lavest når de kunne snakke med helsesykepleier på hjemmebesøket. Dette kan sees i sammenheng med at helsesykepleieren uansett har reservert sin tid for å være tilgjengelig for familien. Tore beskrev den lave terskelen for å stille spørsmål slik:

«Ofte er det bare små ting man lurer på, det er ikke noe man ringer til helsestasjon for å få oppklart. Men når det er så lav terskel at noen som kommer hjem til deg, setter seg ned og sier "Vær så god, her er jeg. Er det noe dere vil bruke meg til?" Hvis det er det som skal til for at et veldig lite problem ikke blir større, så er det fantastisk fint!».

Tore erfarer at helsesykepleieren stiller sin kompetanse tilgjengelig for foreldrene på hjemmebesøket, gjennom å signalisere at hun er mottakelig for deres spørsmål og behov. Han gir uttrykk for at dette er verdifullt, fordi det senker terskelen til å spørre. Funnet viser at helsesykepleierens tilgjengeligheten i møtet er viktig for å sikre veiledning til familien i en tidlig fase. Fedrene erfarte det som en ekstra sikkerhet å vite at familie skulle følges opp videre, og det var betryggende for fedrene å vite at familien skulle få regelmessige treffpunkt med helsesykepleier. Tore erfarte at oppfølgingen hadde en garanti som fulgte med. At det ville være mulighet for familien å få hjelp dersom det skulle oppstå noe utfordrende. Einar beskrev det slik:

«Det var litt sånn informasjon om de her tingene, så vi visste at han skulle følges opp. Man skulle se på vekstkurvene og få vaksiner. Det var betryggende! Jeg tror det gjør det litt mindre skummelt i den tiden, å være en forelder.»

Funnet viser at informasjon om regelmessige møtepunkt også var en god til å støtte for fedrene, og hjelp til å finne trygghet i den første tiden.

4.2 Fedrenes behov for støtte

4.2.1 Fars tilgang til en relasjon med barnet

Fedrene erfarte at muligheten til å tilbringe tid med barnet hadde betydning for hvilken relasjon de fikk med barnet, og hvor trygg de ble i sin omsorgsrolle. Samtlige av fedrene beskrev at barnet var mer avhengig av mor som primær omsorgsperson den første tiden, og erfarte at ammingen gjorde at barnet fikk en sterkere relasjon med mor. Fedrene gav uttrykk for at amming var positivt, samtidig som den begrenset deres tilgang til barnet. Lars beskrev hvordan barnet var mye på mor den første tiden, og at det var vanskelig for han å gi trøst når puppen var den beste trøsten. Dette endret seg imidlertid etter at de gikk over til flaskemating, da kunne far også trøste barnet. Også Einar erfarte det som positivt for far-barn relasjonen at barnet gikk tidlig over til morsmelkerstatning, fordi det gav også han tilgang til denne aktiviteten. Bjørn følte seg ubrukelig fordi han ikke hadde bryst til å gi barnet mat, mens Vegar opplevde det slik:

«Jeg hadde forventet at ammingen ville være det eneste som skilte oss som foreldre, siden jeg har forsøkt å være veldig delaktig helt fra start. Men jeg har forstått at det er mor som har hovedrollen. Mor roer barnet og legger barnet mye bedre enn hva jeg kan. Barnet har blitt fostret opp inni mors kropp, så det er naturlig at barnet foretrekker hennes lukt og lyder.»

Vegar hadde ønske og forventning om at han ville være en likeverdig omsorgsperson. Vi kan se hvordan han betrakter investering av tid som en viktig faktor for å kunne bygge en sterk relasjon med barnet, og at han har forsøkt å være mye tilstede. Han erfarer likevell at mor får en sterkere relasjon til barnet, og at barnet favoriserer mor som følge av ammingen og den tidlige tilknytningen som ble påbegynt i svangerskapet. Funnet viser at fedrene opplevde at kvinnekroppens funksjoner gav mor tilgang til en sterkere relasjon med barnet. Ammingen og den tidlige tilknytningen la forholdene til rette for mødrenes etablering av en nær relasjon med barnet., men førte samtidig til at far fikk mindre tilgang. Dette kom til uttrykk som barnets favorisering av mor. Fedrene erfarte at tilgang til å tilbringe tid sammen med barnet var viktig for far-barn relasjonen, men at ammingen begrenset deres tilgang til barnet.

Samtlige fedrene gikk tilbake til arbeid 14 dager etter fødselen. Einar hadde likevel en fordel med at han kunne arbeide hjemmefra. Han beskrev dette som positivt, fordi han fikk tilbrakt tid sammen med barnet. Også Vegar hadde den fordel at han hadde fri i lengere perioder av gangen, der han prioriterte å tilbringe tiden hjemme. I tillegg til forpliktelsene som arbeidet førte med seg, tok fedrene ansvar for praktiske oppgaver utenfor huset. Gjøremål som ikke omhandlet barnet. Tore erfarte at det var naturlig at far skulle ta en større del i oppgaver som matinnkjøp og søppeltømming, fordi far hadde størst mulighet for mobilitet, mens Bjørn anså disse oppgavene som sitt viktigste bidrag i omsorgsrollen. Arne tok en stor del av ansvaret for husarbeid. Funnet viser at fedrene kan få desto mindre tid med barnet som følge av forpliktelser til andre ansvarsoppgaver som ikke omhandler barnet.

Muligheten til å tilbringe tid sammen med barnet var av stor betydning for fedrenes tidlige samspillsopplevelser. Einar hadde fått beskrevet av andre fedre at man ikke får kontakt med barnet den første tiden, og var derfor overrasket over sine samspillsopplevelser. Han reflekterte over at det sikkert var mulig siden han fikk vært mye hjemme den første tiden. Bjørn gav uttrykk for en sårhet over at mor kjente barnet best, og erfarte at mor var bedre på å lese barnet som følge av at de hadde fått mer tid sammen. Han erfarte en stor utrygghet for å trøste barnet og overleverte barnet til mor for amming ved den minste tegn til uro, selv om mor var tydelig på at barnet ikke kunne være sulten. For Bjørn var det et nederlag når mor klarte å roe barnet uten å gi bryst. Dette gav han en følelse av utenforskap. Selv om familien hadde en stabil inntekt og mor var høyt utdannet, hadde han inntatt en forsørgerrolle der det viktigste hans viktigste bidrag var å sørge for mat i kjøleskapet og tak over hodet. Han erfarte ikke at han hadde noen viktig rolle ovenfor barnet. Bjørn og en kompis hadde forventninger om at dette kunne endre seg fra fire års alderen, at de som fedre ville få større tilgang til positive samspillsopplevelser da. Vegar hadde imidlertid en aksepterende holdning til at barnet hadde et større behov for mor, og fant trygghet i at han ville få større tilgang til leggingen når barnet ble eldre. Han gjorde likevel det ytterste ut av de samspillssituasjonen han fikk med barnet og følte seg ikke ekskludert. Han viste imidlertid en forståelse for at mange fedre lett kan ta avstand til barnet den første tiden. Vegar beskrev det slik:

«Jeg ser for meg at mange fedre tenker at dem ikke har noen viktig rolle, fordi det er mor som er hovedomsorgsgiver. At dem trekker seg unna, og tenker at de skal være mer deltaktige når barnet blir større. Spesielt dersom far prøver å være mer delaktig i en tidlig alder og barnet blir veldig urolig, er det nok lett at han føler seg avvist og at han ikke har så stor rolle i det.»

Vegar beskrev hvordan helsesykepleieren bidro med viktig samspillsveiledning på hjemmebesøket. Hun hadde forklart hvorfor barnet snudde hodet vekk fra far på stallebordet, at det ikke var fordi barnet trengte pause for å fordøye inntrykkene, og ikke fordi barnet var lei. Dette bidro til å beskytte far mot følelsen av avvising og styrket hans samspillskompetanse. Vegar erfarte at samspillsveiledningen gjorde det mulig for han å bli bedre kjent med barnet. Funnet viser at førstegangsfedres relasjon til barnet var sårbar den første tiden. Fedrene var sensitive til tegn på avvising hos barnet før relasjonen fikk etablert seg, og følelsen av å være mindre betydningsfull som omsorgsgiver førte til at noen fedre trakk seg unna. Forståelsen for barnets behov og signaler representerte en beskyttende faktor. Gjennom tidlig samspillsveiledning kunne helsesykepleier bidra til å støtte far i denne sårbarheten. Dette hadde betydning for far-barn relasjon.

Samtlige fedre beskrev hvordan mor og barn var tett sammenknyttet. Einar beskrev båndet mellom mor og barn som en kjetting, mens Tore erfarte at det hadde etablert seg en sterk vane at mor til enhver tid skulle sammen med barnet. Lars uttrykket behov for at helsesykepleieren kunne informert om fars delaktighet, og hvordan far kunne utfordres til å ta et større ansvar for barneomsorgen. Anders argumenterte sterkt for at fedrene kunne gjøre alt av omsorgsoppgaver med unntak av amming. Han reagerte på andre fedres beskrivelser om at de var lite deltagende i omsorgsoppgaver, men påpekte samtidig at de fikk lite informasjon om hvordan fedrene kunne være en aktiv omsorgsgiver for barnet. Arne erfarte at de fleste fedre ønsker å være mer med, men at mødrene gav dem lite tilgang til omsorgsrollen. Arne erfarte at fedre generelt hadde behov for en verbal støtte fra helsesykepleier som kunne gjøre mor bevisst på fedrenes iboende omsorgskompetanse. Anders uttrykte det slik:

«Jeg husker en av de første kontrolltimene vi var på i svangerskapet, da var det en jordmor som sa at "Da kan jo du passe barnet noen timer etter at det er født". Det tror jeg ikke mor husker lenger og det ikke har vært nevnt i ettertid, selv om det kunne vært nyttig».

Anders gir uttrykk for hvordan han som far kjenne på et behov for å bli anerkjent i hans rolle som en kompetent omsorgsgiver. Fedrene gav uttrykk for at de ønsket større tilgang til barnet, og erfarte det som sunt for familien dersom mor også fikk tilgang til egenomsorg. Samtlige av fedrene fikk noe tilgang til alenetid med barnet i senere tid, men i svært begrensede mengder. Fedrene satt igjen med en sterk positiv mestringsopplevelse i etterkant av selvstendig omsorgsutøvelse, selv om de erfarte det som stressende den første gangen. De gav uttrykk for at dette bidro til å gjøre dem tryggere i sine omsorgsroller i ettertid. Mestringsopplevelsen gjorde at fedrene ønsket å bli mer utfordret i sin omsorgsrolle. Funnet viser at mødre hadde mindre tiltro til fedrene som omsorgsgiver, og derfor kan ha vansker med å gi far tilgang til barnet. Det er viktig at fedrene får tilgang til mestringsopplevelser med barnet, fordi det styrker fedrenes omsorgskompetanse og gjør det mulig for fedrene å være mer involvert. Fedrene erfarte at helsesykepleierens annerkjenne av fars bidrag, kunne være en god støtte for å oppnå større en større inkludering i barnet. De gav uttrykk for at annerkjennelsen kunne bidra til en normalisering og ufarliggjøring av fars deltagelse i omsorgsrollen, og bidra til å skape positive forventninger til fars inkludering.

4.4.2 Tilbake til arbeidslivet: Når man er sliten og trøtt så er det ikke så fantastisk

Fedrene var til en viss grad forberedt at det kom til å bli krevende med et lite barn i hus. De som var tilstrekkelig forberedt på den store omveltning gav uttrykk for større kapasitet til å håndtere utfordringer. Dette kom til uttrykk gjennom forklaringer om at utfordringen kom som forventet, og at de derfor ikke hadde frustrert seg over dem. Mange av fedre erfarte imidlertid underskuddet på søvn som spesielt krevende. Flere var overrasket over barnets søvnrytme, og opplevde at barnet var mer våkent enn de hadde forutsett på forhånd. Dette ble resulterte i frustrasjoner som utfordret deres ressurser, mens fedre som var forberedt på en at barnet skulle kreve mer på natt og i våkentid, tok det som en positiv overraskelse når situasjonen var mindre krevende enn forventet. Funnet viser at det å være mentalt forberedt

på fremtidige utfordringer beskyttet førstegangsfedrene mot stress, og gjorde dem bedre rustet til å håndtere utfordringer i småbarns livet.

lere gav utrykk for at underskuddet på søvn gjorde overgangen til arbeidslivet spesielt utfordrende. Spesielt fedrene som hadde forpliktelser utenfor hjemmet, som måtte veksle mellom forpliktelser på jobb og i hjemmet. Samtlige fedrene opplevde at mor tok størstedelen av ansvaret på natten, og forsøkte å skjerme far fra nattevåk i størst mulig grad. Arne sov på et separat soverom, men var likevel så underernært på søvn at han måtte stå oppreist på jobb for å ikke sovne. Han hadde valgt å være åpen om sin opplevelse, men erfarte at det ikke var helt sosialt akseptert å fortelle om småbarns livets baksider. Anders fortalte det slik:

«Før jeg ble far fortalte alle om småbarns tilværelsen er en fantastisk tid, men når man er sliten og trøtt så er det ikke så fantastisk! Mange blir sjokkert når man sier at det ikke er så fantastisk å bli far. Når jeg svarer at det tidvis er veldig utfordrende fordi man sover lite så ser det ut som de fleste kanskje husker det, ellers lyver de og bare later som om de forstår»

edrene beskrev overgangen mellom arbeid og hjem som et spesielt utfordrende skjæringspunkt. Det var lite støtte å få hjemme dersom de var trøtt og sliten etter jobb. Fedrene beskrev hvordan mor står klar med sine forventninger til hvordan de skulle bidra etter jobb, enten det er avlastning med barnet, matinnkjøp eller middagslaging. Bjørn følte ikke at han klarte å strekke til på alle plan. Han hadde en jobb som krevde mye av han, samtidig som mor og barn hjemme krevde minst like mye. Så han følte ikke at han klarte å strekke til på alle plan. Bjørn uttrykte det slik:

«Ofte får jeg en handleliste på vei hjem. Når jeg omsider kommer hjem har jeg mest lyst til å legge meg ned og sove litt, men så har selvfølgelig mor nøyaktig det samme behovet. Da blir det ofte en diskusjon om hvem som skal lage middag.»

BBjørn erfarer at begge foreldrene ofte har behov for å hvile, og hvordan middagslagingen kan representere en nærmest uoverkommelig terskel. Foreldrene har ikke avklart på forhånd hvem som skal lage middag eller hvordan det skal gjøres, det har dermed lett for å oppstå frustrasjoner. Også Anders og Tore beskrev lignende utfordringer til de kravene som ventet dem etter arbeid. Tore hadde laget rutine med å ringe mor etter jobb og ga uttrykk for at dette hadde vært nyttig. Da fikk han beskjed av mor at han måtte lage mat eller dra på butikken å handle noe. Funnet viser det ofte oppsto en ubalanse mellom fedrenes reservekapasitet og opplevde krav ved overgangen mellom arbeid og hjem. Muligheten til å stille mentalt forberedt bidro til å gjøre far bedre rustet til å håndtere denne utfordringen. Dette samsvarer også med tidligere funn om at fedrene erfart forberedende informasjon ble som en god støtte for å oppnå kontroll i den nye tilværelsen.

4.3 Anerkjennelse far som likeverdig omsorgsperson

4.3.1 Invitere far med

Samtlige av fedrene deltok på hjemmebesøket. De beskrev sin deltagelse som naturlig siden de hadde omsorgspermisjon denne tiden, og uten forpliktelser til arbeid da helsesykepleier kom på besøk. Samtlige av fedrene opplevde det som akseptabelt at helsesykepleieren hadde kontaktet barnets mor for å avtale hjemmebesøk. Imidlertid kan man se hvordan dette fikk konsekvenser for deres forventninger til hjemmebesøket og helsestasjonstilbudet. Flere av fedrene gav imidlertid uttrykk for at dette signaliserte at mor hadde hovedansvar for barnets helseoppfølging, og at det derfor var naturlig at det var hun som ble kontaktet om slike timer. Flere fedre gav uttrykk for at det var mor som var i kontroll den første tiden. Det var kun Lars som hadde fått inntrykk av at helsesykepleieren ønsket han med på hjemmebesøket. Anders erfarte at det var kun mor som hadde ønsket at han tilstede, og påpekte at det kunne vært en fordel om helsesykepleieren sikrer informasjon til begge foreldrene dersom hun ønsker at flere fedre tilstede., for det kan ellers variere hvilken informasjon som blir videreformidlet fra mor. Funnet viser hvordan dette kan føre til at mødrene tildeles en rolle som portvokter for fars deltagelse, gjennom at helsesykepleier overlater opp til hver enkelt mor å vurdere hvilken

informasjon som skal bringes videre til far. Dette kan føre til en degradering av fars rolle og føre til at far opplever at hans deltagelse er mindre ønsket enn mor.

Samtlige av fedrene erfarte det som en fordel om begge foreldrene deltok på hjemmebesøket og de senere konsultasjonene. Flere gav uttrykk for at det var viktig for far å delta, fordi det hadde betydning for hvordan han var i stand til å følge opp barnet. Fedrene pekte på flere fordeler ved personlig deltagelse. Bjørn erfarte det som viktig at han ble informert om forventet utvikling og hva man bør være oppmerksom på. Han påpekte at fedrene bør inkluderes gjennom hele prosessen dersom man ønsker at far skal være trygg nok til å ta sin del av foreldrepermisjon. Vegar beskrev det slik:

«Det er greit at mor har bryst, men jeg synes ikke at det skal være mer som skiller oss som foreldre. Far har et like stort ansvar. Derfor er det viktig at far også deltar. Det synes jeg egentlig er obligatorisk når man får barn, for da burde man gjøre en god jobb videre.»

Vegar viser hvordan han tenker at det å delta på konsultasjoner hører med til foreldreansvaret. Han bruker ordet obligatorisk når han snakker om fars deltagelse, for å understreke betydningen av at far også får mulighet til å delta. Også Lars gav uttrykk for at fars deltagelse på hjemmebesøket burde være obligatorisk. Selv om han som far ikke hadde noen store forventninger til besøket, hadde det likevel vært nyttig for ham. Han erfarte at deltagelsen fungerte som en bevisstgjøring på hvilket ansvar som fulgte med den nye rollen. Tore opplevde at det var mye bedre å motta informasjon selv, fordi dette gav mulighet til å tolke informasjon og stille oppfølgingsspørsmål dersom noe skulle være uklart. Også Anders erfarte at fars deltagelse kunne forhindre misforståelser. Basert på egne erfaringer fra hjemmebesøket, hadde han liten tillit til at mor skulle fungere i rollen som budbringer. Funnet viser at førstegangsfedre opplever flere begrensninger ved å motta informasjon via mor som tredjepart, og at tilgang til en direkte informasjonsoverføring fra helsesykepleier kan være av stor betydning for fedrenes nytteverdi.

Selv om fedrene erfarte det som nyttig å delta hjemmebesøket og timer helsestasjon var det forhold utenfor deres kontroll som kunne gjort det vanskelig å delta. Forpliktelser til arbeid ble fremhevet som en hovedårsak. Anders og Lars var tydelige på at de trolig ikke hadde deltatt på hjemmebesøket dersom de hadde vært i arbeid. Også Tore pekte på at forhold ved arbeidsstedet kunne gjort det vanskelig for han å delta på timer, selv om det var noe han ønsket å gjøre og da ville han for enkelthetens del ha forsonet seg med dette. Vegar og Lars reflekterte begge over hvordan det hadde vært et stort behov for tilrettelegging siden de jobbet mye borte. Begge tilskrev de mødrene en samtidig funksjon både som portvokter og tilrettelegger. Lars uttrykte det slik:

«Jeg håper at det kan være såpas fleksibelt at det kan legges opp til å passe mer for far. For det er generelt mor som har kontroll på barnet og alt sammen»

Lars beskriver hvordan mor har en overordnet kontroll over familiens anliggende og at hun dermed hadde makt til å kunne tilpasse timeavtaler etter fars behov. Dette viser hvordan det blir opp til hver enkelt mor hvorvidt hun tar ansvar for å finne et tidspunkt som gjør det mulig forfar å delta, dersom det kun er mor som blir kontaktet for å avtale hjemmebesøk. Dermed blir mor tilskrevet en rolle som enten portvakter eller tilrettelegger. Funnet viser at fedrene hadde vanskelig med å delta på timer dersom det kolliderte med samtidige forpliktelser til arbeidssted. Flere førstegangsfedre kan ha behov for tilrettelegging dersom de skal ha tilgang til å delta på hjemmebesøk og senere konsultasjoner

4.3.2 Balansering av fokus mellom foreldrene

Fedrene hadde varierende erfaringer med fars inkludering i fødsels- og barselomsorgen. De gav uttrykk for at tilbudet fra helsesykepleier i hovedsak var rettet mot mor, og beskrev hvordan det ble mye snakk om amming på hjemmebesøket. Selv om de opplevde det som viktig at mor fikk hjelp med ammingen så førte dette til at mye av tiden gikk til å snakke om mor og mors fysiologi. Det var lite fokus på å ivareta dem som fedre. Bjørn beskrev det slik:

«Det er klart at samtalen blir veldig mye om mor. Det som ble sagt om fars rolle var bare at jeg måtte gjøre det beste ut av det og støtte opp så godt jeg kunne. Det var mer viktig at mor skulle få hvilt seg, spist, og drukket for å holde melkeproduksjon i gang. Selv om det er bra å være med så føler man seg litt tilsidesatt i det hele, når man ikke har de riktige kroppsdelene og funksjonene som følger med»

Bjørn erfarer at helsesykepleieren snakker mye om amming og mors helse, og at han som far kun blir sett som en støtte og ressurs for mor. Selv om Bjørn gir uttrykk for at det er naturlig at det bli mye fokus på mor, så gjør det får det han til å føle seg utenfor. Sitatet viser hvordan helsesykepleierens fokus på en god ammestart, setter mors behov for støtte i høysete for konsultasjon. Mange av fedre beskrev hvordan de ble redusert til passive tilskuere når det var fokus på amming. Selv om det var viktig for dem at mor fikk hjelp til ammingen, gav denne tilskuereffekten en dårlig opplevelse. Arne fortalte om hvordan han hadde blitt involvert i ammeveiledningen da familien var på helsestasjon på vektkontroll. Han opplevde det som svært positivt å bli inkludert som en aktiv deltager. I tillegg bidro det til at han fikk mors aksept til å involvere seg i ammeprosessen også i tiden etter at dette. Funnet viser at ammeveiledning og veiledning med hovedfokus på mors helse kan gi fedrene en opplevelse av utenforskap. Selv om fedrene opplevde ammeveiledningen som nyttig for familien som helhet, førte ammeveiledningen til at fedrene betraktet seg som mindreverdige deltagere. En aktiv involvering av far i ammeprosessen bidro til å redusere dette utenforskapet. I tillegg bidro det til en normalisering av fars involvering og styrking av fars handlingskompetanse. Dette gav far større tilgang til å være inkludert i ammingen også i fortsettelsen.

Fedrene erfarte at hjemmebesøket var mest til mor, og gav uttrykk for at helsesykepleieren viste lite interesse for å utforske deres behov. Ingen av fedrene hadde fått spørsmål om fedrenes tanker og erfaringer knyttet til deres foreldrerolle. Fedrene ønsket mer praktisk informasjon om hvordan de kunne som kunne stille opp og være aktive i sin farsrolle. Bjørn etterlyste en farsbrosjyre, en «idiotsguide» for hvordan han kunne ivareta sin rolle som far. Han satt også igjen med mange ubearbeidede inntrykk fra fødselen. Helsesykepleieren hadde ikke tatt initiativ til å utforske hans opplevelser, ei heller hadde jordmor gjort dette på sykehuset. Bjørn hadde engstelig observert at barnet var helt blå ved fødselen, og bekymret

seg for om det var normalt. Han hadde savnet muligheten til å få snakket om dette. Vegar erfarte ikke et slikt behov for støtte selv om fødselen hadde vært veldig traumatisk og med ekstra komplikasjoner. Han hadde imidlertid vært åpen om frykten, og fått god støtte fra sitt nettverk. Vegar erfarte at det hadde stor betydning å snakke om fødselsopplevelsen, fordi det gav tilgang til bearbeidelse av mange følelser. Vegar beskrev det slik:

«Jeg ser for meg at det blir veldig voldsomt for førstegangsfedre som ikke har en åpen holdning, for det utløste mange sterke følelser. Jeg skjønner at det kan være en skremmende opplevelse, og at dette blir en fase der mange blir kjent med seg selv på en annen måte»

Vegar tenker at fødselsopplevelsen gjør at førstegangsfedrene kommer i tett kontakt med sine følelser, og at dette kan bli overveldende. Vegar tenker at åpenhet har betydning for om førstegangsfedre kommer seg styrket ut av erfaringen. Funnet viser at flere av fedrene hadde behov for støtte til hvordan de praktisk kunne gå frem for å mestre sin nye rolle, men at dette ikke ble ivare tatt på hjemmebesøket. Fedrene kan ha behov for å bearbeide sine spesifikke opplevelser. Hjemmebesøket kan representere en arena for dette. Fedrene hadde imidlertid vansker med å adressere sine personlige behov i møte med helsesykepleier. Dette viser at det er viktig at helsesykepleieren viser interesse for far og har fokus på å kartlegge fedrenes individuelle behov for støtte.

Fedrene formidlet et ønske om å bli sett og være en aktiv deltager. Noen av fedrene gav uttrykk for at en aktiv deltagelse kunne fungere som en vekker for far, ved at det stilles forventninger til hans rolle. Fedrene hadde imidlertid vanskelig for å kreve sin plass. Flere av Fedrene erfarte at det var positivt at helsesykepleieren snakket til sammen som et foreldrepar. Det var viktig at helsesykepleieren tok ansvar for fars delaktighet gjennom et velbalansert fokus, der begge foreldrene fikk delta aktivt i samtale og at helsesykepleieren viste nysgjerrighet til fars fortelling. En aktiv involvering av far hadde stor betydning for om helsesykepleieren klarete å ivareta fars personlige behov for støtte. Dette hadde betydning for om fedrene følte seg inkludert og anerkjent som en likeverdig omsorgsperson i konsultasjonen. Imidlertid var det kort vei fra inkludering til ekskludering. Tore erfarte det slik:

«Vi hadde først en fin samtale der vi pratet om mye alle tre, men så kom det plutselig en henvendelse rett mot meg! Det ble veldig unaturlig, og da fikk jeg følelsen av at vi kommet til "punkt 8 på sjekklisen: Spør far om hvordan han opplevde fødselen". Det kjentes litt som at nå var det "fars bolk", og da begynner man å ekskludere mer enn man inkluderer. Ved at man lager et klart skille imellom.»

Sitatet viser hvordan et velbalansert fokus har betydning for fars opplevelse av inkludering, og at inkluderingen må skje hele tiden dersom det skal være inkludering.

4.4 Forutsetninger for aktiv deltagelse

4.4.1 Behov for trygge rammer

Selv om fedrene erfarte hjemmebesøket som positivt, hadde de forventning til at besøket ville medføre en vurdering av barnets omsorgssituasjon og hvordan de som foreldre klarte å ivareta barnets omsorgsbehov. Samtlige fedre var beviste på dette kontrollperspektivet. Noen beskrevet det som en kontrollsjekk og av hvordan de var som foreldre i deres eget hjem. Fedrene gav uttrykk for at dette gjorde dem litt nervøs i forkant av besøket. Vegar forventet at helsesykepleieren kom til å granske barnets omgivelser, og hadde derfor sjekket over at det så ordentlig ut før helsesykepleieren kom. Han ville gjøre et godt inntrykk, og sikre at de ikke fremsto som uansvarlige foreldre. Lars hadde også forventinger til at helsesykepleieren ville observere barnets oppvekstmiljø, men trodde ikke at hun kom for å "arrestere" dem som foreldre, selv om han mistenkte at mange fedre kunne tenke det. Bjørn var den eneste av fedrene som hadde erfart hjemmebesøk av jordmor. Han tilskrev spesielt jordmor denne kontrollfunksjon og fortalte hvordan hun hadde tatt seg en runde i huset og sett over alt barneutstyret, som om hun sjekket at de oppfylte kravene til en minimumsliste. Bjørn gav uttrykk for at dette forsterket følelsen av å bli vurdert og kontrollert. Han erfarte imidlertid helsesykepleierens hjemmebesøk som mer avslappet. Da helsesykepleieren kom hadde foreldrene rukket å kjenne litt på situasjonen hjemme, og funnet flere spørsmål de ønsket svar på. Bjørn gav uttrykk for at helsesykepleieren var mer opptatt av å oppnå kontakt med

foreldrene enn å granske omgivelsene. Dette viser at fedrenes opplevelse av trygghet var av stor betydning for om hvorvidt de våger å utlevere seg selv ved dette møte.

Fedrene hadde forventninger til at helsesykepleier ville melde ifra til barnevernet dersom hun observerte noe bekymringsfullt. Dette kontrollaspektet ble beskrevet som positivt, fordi det var viktig at bekymringsfulle hjem ble identifisert i en tidlig fase. Fedrene gav uttrykk for at dette ikke var en reell bekymring for deres familie. Likevel kan man se hvordan deres forventninger til hjemmebesøkets kontrollfunksjon representere en kilde til utrygghet. Fedrene var også usikre på hjemmebesøkets virkelige agenda, samtidig som helsesykepleier og jordmor begge representerte offentlige maktpersoner som trådte inn i familiens hjem. Fedrene gav uttrykk for at trygghet var et viktig fundament for aktiv deltagelse. Gjennom dialogen og helsesykepleierens milde framtoning fikk fedrene en trygghet i møtet. Vegar beskrev hjemmebesøket som en veiledende og trivelig samtale. Helsesykepleieren hadde ikke gått rundt for å lete etter feil, eller vist tegn til pekefingermentalitet. Han beskrev helsesykepleieren som personlig i møte med foreldrene. Flere av fedrene hadde lignende fortellinger. Lars erfarte at det var lettere å stille spørsmål når helsesykepleieren viste at han var førstegangsfar. Han erfarte at hjemmebesøket sto i en særskilt posisjon til å senke terskelen for å stille spørsmål, at det skal være lov til å spørre om det meste uten at det skal blir oppfattet som dumt. Einar beskrev også tryggheten som en grunnforutsetning for fars deltagelse, samtidig som han pekte på helsesykepleierens ansvar for tilrettelegging:

«Jeg tror veldig på åpenhet, at man kan si til far at du må bare spørre om alt mellom himmel og jord, og at det er ingen spørsmål som er for dumme. Det er en bra plass å starte.»

Dette viser hvordan det er en viktig støtte for fedrenes deltagelse at helsesykepleier skaper trygghet i form av en fordomsfri arena der ingen spørsmål er feil. I tillegg ble dialogen ble fremhevet som viktig for at fedrene skulle oppnå kontakt og trygghet i møtet.

4.4.2 En sensitiv tilnærming

Fedrenes opplevelse av å bli møtt med en sensitiv tilnærming hadde stor betydning for hvor fornøyde de var med fødsels- og barselomsorgen. Gjennom tilgang til dialogen fikk fedrene

opplevelsen av å bli sett, hørt og ivaretatt. Fedrene utrykte et behov for å være mer enn passive informasjonsmottakere. Samtlige gav uttrykk for at de ønsket å bli snakket med og ikke til. Muligheten for å stille spørsmål ble pekt på som verdifullt for at fedrene skulle få ivaretatt sitt informasjonsbehov. Samtidig forutsatte dette at helsesykepleieren klarte å dele taletiden med dem som foreldre. Flere av fedrene anerkjente helsesykepleierens agenda, og beskrev hvordan denne bidro til å skape trygghet og en viss struktur på det som skulle skje i møtet. En opplevelse av at helsesykepleieren hadde kontroll. Det var likevel viktig for fedrene at helsesykepleieren laget nok plass også til dem som familie og deres behov, at det var en balanse mellom disse. Tore erfarte det som positivt at foreldrene ikke ble overkjørt av helsesykepleierens agenda. Han opplevde at det var en plan for hva som skulle skje på hjemmebesøket og at de måtte forholde seg til den, men det var likevel nok tid til at foreldre fikk snakket om det som var viktige for dem. Anders erfarte imidlertid at det ble lite rom for dem som foreldre og deres agenda. Han beskrev det slik:

«Jeg fikk inntrykk av at vi skulle gjennomgå bunken med brosjyrer og så skulle barnet veies. Det var den tiden. Hvis det ble noen avvik måtte man ta dette opp på et senere tidspunkt, for det var ikke tid til mer. For oss virket det som unødvendig bruk av tid, selv om jeg skjønner at alle skal igjennom et minimum i den fasen. Så jeg følte ikke at det var noe nyttig for oss»

Anders beskriver hvordan foreldrene opplevde at de hadde lite innflytelse til å påvirke innholdet i besøket. Helsesykepleier kom hjem til foreldrene og avdekket ved veiingen på slutten av besøket at barnet hadde hatt en utilstrekkelig vekttoppgang, men da var det ikke tid til å snakke om det. Han erfarte at foreldrene fikk masse informasjon de ikke hadde bruk for, og svært lite informasjon om det de faktisk kunne trenge. Anders gav uttrykk for at helsesykepleieren burde prioritert tiden til å kartlegge familiens faktiske behov gjennom aktiv dialog og observasjon, istedenfor å bruke av sin tid på brosjyrer. For Anders ble hjemmebesøket lite nyttig, og han hadde i ettertid lav forventning til at helsesykepleierens støtte. Han hadde lav motivasjon til å delta på helsestasjon. Dersom han skulle bli med på senere konsultasjoner var det mest for å være en støtte for mor. Funnet viser at fedrene kan miste tillit til helsesykepleieren dersom hun ikke har tilstrekkelig fokus på å ivareta familien og deres behov. Det viser også hvordan helsesykepleier gjennom sin rolle har makt til å

bestemme hva konsultasjonen skal inneholde. Helseesykepleierens evne til å møte foreldrenes behov hadde stor betydning for fedrenes relasjon til helseesykepleier, nytteverdi og motivasjon til å delta til å delta på senere konsultasjoner.

Samtlige av fedrene erfarte at helseesykepleier brukte mye tid til gjennomgang av brosjyremateriell. Mange av fedrene erfarte det som en dårlig prioritering av tid. Det var fint å få skriftlig informasjon fra en sikker kilde på nett eller som brosjyrer, men selve gjennomgangen ville de helst gjøre på egenhånd. Det mest nyttige var når helseesykepleieren stilte seg inn på familiens spesifikke behov fremfor å tilby en helt generell informasjon. Samtlige fedre påpekte at den informasjonen de hadde fått gjennom dialogen var mest nyttig, fordi den var mer skreddersydd til familiens behov. Fedrene gav uttrykk for at det var viktig at helseesykepleier brukte tid på å bli kjent med dem som individuelle familier og at hun brukte tid på å utforske familiens behov. Vegar opplevde at helseesykepleieren snakket til dem som et individuelt par og ikke ut fra et avkrysnings skjema. Det var positivt for han at helseesykepleieren hadde personalisert seg for foreldrene og viste en oppriktig interesse for å møte deres behov, selv om hun hadde flere tema de også skulle gjennomgå. Tore var også positiv til hvordan helseesykepleieren startet møtet med å utforske foreldrenes erfaringer og tanker knyttet til den første tiden. Dette bidro til å sette fokus på dem som foreldre, åpnet opp for spørsmål og skapte en behovsrettet samtale. Einar beskrev en konsultasjon der helseesykepleieren var lite mottakelig for foreldrenes behov:

«Det var akkurat som om helseesykepleieren ikke slapp oss til for å si noe. Hun bare dundret på med den informasjonen hun gir alle. Jeg måtte stoppe henne og gi ordet til mor, for jeg så at mor hadde lyst til å si noe. Jeg ble rett og slett litt irritert! Så vi hadde lyst til å bytte helseesykepleier».

Sitatet kan knyttes til en av de første konsultasjonene på Helsestasjon. Gjennom beskrivelsen er det tydelig å se hvordan Einar opplever at helseesykepleiere mangler sensitivitet i møtet og viser lite interesse for å møte dem som individuelle foreldre. Han erfarte kommunikasjon med helseesykepleier som vanskelig, og mente i ettertid at det skyldtes for lite dialog. Vi kan se hvordan helseesykepleierens manglende fokus på foreldreinvolvering kommer til uttrykk gjennom at hun ikke er oppmerksom på, eller klarer å justere seg etter de nonverbale signaler

som kommuniseres fra foreldrene. Dette resulterte i at Einar som far sluttet å delta på Helsestasjon, og heller søkte til sin familie ved behov for støtte. Kommunikasjon hadde fungert bedre når det bare var mor og barn til stede. Han undret seg derfor om det ble mer komfortabelt for helsesykepleier når far ikke var med. Også Bjørn gav uttrykk for at helsesykepleiers evne til å fange opp foreldrenes signaler var viktig. Bjørn beskrev hvordan de som foreldrene hadde fått spørsmål om hvor mange fulle bleier de skiftet i døgnet, men dette var umulig å svare på. Spørsmålet var lite konkret og hadde skapt en ekstra bekymring for foreldrene i etterkant, for hva var egentlig en full bleie? Det var noe ingen av foreldrene som kunne svare på, og de hadde ikke klart å få dette oppklart på hjemmebesøket. Funnet viser at en oppmerksomhet på fedrenes signaler ville hatt betydning for å kunne sikre en felles forståelse og identifisere behov. En felles forståelse var viktig for at hjemmebesøket skulle kunne oppnå sitt fulle potensial med den tryggende effekten.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på studiens funn, sett i lys av den valgte teori. Hensikten med denne studien var å oppnå en dypere forståelse for hvordan førstegangsfedre erfarer at hjemmebesøket fra helsesykepleier kan bidra til å støtte dem i overgangen til farsrollen. Som følge av begrensninger ved oppgavens størrelse har jeg vært nødt til å foreta noen pragmatiske valg for drøftingen. Drøftingen vil derfor konsentrere seg om de funnene som best kan bidra til å svare på studiens problemstilling.

Funnene fra studien vil drøftes under overskriftene: hjemmebesøkets tilbud om fedrestøtte, fedrenes særskilte behov for støtte, ønske fedrene med på time, og relasjonens betydning. Likevel vil jeg påpeke at enkelte av funnene henger samme og går litt inn i hverandre, derfor vil drøftingen også gjøre det samme.

5.1 Hjemmebesøkets tilbud om fedre støtte

5.1.1 Annerkjennelse

Funnene viste at helsesykepleierens bekreftelse representerte en viktig kilde til mestring for førstegangsfedrene. Bekreftelsen gav dem en trygghet på at barnet var ved god helse, og en følelse at helsesykepleieren hadde vurdert at de sammen som foreldre hadde klart å ivareta det nyfødte barnet på en tilfredsstillende måte. Hjälmhult og Lomborg (2012) beskriver at en slik annerkjennelse er viktig også for norske mødre. På lik linje med førstegangsfedrene hadde mødrene behov for bekreftelse på at de ivaretok det nyfødte barnet på en god måte, og gjorde ting riktig. Den positive annerkjennelsen og støtten gav mødre styrke til å takle utfordringer og lære nye ferdigheter, mens fravær av positiv annerkjennelse fra helsesykepleieren gjorde mødrene ansente. Fedrene i min studie beskrev det som en 24-timers jobb å blir forelder. Antonovsky (2012) påpeker at sosial annerkjennelse for roller som opptar mye tid og definerer oss sosialt er spesielt viktig, fordi det styrker vår opplevelse av å gjøre noe meningsfullt. Spesielt i møte med ytre krav og lite selvbestemmelse over ansvarsoppgaver vil opplevelsen av mening ha en avgjørende betydning for om vi klarer å forholde oss positivt til situasjoner og finne krefter til å takle dem (Antonovsky, 2012). Sett i sammenhengen med farsrollen, kan man tenke seg at helsesykepleiers annerkjennelse bidro til at fedrene fant en større glede i farsrollen, som styrket dem for å håndtere spedbarn tilværelsens utfordringer. Fedrene gav uttrykk for at helsesykepleierens bekreftelse var mer enn ros, og at det strekte seg utover hennes konkrete ord. Jeg vil derfor argumentere for at det gav fedrene en slik identitetsskapende bekreftelse som Antonovsky beskriver.

Min studie viste at fedrene hadde stor tillit både til helsesykepleierens kunnskaper og evne til å vurdere barnet. Når fedrene beskrev den gode bekreftelsen, ble den tryggende effekten sett sammen med deres forventninger til helsesykepleierens kompetanse. Hanssen-Bauer (2014) påpeker en nødvendighet av at helsesykepleieren er trygg, faglig oppdatert og at hun arbeider kunnskapsbasert for å kunne opparbeide tillit hos foreldrene. Funn fra min studie viser imidlertid at fedrenes tillit ble gitt til helsesykepleier spontant på bakgrunn av deres forventninger til hennes rolle. Likevel var dette en skjør tillit ved dette første møtet, som lot seg lett å bryte ned dersom fars behov for annerkjennelse ikke ble møtt på en tilstrekkelig

måte. Dette tyde på at anerkjennelsen er viktig også for relasjon mellom helsesykepleier og førstegangsfedre, og at en mangel på anerkjennelse utgjør en belastning for fedrene. Fedrene i min studie erfarte at tilgangen til anerkjennelse var en viktig støtte. Selv når barnet ikke hadde den utviklingen som var forventet, hadde fedrene behov for å bli trygget på noe. Dette var av stor betydning for hvor fornøyde de var med deres helsesykepleier.

Honneth (2009) hevder at anerkjennelse er det som beskytter vår integritet som mennesker. Han påpeker at vi menneskelige kun kan oppnå et intakt selvbilde dersom vi opplever oss selv som anerkjent eller bekreftet ut fra at bestemte rettigheter eller egenskaper har verdi. En tilbakeholdelse av anerkjennelse medfører krenkelse (Honneth, 2009). Dette kan bidra til å forklare hvorfor helsesykepleierens anerkjennelse var spesielt viktig for førstegangsfedrene i denne overgangsfasen. Det bidrar også med en forklaring til hvorfor helsesykepleierens mangel på anerkjennelse får negative konsekvenser for den nye relasjonen. Honneth (2009) beskriver en moralsk plikt til å ivareta den andres behov for anerkjennelse ut fra tre gjensidig uavhengige anerkjennelsesformer. Hvilken vi bør velge avhenger av hvilken sosial relasjon den utgår fra. Den ene går ut på at den enkelte blir anerkjent som et individ med behov og ønsker som er av enestående verdi for en annen person, den andre går ut på at den enkelte blir anerkjent som en normalt moralsk tilregnelig person, mens den tredje går ut på at den enkelte blir anerkjent som en person med evner som har en grunnleggende verdi for et spesielt fellesskap. Med utgangspunkt i Honneth's teori om anerkjennelse som et essensielt behov, kan man tenke seg at helsesykepleierens bekreftelse kan være av stor betydning for om hvorvidt fedrene opplever at de har en grunnleggende verdi som fedre. Funnene viser at helsesykepleierens anerkjennelse kan er et sterkt støttetiltak i møte med førstegangsfedre, som kan bidra til å styrke fedrenes mestringstro og tilknytning til egen farsrolle.

5.1.2 Skape forutsigbarhet og kontroll

Muligheten for å skape trygghet ble ansett som hjemmebesøkets aller viktigste funksjon. Helsesykepleierens evne til å ivareta fedrenes behov for trygghet hadde stor betydning for deres opplevelse av foreldrestress og usikkerhet. Slinning og Sandtrø (2016) hevder det er vanlig at mange foreldre kjenner engstelse og usikkerhet den første tiden de er hjemme med

eneansvar for sitt nyfødte barn, og påpeker at spesielt førstegangsforeldre kan være veldig sårbare i denne fasen. Min studie viste at den første tiden var preget av spørsmål og usikkerhet, og at fedrene hadde et stort informasjonsbehov på hjemmebesøket. Det var viktig for fedrene at de fikk mulighet til å avklare usikkerheter, fordi det hjalp dem å bli tryggere i foreldrerollen. Også i studien til Hrybanova, Ekström og Thorstensson (2019) ble tilgang til tilstrekkelig informasjon fremhevet som viktig støtte for førstegangsfedre, der fedrenes usikkerhet representere en ekstra belastning for deres ressurser. Funn fra min studie viste imidlertid at kunnskaper om barnets normaltilstand fungerte som en beskyttelse mot foreldrestress, og bidro til å redusere fedrenes usikkerhet og bekymringer. Slike kunnskaper bidro til å gjøre fedrene tryggere på sine tolkninger av barnet, og hadde betydning for deres selvstendighet i omsorgsrollen. Det var også positivt for fedrenes trivsel. I samsvar med min studie fant Hjälmhult og Lomborg (2012) at norske mødre opplevde at foreldrerollen krevde at også de måtte bli kjent med barnets nye referanserammer, samtidig som det var vanskelig å for dem å forberede seg tilstrekkelig på egen hånd. Dette støtter opp om funnet i min studie, og viser at foreldrene erfarer et tilsvarende likt behov for informasjon om hva som er normalt og hva som kan forventes i den første tiden hjemme med barnet.

Fedrene opplevde helsesykepleier som en viktig kilde til tilpasset informasjon, også i form av fremtidig utvikling og vanlige utfordringer. Flere av fedrene erfarte at dette hadde betydning for deres tilgang til kontroll, i tillegg til at det fremmet en mestringstro å være forberedt på framtidige utfordringer. I studien til Hrybanova, Ekström og Thorstensson (2019) var førstegangsfedrenes tilgang til tilpasset informasjon helt avgjørende for hvor fornøyde de var med helsesykepleieres støtte. Også denne studien viste at forberedende informasjon gjorde fedrene tryggere på å håndtere fremtidige utfordringer. Dette viser at forbedrende informasjon er en viktig støtte for førstegangsfedre også på hjemmebesøket. Slinning og Sandtrø (2016) beskriver hvordan mange nybakte foreldrepar uttrykker ønske om at det skal følge med en slags bruksanvisning på barnet. Dette er noe som kan kjennes igjen i mine funn. Det som i hovedsak ble formidlet gjennom denne beskrivelser var imidlertid et behov for tilpasset informasjon i passende mengder.

Flere av førstegangsfedrene i min studie erfarte overgangen tilbake til arbeidslivet som krevende. Spesielt overgangen mellom arbeid og hjem var utfordrende for deres ressurser fordi det kunne oppstå en ubalanse mellom fedrenes reservekapasitet og opplevde krav på hjemmebane. Ifølge Lindberg og Hvatum (2016) er perioden rundt fødselen er preget av store endringer. Dette krever at nybakte foreldre må finne frem til nye sider av seg selv og nye måter de kan organisere livet sitt på. Fedrene i min studie erfarte at partneren hadde flere forventninger til deres deltagelse i familien etter arbeid, og flere oppleve det som vanskelig å leve opp til disse. Spesielt ille var det å kjempe mot trøttheten, som kunne virke uoverkommelig. Ifølge Barimani, Vikström, Rosander (2017) er fatigue en av de mest vanlige helseplagene som oppstår etter fødsel. Funn fra studien at det å være mentalt forberedt på de fremtidige utfordringene kunne beskytte fedrene mot stress, og gjorde at førstegangsfedrene bedre rustet til å håndtere de utfordringer som småbarns livet medførte. Dette støttes også av studien til Barimani, Vikström og Rosander (2017), som fant at realistiske forventninger sammen med praktisk avløsning var foretrukne strategier av fedre for å håndtere dette. Solberg og Glavins (2018b) studie erfarte at rutiner, forutsigbarhet og mulighet for å oppnå kontroll i dagliglivet var en beskyttende faktor i den første tiden etter fødselen. I tillegg var en balanse mellom hverdagslivets krav og håndterbart i disse første månedene helt essensielt, ellers var det en stor risiko for at fedrene kunne bli overveldet. Det er mulig at fedrene kan ha fordel av forberedende informasjon om denne utfordringen, slik at de kan møte utfordringen med realistiske forventninger. Dette vil også gjøre det mulig for foreldrene å forberede noen strategier for å håndtere denne overgangen på en god måte.

5.1.3 Rollen som familiens kontaktperson

Positive forventninger til helsesykepleierens tilgjengelighet representerte en viktig støtte for fedrene, noe andre studier også kan bekrefte (Hrybanova, Ekström og Thorstensson, 2019). Kunnskapen om at foreldrene hadde noen de kunne kontakte ved behov og at barnets skulle følges opp av helsesykepleieren var en stor kilde til trygghet. Selv om fedrene erfarte det som betryggende å vite at de kunne ta kontakt, viste studien min at de hadde flere ubesvarte spørsmål både i forkant av hjemmebesøket og ved de senere konsultasjonene. Foreldrene brukte sammen å gjennomgå de forskjellige usikkerhetsmomentene før konsultasjoner, for at

helsesykepleieren skulle få muligheten til å svare på disse. Dette viser at det var høy terskel for å ta kontakt utenom faste avtaler. I studien til Solberg og Glavin (2018a) ble mødre, venner og familie ansett som mer naturlige kilder for førstegangsfedre til å innhente informasjon, mens min studie viser at helsesykepleieren ble ansett som en viktig kontaktperson, spesielt ved større utfordringer som var vanskelig å finne ut av på andre måter.

Størrelsen på bekymringen og opplevelse av bekvemmelighet var trolig avgjørende faktorer for hvem fedrene kontaktet for rådgivning. Dette kan bidra til å forklare den høye terskelen for kontakt. I nasjonal faglige retningslinje for helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2020) kan man se hvordan blir tjenesten blir presentert som et lavterskeltilbud der barn og foreldre skal kunne ta kontakt uten behov for avtale eller henvisning. De ulike konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet er tilrettelagt for at de skal følge normalforekomsten for milepæler i barns utvikling, fordi man ønsker å sikre at foreldrene skal få informasjon tilpasset barnets alder og utvikling, og at eventuelle avvik skal oppdages tidnok (Helsedirektoratet, 2020). Selv om familien får konsultasjoner tilrettelagt etter barnets normalutvikling, tilsier erfaringer fra praksisfeltet at usikkerhet likevel kan oppstå i tiden mellom konsultasjoner. Ifølge Lindberg og Hvatum (2016) representerer helsestasjonen en hovedarena hvor mange foreldre både forventer og håper at de kan få nødvendig hjelp og støtte. Dette samsvarer med mine funn, som viste at helsesykepleierens tilgjengelighet ble nevnt som en trygghet. Imidlertid viste funn fra min studie at flere av fedrene hadde lettere for å tenke veien innom fastlege eller andre ressurspersoner i nettverket dersom det virkelig var noe de var usikre på, selv om spørsmålet tilhørte helsesykepleierens kompetansefelt.

Vannebo og Holme (2010) hevder at helsestasjonens lette tilgjengelighet, kombinert med at de leverer helsetjeneste til nesten hele befolkningen bidrar til at ingen foreldre føler seg stigmatisert ved å få oppfølging. I min studie ble det ikke forbundet med noen stigma å motta hjemmebesøk og oppfølging av helsesykepleier, og fedrene uttrykte det som positivt at dette var et universelt tilbud for alle barnefamilier. Imidlertid kan det tenke seg at kontakter utenom avtale kan være forbundet med et visst stigma. Hanssen-Bauer (2014) påpeker at foreldre ofte gjør sitt ytterste for å mestre den nye foreldrerollen, og derfor kan de oppleve

det som vanskelig å be om hjelp (Hanssen-Bauer, 2014). Derfor kan det være et godt helsefremmende tiltak om helsesykepleier tilrettelegger slik at fedrene skal oppleve det som lav terskel for en tidlig kontakt på helsestasjon dersom de har behov for det. Dette vil ha betydning for å komme familien tidlig i møte med helsefremmende og forebyggende veiledning.

Det var betryggende for fedrene å vite at familien skulle ha faste møtepunkt med helsesykepleier også i fortsettelsen. I Helsestasjonsprogrammet blir informasjon om helsestasjonsprogrammet nevnt som 1/13 mulige samtaletema på hjemmebesøket. Det anbefales at helsesykepleierens foreldreveiledning og helseopplysninger tar utgangspunkt i foreldrenes ønsker, behov, helse, utvikling og livsvilkår (Helsedirektoratet, 2019). I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har foreldrene krav på informasjon som er nødvendig for å få å kunne oppnå en tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet så lenge barnet er under 16 år. Imidlertid er det kun i forbindelse med hjemmebesøket at en slik informasjon ligger som forslag for tema i helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2019). Funn fra min studie viser betydningen av at informasjon om helsestasjonstilbudet og helsesykepleierens funksjon, som med fordel kan gis av helsesykepleier allerede på hjemmebesøket. Dette kan fungere som en fin presentasjon av helsesykepleier i den tidlige bli-kjent-fasen med foreldrene, samtidig som det danner grunnlag for fedrenes opplevelse og forventninger til helsesykepleierens støttende funksjon.

5.2 Fedrenes særskilte behov for støtte

5.2.1 Anerkjennelse far som en viktig omsorgsperson

Ammingen førte til mor ble betraktet som barnets hoved omsorgsgiver, og fedrene gav uttrykk for at mødre regulerte deres tilgang til barnet. De hadde liten tilgang til å være alene med barnet den første tiden. Funnet bekreftes av flere studier (Thomas, Bonér & Hildingsson, 2011; Hjalmskult & Lomborg, 2012; Premberg, Hellström & Berg, 2008). Studien til Hjalmskult

og Lomborg (2012) beskriver hvordan norske førstegangsmødre erfarte er behov for å ha kontroll på barnet til enhver tid og hadde vanskelig for å slippe far til, til tross for at for førsteegangsmødrene selv var uerfarne og utrygge. Spesielt førstegangsmødrene hadde lav tillit til fedrenes omsorgsevner. De gangene fedrene fikk tilgang var det gjerne under overvåkning av mor, som fortalte fedrene hva de skulle gjøre. Selv om mødrene viste at far burde få gjøre ting på sin måte, var det vanskelig for dem å akseptere dette. Noen mødre innrømte at de ville holde barnet for seg selv, fordi de erfarte far som hjelpeløs og klumsete med barnet (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

Samtlige av førstegangsfedrene i min studie var hjemme de to første ukene. Likevel erfarte de at det var mor som trøstet og roet barnet best. Flere av fedrene følte seg mindreverdige uten puppen, og opplevde ikke at de hadde noen viktig rolle ovenfor barnet. Lignende ble beskrevet også i studien til Fagerskjöld (2008) der fedrene betraktet mor som barnets hoved omsorgsgiver, selv om de beskrev seg selv som likeverdige omsorgspersoner for barnet. Fedrene i studien hadde blandede holdninger til amming. Amming ble sett på som viktig, men fikk fedrene til å føle seg ubetydelige (Fägerskiöld, 2008). Mor ble beskrevet som ekspert på barnet. Førstegangsfedrene erfarte at det var en skjevbalanse mellom foreldrenes relasjon- og kompetanse på barnet. Fedrene erfarte at tid med barnet var viktig for å skape en relasjon, men fikk betydelig mindre tilgang til barnet enn mor. Spesielt etter overgangen tilbake til arbeidslivet. Dette viser at amming kan få konsekvenser for fedrenes relasjon med barnet. Premberg, Hellström og Berg (2008) støtter funnet med at fedrenes tilgang til barnet har betydning for relasjon, og hevder at tilgang til alenetid mellom far og barn har spesielt stor verdi for tilknytningen. Dette ble identifisert også i min studie. Alenetid med barnet ble forbundet med en sterk mestringsopplevelse som gav mersmak. Selv om det var sjeldent fedrene fikk tilgang til alenetid med barnet og det var stressende den første gangen, representerte det en betydelig stor kilde til mestring i farsrollen. Også Montigny, Lacharité og Devault (2012) er enig i at fars aktive involvering i barnet er viktig for deres utvikling som far og bidrar til økt selvtillit. Fedre er mer involvert når de opplever at de selv har en viktig rolle i familien, når de er trygge på seg selv og når de blir involvert i tiden etter fødsel.

Fedrene erfarte at tilgangen til å utføre omsorgsoppgaver hadde stor betydning også for deres trygghet til barnet. Mødrene fikk rolle som portvoktere for fedrenes tilgang til barnet. I studien til Solberg og Glavin (2018b) ble fedrenes utrygghet til håndtering av barnet beskrevet som en betydelig stressfaktor, mens mestring av omsorgsoppgaver hadde en styrkende effekt. Det var positivt for fedrene å bli kjent med barnet, at barnet var fornøyd og at det responderte som forventet. En god relasjon mellom far og barn kunne oppnås gjennom fedrenes erfaring av å kunne trøste, roe, svare og få respons fra barnet. Faktorer som fremmet mestring var fedrenes tilgang til flaskemating og hud-mot-hud kontakt med barnet (Glavin og Solberg, 2018b). Også Skjøthaug (2016) påpeker at daglige samspillsoppgaver er sentralt i tilknytningen mellom omsorgsperson og barn. Barnet trenger samspillserfaringer med begge foreldrene i de samme oppgavene for at relasjonene mellom barn og foreldre skal bli opprettholdt og styrket.

Fedrene gav uttrykk for et behov for annerkjennelse i sin rolle som en viktig omsorgsgiver for barnet. De ønsket en aktiv rolle, men gav uttrykk for at det var vanskelig å ta plass hos barnet. Studien av Hjälmhult og Lomborg (2012) viste at norske mødrene var så opptatt av barnet de første månedene at de neglisjerte sine egne behov. De hadde vansker med å overføre ansvar til far, noe fedrene i studien syntes å akseptere. På et senere tidspunkt oppdaget mødrene at det var viktig med litt tid for seg selv, for å kunne trives i omsorgsrollen over tid. I min studie ble helsesykepleier ble sett på som en mulig støtte for fars involvering, gjennom at hen kunne vise tiltro til fars mestring av selvstendige ansvar og ivaretagelse av barnet. Fedrene anså helsesykepleierens støtte som viktig for at mødrene skulle oppnå større tillit til deres omsorgskompetanse og la dem slippe mer til i omsorgsrollen. På bakgrunn av mødrenes vansker med å stole på fedrenes omsorgskompetanse erfarte også Hjälmhult og Lomborg (2012) det som viktig at helsesykepleier brukte tid på å forberede og oppmuntre førstegangsfedre både på hjemmebesøket og på helsestasjon. Det vil ha betydning både for fedrenes omsorgskompetanse og mestring i foreldreskapet. Også Skjøthaug (2016) beskriver verdien av en slik farsstøtte, på bakgrunn av at fedrene er mer involvert i samspill med sine barn dersom begge foreldre har en støttende holdning til fars involvering. Fedrene i min studie ønsket at helsesykepleieren skulle utfordre dem til å ta gradvis større del i omsorgsoppgavene, fordi det kunne bidra til en normalisering og ufarliggjøring av fars bidrag.

Også Skjøthaug påpeker at fedre trenger støtte for å ta sin plass i omsorgsrollen, og at de har behov for å bli utfordret, for å kunne få positive mestringsopplevelser med barnet (Skjøthaug, 2016).

Studien til Solberg og Glavin (2018b) viste at et positivt ladet samspill med barnet, mestring av omsorgsoppgaver og en relasjon med barnet representerte beskyttende faktorer for fedrenes opplevelse av foreldrestress. Antonovsky (2012) beskriver hvordan opplevelsen av at det vi gjør er meningsfullt får stor betydning for den enkeltes motstandskraft. Dersom en oppgave er meningsfull, kan det gjøre oss i stand til å tåle en større grad av belastninger. Det blir en motivasjon for mestring. I denne sammenheng kan et eierforhold være positivt, og det kan fremmes gjennom en sosial anerkjennelse av oppgaven (Antonovsky, 2012). Ut fra fedrenes beskrivelser kan det være to faktorer som kan bidra til slik mening i farsrollen. Den ene er fars opplevelse av å være en viktig omsorgsperson for barnet, mens den andre er tilgangen til en relasjonen med barnet. Det blir dermed viktig at helsesykepleier adresserer fedrene en støtte som kan bidra til å anerkjenne fars bidrag og omsorgsevner, samt støtte fedrene i involvering i barnet. Dette kan trolig gi fedrene et større eierskap til sin rolle

5.3 Ønske fedrene som deltager på hjemmebesøket

5.3.1 Tilrettelegge for fars deltagelse

Samtlige av fedrene i denne studien hadde omsorgspermisjon de to første ukene etter fødsel. Dette var av stor betydning for deres mulighet å delta på hjemmebesøket, for da hadde de ingen forpliktelser til jobb da helsesykepleieren kom på besøk. Solberg og Glavin (2018a) påpeker at det fortsatt er mødrene som hovedsakelig deltar med barnet på helsestasjonskonsultasjoner, selv om fedrene i dag har et økende engasjement når det gjelder omsorgen for barna. Ifølge Solberg og Glavin vil det vil være best for barnet og familien om far blir mer aktiv og deltagende, samtidig som det også vil være i tråd med nasjonale og politiske intensjoner (Solberg & Glavin, 2018a). Funnene mine viste at fedrene hadde vanskelig med å delta på både hjemmebesøket og senere konsultasjoner dersom det kolliderte med samtidige forpliktelser til arbeidssted. Dette viser at flere fedre kan ha behov for tilrettelegging dersom

de skal få tilgang til å delta på hjemmebesøket. I studien til Solberg og Glavin (2018a) ønsket også fedrene en mer aktiv rolle ved helsestasjon, samtidig som tjenestens manglende tilrettelegging for arbeidende fedre resulterte i en forsterket følelse av utenforskap. Flere ønsket mulighet for konsultasjoner på ettermiddagen. Også Hrybanova, Ekström og Thorstensson (2019) beskriver at tilrettelegging for arbeidende fedre er av stor betydning for deres mulighet til å delta. Dette viser at helsesykepleier bør tilrettelegges i størst mulig grad slik at begge foreldrene kan delta på hjemmebesøket. Helsesykepleier bør unntaksvis vurdere å tilby hjemmebesøk på ettermiddagstid, dersom det kun er da far har anledning til å delta.

Fedrene i min studie var usikre på om det var ønskelig at de skulle delta på hjemmebesøket, og de var usikre på hva som var på agenda for dette besøket. Også i studien av Solberg og Glavin (2018a) beskrev fedrene en usikkerhet på deres rolle i forbindelse med hjemmebesøket, og om hvorvidt det var et tilbud for dem. Hensikten med hjemmebesøket var også uklar. I tillegg erfarte fedrene at helsesykepleieren var utydelig om forventinger til deres deltagelse og hvor ofte de burde delta, derfor var det mange som uteble fra timer. Derfor bør helsesykepleiere informere om hensikten allerede ved den første kontakten med familien (Solberg og Glavin, 2018). Imidlertid viste min studie at fedrenes usikkerhet kan knyttes til en utilstrekkelig informasjonsoverføring fra mor. Ansvar for fedrenes deltagelse ble overlatt til mor, når ikke fedrene selv fikk være delaktig i å bestemme når hjemmebesøket og de senere timeavtaler ble satt opp. Dermed ble mor tilskrevet en rolle som enten portvakter eller tilrettelegger. Skjøthaug (2016) påpeker viktigheten var at helsepersonell er oppmerksom på at mødre kan representere en slik "gatekeeper" som kan hindre fars mulighet for involvering. For å unngå at mor får rollen som portvokter kan helsesykepleier være initiativtaker og ta ansvar for en tilrettelegging av fars deltagelse, når det avtales tid til hjemmebesøk. På senere konsultasjoner kan man også vurdere annen form for tilrettelegging som for eksempel en videooverført samtale med far, som trolig kan gjøre det lettere for fedre å delta.

5.3.2 Oppheve tilskuereffekten

Fedrene i studien gav utrykk for at hjemmebesøk i hovedsak var rettet mot mor, og erfarte at det ble mye snakk om amming. Retningslinjene for barselomsorgen viser at det er et helsepolitisk mål å beskytte, fremme, støtte og øke forekomsten av amming. Tilrettelegging for at flest mulig mødre skal amme barna sine blir derfor ansett som et viktig tiltak (Helsedirektoratet, 2014). Noen fedre ble informert om hvordan de kunne avlaste mor med praktiske oppgaver, for å støtte mor i ammeprosessen. Dermed fikk de tildelt en rolle som støtte for mor i ammeprosessen. Ifølge Skjøthaug (2016) kan rettferdiggjøring av en omsorgsfordeling der far skal fungere som hjelper og mor den primære omsorgspersonen, bidra til at fedre generelt får en lavere grad av eierskap til sitt eget farskap. Det er lett å se hvordan barselomsorgens mål om å fremme amming med hyppig amming og tett hudkontakt mellom mor og barn (Helsedirektoratet, 2014), samtidig kan representere en omvendt støtte for fedrene gjennom å forsterke fedrenes avstand til barnet.

Selv om fedrene i denne studien opplevde ammeveiledningen som nyttig for familien som helhet, førte dette til at mye av tiden gikk til å snakke mor og mors fysiologi, samtidig som det ble vist lite interesse for å adressere og ivareta fedrenes særskilte behov. Montigny, Lacharité og Devault (2012) påpeker at helsepersonell ofte neglisjerer fedrenes personlige behov når det er fokus på amming. I min studie gav dette fedrene en passiv observasjonsrolle, som forsterket en opplevelsen av at deres deltagelse var mindre viktig. Fedrene gav utrykk for at inkluderingen måtte skje hele tiden dersom det skulle være inkludering, og ville også bli aktivt inkludert i ammeprosessen. I studien av Montigny, Gervais, Larivière-Bastien, St-Arneault (2018) påpekte de at det er viktig å være oppmerksom på fedrenes tanker om amming, og hvordan fedrene kan oppnå mestring til tross for at de selv ikke kan amme barnet. Dette var av stor betydning for at fedrene skulle føle seg nyttig, og ha en positiv opplevelse av ammingen. I studien ble det beskrevet tre ulike strategier for hvordan fedrene kompenserte for manglende evne til å utføre denne omsorgsoppgaven. Bruk av kompenseringstrategier gav fedrene en større mestringsfølelse og støtte til å skape en relasjon med barnet. Også en oversiktsstudie av Namir, Brady og Gallagher (2017) viser at fedrene har et stort behov for støtte i forbindelse med ammeprosessen. Støtte var viktig for at fedrene skulle oppnå trygghet og mestring på deres ammefunksjon, og forebygget en opplevelse av ekskludering i

barnet. Det hadde også positiv effekt på ammestatistikken (Namir, Brady & Gallagher, 2017). Funn fra min studie viste at en aktiv farsinvolvering i ammeveiledning også bidro til å styrke fars handlingskompetanse, og gav far en større tilgang til å støtte opp om ammingen også i etterkant av konsultasjonen. Også Brown og Davies (2014) påpeker at praktisk informasjon var a stor betydning for at fedrene skulle få tilgang til å delta i ammeprosessen. Mangel på tilgang til deltagelse gav fedrene en opplevelse av å være ubrukelige, unyttige og ekskludert. Studien viser hvordan fedrene var ambivalente til ammingen, som følge av at det begrenset deres tilgang til barnet(Brown & Davies, 2014). Funnene tilsier at helsesykepleieren bør være bevisst på hvordan amming påvirker fars rolle som omsorgsgiver, og forsøke å ivareta fars behov for informasjon og involvering.

Når man ser hvordan fedrene beskriver helsesykepleierens støtte på hjemmebesøket, kan man se hvordan denne støtten i stor grad er sammenfallende med begge foreldrenes behov den første tiden hjemme med barnet. Kowlessar, Fox og Wittkowski (2014) bekrefter at mange av behovene for førstegangsfedre og førstegangsmødre er sammenfallende, og at mye av det som er nyttig for mødrene også kan representere en god støtte for fedre. Ingen av fedrene i min studie hadde fått spørsmål om deres tanker og erfaringer knyttet til farsrollen. Fedrenes særskilte behov for støtte kom til uttrykk som fedrenes sårbarhet, og gjennom fedrenes tanker til forbedring av hjemmebesøket. Flere av fedrene savnet at helsesykepleieren kunne bidratt støttende inn for å hjelpe dem til en økt inkludering og sterkere relasjon med barnet. De gav uttrykk for at en slik støtte kunne bidratt positivt til deres mestring av farsrollen. Fedrene erfarte i svært liten grad at deres spesifikke behov ble adressert og ivaretatt av helsesykepleier på hjemmebesøket. Også i studien til Hrybanova, Ekström og Thorstensson (2019) erfarte fedrene at en manglende støtte knyttet til mestring av farsrollen, mens studien fra Montigny, Lacharité og Devault (2012) viste at mangelen på behovsrettede støttetiltak for far hadde lav nytteverdi, og derfor førte til et høyere stressnivå enn fedre som ikke mottok noen form for støtte (Montigny, Lacharité & Devault, 2012). I min studie fikk mangelen på tilstrekkelig støtte og annerkjennelse konsekvenser for fars tillit til helsesykepleier som mulig støtte også fremtiden. Det er mulig at en mangel på behovsrettet støtte kan føre til at fedrene blir alene om sine utfordringer, og ikke erfarer at de hadde noen

å støtte seg til, noe som kan bidra til å forklare det høye stressnivået man fant i studien til Montigny, Lacharité og Devaul (2012). Dette viser betydningen av godt tilpassede støttetiltak.

I st.meld. 8 pekes det på hvordan helsestasjon kan spille en viktig rolle for å gjøre fedrene til en større ressurs for barnet i oppveksten, gjennom å stille forventninger til dem og stimulere fedrene til et deltagende farskap (Helsedirektoratet, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). En slik fedre støtte vil være i tråd med politiske signaler, selv om den senere nasjonal faglige retningslinjen for barselomsorg og st.mld.12 «En gledelig begivenhet» i liten grad omtaler fedrene ut fra et selvstendig brukerperspektiv, med eget behov for ivaretagelse (Helsedirektoratet, 2014). Fedrene i min studie gjorde krevde ikke plass for å få møtt sitt personlige behov for støtte på hjemmebesøket. Dette kan ha sammenheng med tidligere erfaringer med varierende inkludering i fødselsomsorgen, og en opplevelsen av å være en mindre viktig deltager i konsultasjon. Også i studien fra Solberg og Glavin (2018a) erfarte fedrene at hjemmebesøket og den senere oppfølgingen fra helsestasjon hovedsakelig fokuserte på mor og barn, og de beskrev en sårbarhet i opplevelsen av å være den minst viktige i profesjonsmøtet. Imidlertid ønsket fedrene et økt fokus på deres omsorgsrolle. Solberg og Glavin (2018a) argumenterer for at helsesykepleier må klare å adressere begge foreldrenes behov for veiledning. Dette forutsetter imidlertid at hun tar hensyn til ulikhetene mellom kjønnene, og at tjenesten må tilrettelegges for å kunne ivareta behov for veiledning. Studien viste at fedrene hadde lave forventninger til å bli inkludert på helsestasjon, selv om de ønske å bli inkludert (Solberg & Gavin, 2018a). I min studien ble det vist funn at helsesykepleiers bruk av mor som kontaktperson kan signalisere om at tilbudet i hovedsak er for mor og barn. Dette kan bidra til å forklare fedrenes lave forventninger om et tilbud rettet mot dem som fedre.

Funn fra min studie viste at en velbalansert dialog med fokus på begge foreldrene hadde stor betydning for fedrenes opplevelse av inkludering. Fedrene ønsker å være aktive deltagere på timen og slippe rollen som observatør. Det var mer motiverende for dem å delta på senere konsultasjoner når de ble involvert i det som skjedde på hjemmebesøket. Også Montigny, Lacharité og Devault (2012) påpeker at helsesykepleier bør vise nysgjerrighet for fedrenes tanker om hva et godt farskap innebærer for dem, fordi det kan bidra til å skape en sensitiv

relasjon og gjøre det lettere å møte fedrenes behov. Studien til Solberg og Glavin (2018a), beskriver hvordan fedrenes opplevelse av å være mindre prioritert i konsultasjon, førte til at fedrene opplevde vansker med å finne sin rolle i møtet, og skapte en usikkerhet på om det var meningen at de skulle delta til (Solberg & Glavin, 2018a). Dette viser viktigheten av at helsesykepleieren klarer å skape et godt og inkluderende miljø på hjemmebesøk, der fedrene føler seg velkommen til å delta og at de blir ivaretatt som en likeverdig omsorgsgiver. Dette forutsetter at helsesykepleieren viser interesse for å adressere og ivareta også fedrenes behov.

5.4 Relasjonens betydning

5.4.1 Ingen spørsmål er dumme

Selv om fedrene erfarte hjemmebesøket som positivt, hadde de en forventning om at besøket medførte en vurdering av barnets omsorgssituasjon og hvordan de som foreldre var egnet til å ivareta barnets omsorg. Flere gav uttrykk for at dette gjorde dem litt nervøs i forkant av besøket. Fedrene gav derfor uttrykk for at deres opplevelse av trygghet hadde stor betydning for om hvorvidt de våget å utlevere seg til helsesykepleier. En trygg kontakt mellom helsesykepleier og fedrene var derfor av stor betydning for deres deltagelse på time. Hjälmhul og Lomberg (2012) beskriver hvordan norske mødre også erfarte at helsesykepleierens kontrollfunksjon tilhører hennes offentlige rolle. Spesielt for førstegangsmødrene som var ukjent med hva tilbudet inneholdt (Hjälmhul & Lomberg, 2012). Dette viser at førstegangsførelde kan erfare hjemmebesøket som noe skummelt og være utrygge i møtet. Funn fra min studie viste at den ujevne maktbalansen mellom partene i forbindelse med hjemmebesøket medførte at det ble helsesykepleierens ansvar å ivareta fedrenes trygghet i møte. Clancy (2010) har beskrevet hvordan det kan oppstå et asymmetrisk maktforhold i møter mellom foreldre og helsesykepleier som først og fremst er knyttet opp til foreldrenes følelsesmessig plan. Clancy påpeker at foreldre og andre brukere kan være særlig sårbare for en opplevelse av å ikke klare å leve opp til helsesykepleierens forventninger. Dette kan gi foreldre en opplevelse av å være mindreverdige (Clancy, 2010). Dette kan bidra til å forklare

hvorfor helsesykepleierens annerkjennelse var så viktig for førstegangsfedre på hjemmebesøket. Fordi en slik positiv tilbakemelding, også betydde at foreldrene hadde klart å leve opp til helsesykepleierens forventninger.

I min studie fant jeg at fedrenes trygghet var en forutsetning for at fedrene skulle delta aktivt på time. Fedrene gav utrykk for at det måtte skapes et trygt fundament for møtet. Dette var noe helsesykepleier kunne bidra til gjennom å skape en fordomsfri arena med en felles forståelsesplattform der "ingen spørsmål var dumme". Lindberg og Hvatum (2016) beskriver hvordan vi mennesker har behov for å beskyttet selvfølelsen vår, og at vi kan ha vanskelig for vise at noe er utfordrende fordi det skaper en sårbarhet. Derfor kan en fars ønske om å fremstå som trygg, flink og lykkelig i farsrollen kan stå i veien for en god relasjon, ved at far holder tilbake informasjon for å beskytte seg selv eller for å ikke skuffe helsesykepleier (Lindberg og Hvatum, 2016). Dette viser hvordan fedrenes trygghet er en forutsetning for at helsesykepleier skal få tilgang til å identifisere deres spesifikke behov.

Fedrene i min studie gav utrykk for at dialogen representerte et særlig verdifullt samtaleverktøy i møte med helsesykepleier, fordi den bidro til å skape trygghet og kontakt. Gjennom tryggheten fikk nysgjerrigheten og viteviljen sitt utløp. Likevel kunne fedrene la seg begrense av den skjøre relasjonen, og hadde derfor et behov for å bli aktivt inkludert på time. Clancy (2010) er enig i at relasjon er av stor betydning for brukerens deltagelse. og hevder at en god relasjon mellom brukerne på helsestasjon og helsesykepleier må baseres på et grunnlag med tillit og oppriktighet. Spesielt tillit og kontinuitet har stor betydning for tjenestebrukernes tilfredshet. Også Tveiten (2020a) fremhever det relasjonelle aspektet som viktig, og beskriver tillit og fortrolighet som to karakteristiske trekk ved veiledning for empowerment. Det er viktig at helsesykepleier bruker tid på å bli kjent i oppstartsfasen, og at det legger til rette for en tillitsfull relasjon. Dette er av stor betydning for om fedrene bli mottakelig for veiledning. En tillitsfull relasjon krever at helsesykepleieren viser at fedrene er verdifulle, at hun vil dem vel og at hun er imøtekommende (Tveiten, 2020a). Dette viser viktigheten av at helsesykepleieren bruker den første tiden på skape en relasjon til fedrene initialt på møtet. Fordi fedrenes usikkerhet knyttet til hjemmebesøkets agenda og helsesykepleierens rolle initialt bidrar til å skape en usikkerhet til hjemmebesøket, er det

trolig at en introduksjon av tjenesten kan bidra til å skape realistiske forventninger og bidra til trygge rammer rundt hjemmebesøket. Også Tveiten (2020a) tenker at det kan være av stor betydning for kvaliteten på veiledningen at helsesykepleier bruker tid på å få avklart begge partenes forventninger til hverandre ved starten av besøket.

5.4.2 Være lydhør ovenfor foreldrenes signaler

Fedrenes opplevelse av at begge foreldrene ble møtt med en sensitiv tilnærming var av stor betydning for hvor fornøyde de var med tilbudet. Særlig dialogen viste seg å være viktig for deres opplevelse av å bli sett, hørt og ivaretatt. Dialogen representerte en inngangsport for helsesykepleier å utforske foreldrenes særlige behov, men krever samtidig evne til skjønnsvurderingen for å kunne skreddersy et tilbud ut fra foreldrenes behov. Tveiten (2020b) peker på dialogen som hovedformen for veiledning, og et sentralt virkemiddel i Empowerment prosessen. Tveiten (2020a) påpeker at det er av stor betydning at helsesykepleierens er bevisst og tar ansvar for at fedrenes autonomi og likeverd ivaretas i dialogen. En dialog med utgangspunkt i deres opplevelser, forståelse, erfaringer og behov kan styrke fedrenes kompetanse til å mestre sin egen situasjon, livet og andre faktorer som påvirker egen helse. Også i retningslinjene for barselomsorgen blir dialogen mellom helsepersonell og bruker regnet som selve grunnlaget for å kunne og motta tilstrekkelig helsehjelp, støtte og veiledning (Helsedirektoratet, 2014). Dialogen og aktiv deltagelse er viktige verktøy i det helsefremmende arbeidet, for å kunne styrke brukerens empowerment (Clancy, 2010). Fedrene i studien ønsket å være aktive deltagere. Dette er også en av grunnforutsetningene for å kunne oppnå empowerment (Tveiten, 2020a).

Fedrene erfarte imidlertid at helsesykepleieren hadde makt til å bestemme hva hjemmebesøket skulle inneholde, og at agendaen allerede var bestemt på forhånd. Flere av fedrene erfarte at helsesykepleieren brukte en form for sjekkliste som hun fulgte. Fedrene beskrev hvordan en dårlig balansegang mellom partenes agenda hadde stort potensial til å gi dårlig brukeropplevelse og redusert nytteverdi. Ifølge Cowley, Mitcheson og Houston (2004) kan helsesykepleierens risikere å miste sin fleksibilitet og åpenhet dersom hun låser seg til en plan for å identifisere og møte foreldre på forhåndsdefinerte behov. Også Tveiten (2020a)

påpeker at helsesykepleieren være særlig oppmerksom på den maktubalansen som oppstår dersom helsesykepleier skal være ansvarlig for å definere foreldrenes behov. Fedrene i min studie erfarte veiledningen tilpasset familien som mest verdifull, mens en gjennomgang av generell informasjon ble ansett som lite nyttig. Det var viktig for fedrene at den behovsrettede informasjonen ble prioritert over en mer generell informasjon. Dette funnet støttes også av andre studier (Montigny, Lacharité & Devault, 2012). Min studie viste at førstegangsfedrene anså det som helsesykepleierens ansvar å tilse at familiens behov ble godt nok ivare tatt, og at forholdene ble lagt til rette for foreldrenes deltagelse. Også studien til Hrybanova, Ekström og Thorstensson (2019) viste hvordan fedrene ønsket at helsesykepleier skulle være oppmerksomme på deres behov og jobbe aktivt tilby dem sin støtte. I min studie fikk helsesykepleierens evne til en slik tilrettelegging stor betydning for fedrenes relasjon til helsesykepleier og hvilken nytteverdi fedrene erfarte fra hjemmebesøket. Mens fedrenes relasjon til helsesykepleieren var av betydning for om de fedrene erfarte helsesykepleier som en mulig støttespiller. En god relasjon forutsatt imidlertid at helsesykepleier prioriterte tiden godt, var sensitiv for foreldrenes behov og signaler, fulgte opp deres initiativ, og viste interesse for det som de hadde å fortelle.

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering

Gjennom studiens problemstilling ønsket jeg å utforske hvordan førstegangsfedre erfarte at helsesykepleierens hjemmebesøk kan bidra til å støtte dem i overgangen til farsrollen. Det var ikke et mål å trekke konklusjoner, men belyse ulike sider av tema for å kunne oppnå en dypere forståelse for hvordan hjemmebesøket kan representere en kilde til støtte. Funnene i denne studien tyder på at førstegangsfedre anser helsesykepleierens hjemmebesøk som en god støtte i den første tiden hjemme med barnet.

Som beskrevet innledningsvis er det viktig at helsepersonell er bevisst på kjønnsforskjeller mellom mødre og fedre, både for å kunne forberede fedre på foreldrerollen og redusere stresset som følger med denne rolleovergangen (Widarsson et al., 2013). Studiens funn kan tyde på at helsesykepleiers hjemmebesøk har potensiale til å skape trygghet i den første tiden hjemme med barnet, og bidra til å redusere førstegangsfedrenes usikkerhet. Deltagernes erfaringer fra hjemmebesøket viser til at helsesykepleier representerte en kilde til anerkjennelse og informasjon, og at det var en trygghet forbundet med det å få en helsesykepleier som kontaktperson. Fedrene beskrev også stress og utfordringer knyttet til det med å få tilgang til en relasjon med barnet og opplevelsen av krav i forbindelse med overgangen tilbake til arbeidslivet etter at omsorgspermisjonen på to uker var over. Dette ble pekt ut som fedrenes særlige behov for støtte, da de ble tolket til å være ulik mødrenes behov. Funn fra studien viste at fedrenes opplevelse av inkludering, og relasjon mellom helsesykepleier og fedrene var av betydning for hvor aktivt de deltok på konsultasjonen og hadde også betydning for den senere motivasjon til å delta på timer på helsestasjon. I det følgende vil funnenes betydning for praksis og videre forskning drøftes.

6.2 Betydning for praksis

Denne studien kan tilby praksisfeltet en videre innsikt i førstegangsfedres erfaringer knyttet til helsesykepleierens tilbud om hjemmebesøk. Studien belyser deltagernes erfaringer om

hvordan hjemmebesøket bidro til å støtte dem som fedre. Studien sier også noe om hvilke behov for støtte førstegangsfedre de erfarte i forbindelse med denne første tiden, også de som ikke ble adressert på hjemmebesøket. Slik kan studien bidra til å gi videre innsikt i førstegangsfedrenes forutsetninger, perspektiver og behov knyttet til denne overgangsfasen i livet.

Kunnskaper fra denne studien kan bidra til å videreutvikle hjemmebesøket som metode, og kan være av betydning for hvordan helsesykepleier kan tilpasse tjenestetilbudet for å ivareta førstegangsfedre behov. Kunnskapen kan også være et bidrag til å skape økt fokus og mer diskusjon rundt et tjenestetilbud som kan ha betydning for førstegangsfedres helse og involvering i barnet.

Funnene i denne studien kan bidra til å synliggjøre hvilke utfordringer førstegangsfedre erfarer ved overgangen til farsrollen, og viser at helsesykepleierens hjemmebesøk kan være en nyttig støtte for førstegangsfedre. Derfor kan det være hensiktsmessig at helsesykepleier strekker seg ekstra for å tilrettelegge slik å sikre at alle førstegangsfedre erfarer at de får en reel mulighet til å delta på dette besøket.

6.3 Videre forskning

Førstegangsfedre er en viktig brukergruppe som det forsket lite på. Det er behov for videre forskning på hvordan behov for støtte fedrene har behov for ved overgangen til farsrollen, og hvordan helsestasjonstilbudet i større grad kan ivareta fedrenes behov og ønsker. Det er spesielt behov for mer forskning på hvordan hjemmebesøket som metode kan videreutvikles for å kunne ivareta fedrenes behov. Det er behov for mer forskning på hvordan tidlig samspillsveiledning på hjemmebesøket kan få betydning for fedrenes tidlige involvering og relasjon med barnet. Ettersom denne studien kun er basert på et familieperspektiv med samboende foreldre, der alle var etnisk norske og ressurssterke menn kan det også være behov for mer forskning på fedre tilhørende andre samfunnsgrupper.

7.0 Referanser

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Frykedal, K. F. & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31(3), 537-545. doi: 10.1111/scs.12367
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2008). Om menn, mansroller og likestilling. (Meld. St.8 (2008-2009). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet
- Brandtzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2012). Mikroseparasjoner, tilknytning og behandling. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Burup, I. (2020). Sundhedsfremme, kommunikation og læring. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie: En grunnbok* (s. 170-122). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Brown, A., Davies. R. (2014). Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal & Child Nutrition*. 10(4): 510–526. doi: 10.1111/mcn.12129
- 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>
- Cowley, S., Mitcheson, J., Houston, A. M. (2004). Structuring health needs assessments: the medicalisation of healyh visiting. *Sociology of health & Illness*. 26(5), 503-526. doi: 10.1111/j.0141-9889.2004.00403.x.
- Dahl, B. M. & Blindheim, K. (2020). Helsesykepleierens hovedarenaer og viktigste samarbeidspartnere. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie: En grunnbok* (s.72-88). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Fägerskiöld, A. (2008). A change in life as experienced by first-time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 22(1), 64-71. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00585.x>
- Gadamer. H. G. (2012). Sannhet og metode. Oslo: Pax Forlag A/S
- Garsjø, O. (2018). Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra individ- til systemorientert tenkning og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Giallo, R., Rose, N., Cooklin, A. & McCormack, D. (2012). In survival mode: mothers and fathers' experience of fatigue in the early parenting period. *Journal of Reproductive*

and Infant Psychology. 31(1), 31-45. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.751584>

Hanssen-Bauer, M. W. (2014). Hvordan kan empowermentprinsipper gjøre helsestasjonen mer helsefremmende. I S. Tveiten & K. Borge (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk – Nye perspektiver* (s.85-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2019, 15. januar). Helsesøster er nå helsesykepleier. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsesoster-er-na-helsesykepleier>

Helsedirektoratet. (2020, 18. september). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44)* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>

Helsedirektoratet. (2019, 19. november). *Helsestasjonsprogrammet 0-5 år. Vedlegg til Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Helsestasjonsprogrammet-0-5.pdf/_/attachment/inline/0e915096-a9ff-4afb-9dc8-a78d70335603:f66dc3395b4869603782bd0b911313539c0b3ebf/20191119%20Helsestasjonsprogrammet%200-5%20%C3%A5r%20oppdatert%20versjon.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet — Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. (Meld. St. 12 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (78 sider)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Veileder til lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hra/veileder-til-helseforskningsloven.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet 10.10.20 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7

Helseth, S. (2007). En mestringsmodell. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Red.), *Fratanke til handling* (s. 206-219). Oslo: Akribe AS

Hjälmhult, E. & Lomberg, K. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien forskning*. 1(4), 18-26. doi.10.4220/sykepleienf.2009.0018

- Hjälmhult, E. & Lomberg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26(4), 654-652. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x>
- Honneth, A. (2009). Mellom Aristoteles og Kant. *Agora. Journal of metafysisk spekulasjon*, 27 (4), 159-176.
- Hrybanova, Y., Ekström, A., & Thorstensson, S. (2019). First-time fathers' experiences of professional support from child health nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 33(4), 921-929. <https://doi.org/10.1111/scs.12690>
- Kowlessar, O., Fox, J. R. & Wittkowski, A. (2014). First-time fathers' experiences of parenting during the first year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33:(1),4-14, <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.971404>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvarme, L. G. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling* (s. 28-34). Oslo: Akribe AS
- Lindhberg, A & Hvatum, I. (2016). Møtet med helsestasjonen – foreldre som aktive deltagere I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten* (s.289-299). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(8), 790-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mao Q., Zhu L. X. & Su X. Y. (2011). A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing*. 20(5-6),645–652. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03542.x>
- Montigny, F. D., Lacharité, C. & Davault, A. (2012). Transition to fatherhood. *Advances in Nursing Science*. 35(3), E11-E22. doi: 10.1097/ANS.0b013e3182626167
- Montigny, F. D., Gervais, C., Larivière-Bastien, D. & St-Arneault, K. (2018). The role of fathers during breastfeeding. *Midwifery*. 58, 6-12. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.001
- Namir, H. M. A. A., Brady, A. M. & Gallagher, L. (2017) Fathers and breastfeeding: Attitudes, involvement and support. *British Journal of Midwifery* 25(7), 426-440. <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.7.426>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-2020-06-19-79). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Personvernloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger. (LOV-2018-12-20-116). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice*. China: Wolters Kluwer
- Premberg, Å., Hellström, A. L. & Berg. M. (2008) Experience of the first year as father. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(1),56-63. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00584.x
- Røsand, G. M. B. (2016). Parforholdets betydning for psykisk helse hos voksne og barn. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten* (s. 99-112). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Røthing, Å. & Aarseth, H. (2009). Kjønn og familie. I J. Lorentzen & W. Mühleisen (Red.), *Kjønnforskning, en grunnbok* (2.utg). (s.169-176). Oslo: Universitetsforlaget
- Skjøthaug, T. (2016). Fedres rolle i barnets tidlige utvikling. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten* (s. 85-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Slinning, K. & Sandtrø, H. (2016). The newborn behavioral observations system. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten* (s.437-450). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Solberg, B. & Glavin. K. (2018a). Fedre ønsker en mer aktiv rolle i svangerskaps-omsorgen og på helsestasjonen. *Sykepleien Forskning*.13. doi:10.4220/Sykepleienf.2018.72006
- Solberg, B. & Glavin, K. (2018b). From man to father: Norwegian first-time father's experience of the transition to fatherhood. *Health Science Journal*. 12(3) doi: 10.21767/1791-809X.1000569
- Store medisinske leksikon. (2020, 22. januar). Konsultasjon. Hentet fra <https://sml.snl.no/konsultasjon>
- Store norske leksikon. (2020, 10. januar). Rolle. Hentet fra <https://snl.no/rolle>
- Thomas, J. E., Bonèr, A. K. & Hildingsson, I. (2011) Fathering in the first few months. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25(3), 499-509. doi: 10.1111/j.14716712.2010.00856.x
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Tveiten, S. (2007). Veiledning. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling* (s. 173-191). Oslo: Akribe AS
- Tveiten, S. (2020a). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2.utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS

- Tveiten, S. (2020b). Veiledning som metode i empowermentprosessen. Lettere sagt enn gjort. I Vågan, A. (Red.), *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (s.73-91). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Vannebo, U. T. & Holme, H. (2010). Framtidens helsestasjoner og de minste barnas psykiske helse. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 529-544). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Viljugrein, T. & Lindboe, A. (2016). Helsestasjonen - de yngste barnas rett til helsehjelp. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten* (s. 19-25). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Widarsson, M., Engström, G., Rosenblad, A., Kerstis, B., Edlund, B. & Lundberg, P. (2013). Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(4), 839-847. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01088.x
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- World Medical Association. (2018, 9. Juli). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet 14.05.19 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Øvreeide, H. (2016) Triangulerte samtaler. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten* (s. 301-314). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

