



MASTEROPPGAVE I HELSEFREMMEDE LOKALSAMFUNNSARBEID

”Snart er det bare vi og feieren som er
innom hos folk”

- En kvalitativ studie av helsesøsters hjemmebesøk
til nyfødte

FORFATTER: INGER BALKE

Dato: 15.12.2013

Antall ord: 24570

Sammendrag

Helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte har en sterk tradisjon i Norge. Forskriften for helsestasjonsarbeidet fastslår at hjemmebesøk skal tilbys alle nyfødte innen 2 uker etter fødselen. Hensikten er informasjon, støtte og veiledning, samt å etablere kontakt og legge grunnlag for videre oppfølging av barnet og familien.

Hensikten med denne studien var å belyse foreldre og helsesøstres opplevelser av hjemmebesøket i et helsefremmende perspektiv, og å oppnå et grunnlag for kvalitetsutvikling. Undersøkelsen ble gjennomført med en kvalitativ tilnærming gjennom semistrukturerte intervju av foreldre; 7 mødre som hadde hatt hjemmebesøk, og 2 fokusgruppeintervju av helsesøstre. Intervjuene ble gjennomgått ved innholdsanalyse.

Foreldrene er opptatt av at helsesøster veier barnet, og at de får svar på spørsmål. Amming, følelser og foreldrerollen er viktige tema. Helsesøstrene la vekt på å få en god relasjon til foreldrene og mente dette best kunne oppnås når den første kontakten var hjemmebesøk. Det er sannsynlig at det er en fordel å ha hjemmebesøk som et generelt tilbud til alle nyfødte. Resultatene tyder på at hjemmebesøket er en god metode for å støtte og veilede foreldre i barseltiden, og sikre at barnet har det bra. Det gir foreldrene trygghet og anerkjennelse. Det viser seg et til dels underkommunisert spenningsfelt mellom hjemmebesøkets funksjon som støtte og veiledning til foreldrene, og som arena for kontroll.

Nøkkelord: hjemmebesøk, nyfødt, barsel, helsesøster, helsestasjon.

Abstract

Home visits by the public health nurse have strong traditions in Norway. The official regulation of health care work establishes that all newborns should be offered a home visit within two weeks after birth. The purpose is information, support and guidance, as well as establishing contact between the nurse, the child and its family. This contact is meant to serve as a basis for further service.

The purpose of this study is to shed light on parents' and the public nurse's experience with home visits in a health promoting perspective, as well as creating grounds for quality improvement. The survey is conducted through a qualitative approach based on semi-structured interviews with seven mothers who have experienced home visits and two focus group interviews with public nurses. The interviews are examined through content analysis.

The study shows that the parents are concerned that the nurse weighs the baby. They also welcomed the chance to voice their concerns. Breastfeeding, emotions and parenting are important topics. Furthermore, the nurses being interviewed emphasized the importance of establishing a good relationship with the parents, and believed that this was best achieved when the first contact was through home visits. Evidence shows that offering home visits to newborns and their parents is likely to carry significant advantage.

The results suggest that home visiting is a good method of offering support and guidance for parents through the postnatal period, at the same time as ensuring that the child is by good health. It provides parents with recognition, and helps them feel confident. Additionally, the results show a somewhat under communicated tension between the home visit's function as support and guidance to the parents, and as an arena for controlling their child care.

Keywords: home visit, newborn, post natal, public nurse, health service.

Forord

Jeg har gjennom mitt arbeid som helsesøster i 25 år fått mye og variert erfaring med helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge. Blant alle arbeidsoppgavene er det arbeidet med barn og foreldre på helsestasjonen for sped- og småbarn som står mitt hjerte nærmest. Når svangerskap og fødsel er overstått, starter for alvor overgangen til familieetablering og nye roller for foreldrene. Det er fint å få følge mennesker i denne prosessen, og hjemmebesøket til nyfødte er startkontakten med helsestasjonen. Gjennom masteroppgaven min har jeg fått anledning til å ta et dypdykk i denne spennende arbeidsmetoden

Masteroppgaven markerer avslutningen på fire krevende, men spennende år på studiet *Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid*. Takk til medstudenter, lærere og veiledere for all lærdom og inspirasjon.

En stor takk til helsesøstrene som velvillig hjalp meg å finne foreldre til intervju, og som selv deltok i fokusgruppene. Takk til mødrene som så positivt og velvillig stilte opp. Det er dere som har gjort denne studien mulig.

Takk også til mine medarbeidere i helsestasjonstjenesten i Østre Toten som tålmodig har vist interesse for mitt studiefokus. Takk til min arbeidsgiver, representert ved helsesjef Bjørnar Eidsvik, for støtte og tilrettelegging.

Førsteamanuensis ved Høgskolen i Gjøvik, Laila Tingvold, har vært veileder for meg i arbeidet med masteroppgaven. Takk for at du har oppmuntret meg og loset meg gjennom dette på en så god måte.

Til slutt, takk til de som står meg nærmest: Mannen min, Aage, som har støttet og oppmuntret meg gjennom disse fire årene, og gitt meg ekstra omsorg og dempet stress når jeg har trengt det. De tre snille, voksne ungene mine, Kjersti, Helge og Ellen, som har trodd på at mor skulle greie dette. Takk.

Hveem nordvestre, 15.12.2013

Inger Balke

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	4
1. Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn og problemstilling	8
1.2 Historikk	8
1.3 Lover og forskrifter	9
1.4 Hjemmebesøkets funksjon	11
2 Tidligere forskning	13
2.1 Forskning i Norge.....	13
2.2 Svensk forskning.....	14
3 Teoretisk forståelsesramme	16
3.1 Barn og foreldre	16
3.1.1 Samspill og tilknytning.....	16
3.1.2 Familiedannelsen	17
3.2 Helsefremmende arbeid	18
3.2.1 Salutogenese og "Sense of coherence"	19
3.2.2 Empowerment.....	20
3.2.3 Dialog og makt	21
3.2.4 Anerkjennelse	22
4 Metode.....	24
4.1 Valg av undersøkelsesdesign.....	24
4.1.1 Kvalitativ metode.....	25
4.1.2 Det kvalitative forskningsintervju	26
4.1.3 Fokusgruppeintervju.....	27
4.1.4 Åpent, semistrukturert, individuelt intervju	28
4.2 Gjennomføringen av intervjuene.....	28
4.2.1 Utvalg og rekruttering av deltakere.....	29

4.2.2	Fokusgruppeintervju av helsesøstre	31
4.2.3	Individuelt intervju av foreldre	31
4.3	Forskning i eget felt	32
4.3.1	Kunnskap om tema og forforståelse	33
4.3.2	Etiske refleksjoner	33
4.4	Studiens troverdighet	35
4.4.1	Validitet og reliabilitet	35
4.4.2	Overførbarhet og metodekritikk	35
4.5	Bearbeiding av data fra intervjuene	36
4.5.1	Transkribering	36
4.5.2	Innholdsanalyse	36
5	Presentasjon av funn	39
5.1	Foreldrenes opplevelse av helsesøsters hjemmebesøk	39
5.1.1	Å få tilbud om hjemmebesøk	39
5.1.2	Møtet med helsesøster	40
5.1.3	Forventninger til hjemmebesøket og å undre seg over om det er kontroll	42
5.1.4	Aktuelle tema som ble tatt opp på hjemmebesøket	44
5.1.5	Sammenfatning av betydningen av hjemmebesøket for foreldrene.	50
5.2	Hvordan helsesøstre opplever hjemmebesøket som metode	52
5.2.1	Å gi tilbud om hjemmebesøk	52
5.2.2	Møtet med foreldrene i hjemmet	53
5.2.3	Helsesøsters intensjoner med hjemmebesøket	56
5.2.4	Temaer helsesøster tar opp	58
5.2.5	Sammenfatning av betydningen av hjemmebesøket som metode.	61
6	Drøfting av resultater	62
6.1	Hjemmebesøket som god arena for veiledning og informasjon	62
6.2	Trygghet, bekreftelse og anerkjennelse	64
6.3	Betydningen av en god relasjon mellom helsesøster og foreldre	67
6.4	Spenningsfeltet mellom støtte og kontroll	69

7	Avslutning.....	72
7.1	Oppsummering.....	72
7.2	Muligheter for kvalitetsutvikling og videre forskning.....	73
	Litteraturliste.....	74
	Vedlegg 1 Godkjenning NSD.....	79
	Vedlegg 2 Framleggsvurdering REK.....	81
	Vedlegg 3 Informasjonsbrev helsesøstre.....	82
	Vedlegg 4 Samtykkeerklæring.....	83
	Vedlegg 5 Informasjonsbrev foreldre.....	84
	Vedlegg 6 Temaguide fokusgrupper.....	85
	Vedlegg 7 Intervjuguide foreldre.....	86

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og problemstilling

Å tre inn i foreldrerollen er en av de største begivenheter og endringer i et menneskes liv. Overgangen fra å ha ansvar bare for seg selv, til å ha det hele og fulle ansvaret også for et barn, medfører mange gleder, men også store utfordringer. Som de viktigste omsorgsgiverne for barnet sitt, tar foreldre fatt på en stor oppgave for at et samfunn skal fungere. I Stortingsmelding nr. 29 heter det: *"Familien er samfunnets grunnleggende sosiale enhet – den viktigste arena for tilhørighet, nærhet og fellesskap og den beste ramme rundt barnas oppvekst"* (Barn/familiedepartementet 2002-2003).

Kontakten mellom helsestasjonstjenesten og familien med det nyfødte barnet starter som oftest med helsesøsters hjemmebesøk. Hjemmebesøket har en lang og sterk tradisjon i Norge, og i studien min tar jeg utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvilke opplevelser og erfaringer har foreldre og helsesøstre av hjemmebesøk til nyfødte, i et helsefremmende perspektiv?

Forskningsspørsmål

1. Hvordan oppleves hjemmebesøket til familien med det nyfødte barnet av foreldrene?
2. Hvordan opplever helsesøstre hjemmebesøket som arbeidsmetode?
3. I hvilken grad er det samsvar mellom helsesøstrenes intensjoner og foreldrenes opplevelser?

Mål / hensikt med undersøkelsen

Få et grunnlag for kvalitetsutvikling av hjemmebesøket som arbeidsmetode.

1.2 Historikk

Den første helsestasjonen i Norge ble opprettet i 1911. Det var flere forløpere til dagens helsestasjoner. Mange menigheter drev barnepleiestasjoner, der målsettingen bl.a. var å oppmuntre mødre til å amme barna sine. Det ble også delt ut tran og melk til mødrene.

Også Norske Kvinners Sanitetsforening (N.K.S.) drev spedbarnsklinikker og kontrollstasjoner. De hadde som oppgave å gi råd om barnets pleie og ernæring, og

barnet ble undersøkt og veid. Sykepleieren som var tilknyttet kontrollstasjonen, assisterte legen og besøkte hjemmene i barnas første leveår. (Norsk Sykepleierforbund 2008). Viktigste tema ved hjemmebesøkene var hygiene og ernæring, samt fokus på forebygging av tuberkulose og andre smittsomme sykdommer.

Etter hvert ble helsestasjonstilbudet videreutviklet og utvidet til å gjelde i hele landet for barn på flere alderstrinn. I takt med samfunnets endringer og økt fokus på enkeltindividets integritet og rett til medbestemmelse, har også innholdet i helsestasjonens tjenester endret seg. I dag legges det i større grad vekt på veiledning framfor kontroll (Hjälmhult 2009). Psykososialt arbeid vektlegges i større grad. Sannsynligvis har helsestasjonene bidratt til at norske barn er blant de friskeste i verden (Norsk Sykepleierforbund 2008).

1.3 Lover og forskrifter

Det kom egen lovgivning for helsesøstertjenesten i 1957. Tjenesten ble en fylkeskommunal virksomhet, og det fortsatte den med etter at Lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn kom i 1972. Denne ble avløst av Kommunehelseloven i 1982, da helsestasjonsvirksomheten ble en lovpålagt kommunal tjeneste (NSF 2008). I dag er helsestasjons- og skolehelsetjenesten hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24.06.2011. (Helse-og-omsorgstjenesteloven 2011) I loven står det bl.a. i § 3-2:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:

a) Helsetjeneste i skoler og

b) Helsestasjonstjeneste

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

Tjenesteytingen er nærmere beskrevet i *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 3. april 2003*, med dertil hørende Veileder IS 1154 (Helsedirektoratet 2005). Der står det bl.a. at alle nybakte foreldre skal tilbys hjemmebesøk. Forskriften fastslår at hjemmebesøket skal tilbys *innen 2 uker etter fødselen*.

I 2011 foretok helsetilsynet tilsyn med barselomsorgen i kommunene. I rapporten fra dette tilsynet heter det: *"Etter at mor og barn er skrivne ut frå fødeinstitusjonen, skal helsesyster få melding og ta over det førebyggjande helsearbeidet knytt til barnet fram til skolealder. Helsestasjonen skal gi tilbod om heimebesøk innan 14 dagar etter fødselen. Utover dette har helsestyresmaktene ikkje formulert ei eiga målsetjing for barselomsorga. Helsestasjonstilbodet i barseltida dreier seg om å støtte familiedanninga, ta seg spesielt av utsette eller sårbare familiar og gi støtte og råd om amming. Helsesyster er hovudaktør i å følgje opp det nyfødde barnet ved helsestasjonen"* (Helsetilsynet 2011)

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester står det også i § 3-3.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

Om kommunens ansvar for folkehelsearbeidet står det i Folkehelseloven (2011)

Kap. 2, § 4:

"Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen".

I forskriften av 3.april 2003 (Helsedirektoratet 2005) slås det fast at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en helt sentral rolle i kommunens folkehelsearbeid.

Barn har rett til helsekontroll:

"Barn har rett til nødvendig helsehjelp, også i form av helsekontroll, i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll".

... og foreldrene har plikt til å medvirke til at det skjer i flg. § 6-1 i Pasient-og-brukerrettighetsloven (1999)

Helsestasjonstilbudet er frivillig, men det er altså en plikt for foreldrene å sørge for at barnet får helsekontroll. Det vil si at foreldrene må vise til at de benytter seg av andre tilbud som fastlege eller private tilbud dersom de velger bort helsestasjonen.

I Veilederen til forskriften legges det vekt på at tilbudene på helsestasjonen skal omfatte helseopplysning, veiledning, helseundersøkelser, vaksinasjoner, oppfølging av barn med spesielle behov og foreldre med behov for utvidet støtte. Tilbudet er frivillig, men det fremheves at det skal framstå som attraktivt (Helsedirektoratet 2005).

”Utgangspunktet for helsestasjons- og skolehelsetjenestens helsefremmende og forebyggende oppgaver, er at hovedansvaret først og fremst ligger hos den enkelte og foreldrene. Helsepersonells rolle er å støtte opp under dette ansvaret i samarbeid med den enkelte og familien.

Helsestasjonen har en sentral funksjon i å fange opp tidlige signaler på mistrivsel og utviklingsavvik. Det må legges tilrette for støttetilbud, iverksetting av spesielle tiltak, henvise til behandling, vise til og gi nødvendig informasjon om hjelpetiltak fra andre instanser mv”. (Veilederen s. 32).

I Helsedirektoratets kunnskapsbase for helsefremmende arbeid, står det: *”Sentralt i helsestasjonenes og skolehelsetjenestens arbeid står å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistrivsel, utviklingsavvik og antisosial atferd.” (forebygging.no 2013)*

1.4 Hjemmebesøkets funksjon

Det er lang tradisjon i Norge for at helsesøster går på hjemmebesøk. Å foreta hjemmebesøk til alle nyfødte uansett status, er et fenomen som nesten bare forekommer i de nordiske land, samt i England (Økland og Hjälmhult 2010).

Hjemmebesøk gir helsesøster mulighet til å bli kjent med familien i deres eget miljø. Hensikten er bl.a. å se om den nyfødte er frisk og om mor har det bra i barseltiden, og å gi hjelp og støtte ved evt. ammeproblemer. Det fremheves at det er viktig at foreldrene får informasjon, støtte og veiledning ut i fra individuelle behov (Helsedirektoratet 2005). Det etableres tidlig kontakt, og slik legges grunnlaget for den videre oppfølgingen av barnet og samarbeidet med familien på helsestasjonen.

Betydningen av hjemmebesøket er de seneste årene stadig fremhevet som svært viktig. Det er en kjensgjerning at barselkvinner i dag reiser mye tidligere hjem fra føde

/ barselavdelingen enn før (Helsetilsynet 2011). For noen år tilbake var det vanlig at mor og barn var i avdelingen 5-6 dager etter fødselen. I dag reiser de hjem etter 1-2 dager. Mange mødre har ikke fått etablert ammingen enda når de reiser hjem, og dermed har ikke barnet begynt å gå opp i vekt. Det kan også være andre helsemessige utfordringer for mor og barn så kort tid etter fødselen, og viktige observasjoner i nyfødtperioden som ikke er foretatt på sykehuset før hjemreise. Dette er viktige grunner for tidligere hjemmebesøk.

Når et barn er født, sender føde- / barselavdelingen melding til helsestasjonen i kommunen der mor og barn bor. Det vanlige er at helsesøster da tar kontakt med foreldrene og avtaler hjemmebesøk. Hjemmebesøket skal først og fremst gi trygghet for foreldre og barn. Det skal være en mulighet for veiledning og gode råd, svar på spørsmål, og sjekk av helse for mor og barn. Det skal opprettes kontakt mellom helsesøster og familien som start på et samarbeid gjennom barnets sped- og småbarnsperiode. Lytte til foreldrene, formidle det som trengs av informasjon og rådgivning på en god måte, ha "blikk" for mor og barns helse, få et inntrykk av hvordan familien fungerer og om de har nødvendig nettverk, - alt dette blir viktige faktorer ved et godt hjemmebesøk.

2 Tidligere forskning

Hjemmebesøk til nyfødte og deres familier som et universelt tilbud til alle, er unikt for de nordiske land og England. I Danmark utføres det meste av det som vi her mener med tradisjonelt helsestasjonsarbeid ved hjemmebesøk. *Sundhetsplejersken*¹ går først på et såkalt etableringsbesøk innen 7 dager etter mor og barn har reist hjem fra fødeavdelingen. Deretter et 2. besøk i løpet av barnets første levemåned. Senere utføres hjemmebesøk jevnlig, ganske forenelig med tidspunktene for våre helsestasjonsbesøk. Legeundersøkelser av barnet, samt vaksinasjon utføres hos fastlegen (Poulsen, Brot og Dansgaard 2011).

I flere andre land gjennomføres det målrettede hjemmebesøk til nyfødte som tilhører risikogrupper, for eksempel familier med lav sosioøkonomisk status, eller rusproblematikk. Dette er tilfelle i enkelte stater i USA, der hensikten bl.a. er å få mor og barn inn i behovsprøvde helseprogrammer, for eksempel Medicaid² (Wager mfl. 2004), noe som viser en god helseutvikling for mor og barn.

I den fattige delen av verden er det ofte helt andre helseutfordringer enn i vestlige land. Det er likevel interessant å se resultatene ved bruk av hjemmebesøk som intervensjon overfor nyfødte og mødre. Ved en undersøkelse i Bangladesh der helsearbeidere med spesiell opplæring gjennomførte hjemmebesøk 1. eller 2. dag etter fødselen (Baqui mfl. 2009), viste det seg at spedbarnsdødeligheten sank med over 60 %. Både i USA og i Bangladesh viste det seg at effekten av hjemmebesøket var avhengig av at besøket ble gjennomført kort tid etter hjemkomst og av kvalifisert personell.

2.1 Forskning i Norge

Selv om hjemmebesøk til nyfødte har vært vanlig praksis i Norge og Norden i mange år, har det vært nokså begrenset forskning på området (Hjälmhult 2009). Esther Hjälmhult ved Høgskolen i Bergen har imidlertid gjort et betydelig forskningsarbeid fra 2009-2012. Hun har foretatt en kartlegging av hjemmebesøk til familier med nyfødte i

¹ Sundhetsplejerske er i Danmark nesten det samme som helsesøster i Norge

² Medicaid er et offentlig helseprogram i USA. Systemet er ment å dekke helsehjelp til lavinntektsfamilier

Bergen (Økland og Hjälmhult 2010), samt en studie som går på hva barselkvinner er opptatt av den første tiden med nyfødt barn (Hjälmhult og Lomborg 2012).

I rapporten fra Bergen (Økland og Hjälmhult 2010) redegjøres det for hvordan helsesøstre vurderer og vektlegger sin praksis i forbindelse med tilbudet om hjemmebesøk. Rapporten baseres på en spørreskjemaundersøkelse til helsesøstrene. Undersøkelsen viser at helsesøstrene mener det er stort behov for hjemmebesøk til nyfødte. Likevel blir oppgaven av forskjellige årsaker i noen grad nedprioritert.

I den andre artikkelen (Hjälmhult og Lomborg 2012), refereres det til funn fra en undersøkelse ved gjennomførte fokusgruppeintervjuer av mødre som har hatt hjemmebesøk i barseltiden. Hovedfokus var ”*Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt*”. Gjennom analyseprosessen kom forfatterne fram til et hovedproblem: *Hvordan kan mødrene bevare kontroll og integritet i sin nye livssituasjon?* Konklusjonen ble at det var viktig for mødrene å utvikle ny kompetanse, søke anerkjennelse, tøyne tålegrensene, samt å endre fokus i sitt parforhold. Gapet i omsorg for barselkvinnene i overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste syntes å influere på deres sårbarhet. Mødrene trengte bekræftelse og anerkjennelse i morsrollen. Mangel på informasjon og positiv anerkjennelse stresset dem. Tidlig hjemmebesøk syntes å minske omsorgsgapet og økte mødrenes trygghet og kompetanse.

Kari Glavin m.fl. ved Diakonova høyskole har gjennom de siste 5-6 år foretatt undersøkelser av hjemmebesøket som utgangspunkt for identifisering og tidlig hjelp ved barseldepresjon, med fokus på screeningmetoden EPDS³ (Glavin mfl. 2010). Disse undersøkelsene viste at økt kompetanse hos helsesøstrene og bruk av EPDS på hjemmebesøk medførte at flere mødre med post partum depresjon ble oppdaget og fikk tidlig hjelp.

2.2 Svensk forskning

Det er også relevant forskning fra Sverige, der hjemmebesøk til nyfødte gjennomføres omtrent likt som i Norge i *Barnhälsovårdens*⁴ regi. Fram til 2008 var det forskriftsfestet fra den svenske *Socialstyrelsen* hjemmebesøk til alle nyfødte

³ EPDS = Edinburgh Postnatal depression scale

⁴ Barnhälsovården er det svenske tilsvaret til den norske helsestasjonstjenesten

innen 5 dager etter hjemkomst fra barselavdelingen (Svenska Socialstyrelsen 2007). Denne forskriften har imidlertid opphørt. Likevel gjennomføres hjemmebesøk i Sverige i stor grad, men i redusert antall de siste årene. Dette er gjenstand for bekymring, noe som bl.a. omhandles i en artikkel i svenske *Läkartidningen i 2010* (Almquist-Tangen mfl. 2010). I flg. denne artikkelen kommer det tydelige signaler fra overordnede helsemyndigheter i Sverige om at det bør gis bedre støtte til foreldre fra *Barnhälsovårdens* side, mens antallet hjemmebesøk synker. I artikkelen kommer det frem at studier viser at de familiene som fikk hjemmebesøk opplevde at de fikk snakke i fred og ro i en jevnbyrdig relasjon med sykepleieren som kom på besøk. Mødrene som fikk hjemmebesøk ammet lengre, og sykepleierne fremhevet betydningen av hjemmebesøket for familiens videre kontakt med *Barnhälsovården*. Hensikten med studien var å undersøke sykepleiernes syn på hjemmebesøket til nyfødte, og å kartlegge hvilke faktorer som var avgjørende for om det ble foretatt hjemmebesøk eller ikke. 79 % av sykepleierne mente hjemmebesøket var svært viktig og 18 % at det var ganske viktig. Likevel har andelen hjemmebesøk gått ned fra 2002 til 2007. Av faktorer som var avgjørende i de tilfeller hjemmebesøk ikke ble foretatt, oppgir sykepleierne følgende årsaker: at foreldrene takket nei, arbeidstiden ikke strakk til, lange avstander, samt at de anså det som like bra å ta i mot foreldrene på kontoret. I distrikter med mange innvandrerfamilier ble det ofte for tidkrevende å gjennomføre hjemmebesøk.

En annen svensk artikkel fra 2003 omhandler hjemmebesøkets effekt som støtte til de nyblevne foreldrene, og som arbeidsmetode for *Barnhälsovårdens* sykepleiere (Jansson mfl. 2003). Der vises det til at mødrene føler seg tryggere i det første møtet med *Barnhälsovården* når det er som et hjemmebesøk.

Ammefrekvensen er større hos mødre som får hjemmebesøk, og mye tyder på at foreldrene får en økt opplevelse av mestring. Det fremheves at hjemmebesøket er et godt hjelpemiddel for å støtte familien i "hverdagslivets utvikling" i eget nærmiljø. Sykepleierne opplever det som en god start på kontakten og de får et godt helhetsbilde av familiens situasjon.

3 Teoretisk forståelsesramme

3.1 Barn og foreldre

De viktigste elementene i den nære relasjonen mellom foreldre og barn, - kjærlighet, omsorg og ansvar, kommer vanligvis naturlig. Foreldre som selv har hatt gode, nære relasjoner i sin oppvekst og gjennom normal utvikling har blitt trygge voksne, vil som oftest klare omsorgen for egne barn uten alt for store vansker. Barnet er helt avhengig av denne omsorgen. Den nære tilknytningen til og samspillet med foreldrene er avgjørende for barnets utvikling (Smith og Ulvund 1999).

Vi kan likevel ikke ta dette helt for gitt. Selv om alle har rollemodeller for hvordan de ønsker å være foreldre, er det ingen av oss som vet eksakt hvordan det oppleves før en er der selv. Det kan være flere grunner til at oppgavene for foreldre blir vanskelig. Manglende støtte, lite nettverk, sosiale eller økonomiske vansker, psykiske plager og helsemessige utfordringer kan være eksempler på faktorer som kan påvirke foreldres omsorgsevne (Killén 1994). I tillegg kan det være forhold hos barnet som for eksempel sykdom og plager, som kan gjøre omsorgsoppgavene vanskelig. Uansett vil de fleste nybakte foreldre i varierende grad ha behov for hjelp og støtte fra omgivelsene (Misvær og Lagerløv 2013).

3.1.1 Samspill og tilknytning

Det lille barnets tilknytning til foreldrene er en forutsetning for normal utvikling og er basisen for barnets tillit til omgivelsene. Dette legger grunnlaget for at barnet etter hvert i trygghet vender seg mot verden, utvikler seg i samspill med omgivelsene og blir et sosialt vesen. *Tillit* er i flg. Løgstrup (2008) en grunnleggende menneskelig egenskap. Muligheten til tilknytning og utvikling av tillit i sped- og småbarnsalder, har betydning for barnets evner til å etablere gode mellommenneskelige forhold senere i livet (Smith og Ulvund 1999). Dersom et menneske har hatt mulighet til denne utviklingen, eksisterer det under normale forhold en grunnleggende tillit i møtet mellom mennesker. Vi møter andre med åpent sinn, - tror på det den andre sier og stoler på at hun eller han ikke vil oss noe vondt (Løgstrup 2008).

Fokus på samspill og tidlig tilknytning er viktige elementer i foreldrenes omsorg for barnet den første tiden. Dette blir lagt vekt på i tjenestene som helsestasjonen yter til

foreldre og barn i spedbarnsperioden. På hjemmebesøket blir det skissert at foreldrene skal få *individuell informasjon, støtte og veiledning ut i fra behov*. Generelt skal tjenesten gi veiledning knyttet til foreldrerollen og spedbarnets vekst og utvikling (Helsedirektoratet 2005), for eksempel om ernæring, motorikk og samspill.

3.1.2 Familiedannelsen

Tradisjonelt var det "storfamilien", lojaliteten mellom generasjonene og relasjoner i nærmiljøet som utgjorde det viktigste nettverket som støttet foreldre i ivaretagelsen av barn. I et afrikansk ordtak heter det: "It takes a whole village to raise a child". I vestlige land i dag har familiestrukturen endret seg. Unge mennesker bor ofte langt fra stedet der de har sine røtter, og det er flere en - persons husholdninger i Norge i dag enn det har vært noen gang tidligere (SSB), og flere mennesker enn før oppgir at de er ensomme. Ofte er det slik at folk i lokalmiljøene har lite med hverandre å gjøre, - det er ikke en gang sikkert de kjenner hverandre.

Like fullt oppgir mange mennesker at de forbinder familie og nærmiljø med trivsel, trygghet, tillit, fellesskap og tilhørighet, - og at dette er viktige faktorer for opplevelsen av god helse (Fugelli og Ingstad 2009). Familien beskrives som *"en kilde til helse ved at man gjennom en god oppvekst med trivsel og hygge får et harmonisk sinn. Dette ses på som et bidrag til å styrke mestrings- og tåleevnen"* (Fugelli og Ingstad 2009, s. 244). Familien finner nye former etter vekslende ytre vilkår, med god evne til tilpasning. Så å si alle fødes inn i en familie med et nettverk av relasjoner, der de får roller som varer hele livet, - foreldre blir værende sine barns foreldre, og barn sine foreldres barn. Disse rollene lenker mennesker i familien sammen (Piltz og Gústavsdóttir 1994).

Spesielt foreldrene, men også familien generelt, har stor innflytelse på barns utvikling (Kvelling 2010), og familien representerer så vel risiko- som beskyttelsesfaktorer for barnet. I flg. Kvelling (2010), vil for eksempel sensitivitet og struktur innad i familien være viktige beskyttelsesfaktorer for barn. Det er viktig at foreldre har kunnskap om dette og at de får nødvendig støtte til å bli trygge voksne og "gode nok" foreldre for sine barn (Killén 1994).

En "nyfødt" familie er sårbar fordi det skjer store omveltninger i livet, - for foreldrene fordi de får nye roller og nytt ansvar, og barnet fordi det er fullstendig prisgitt sine omsorgsgivere. Det blir derfor viktig med trygghet og støtte til foreldrene i denne

situasjonen, slik at de får en god start og et godt fundament for familiedannelsen, den grunnleggende enheten som samfunnsstrukturen vår bygger på (Barn/familiedepartementet 2002-2003). Helsestasjonstilbudet til barn og familie regnes som et viktig bidrag med støtte og veiledning til foreldre for å sikre barns helse og trivsel.

3.2 Helsefremmende arbeid

Forskriften fra 2003 som regulerer arbeidet i helsestasjonstjenesten, heter *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Det forebyggende perspektivet brukes tradisjonelt der en kjenner til bestemte årsakssammenhenger mellom risikofaktorer og sykdomsutvikling, og strategien dreier seg først og fremst om å spre kunnskap fra sentralt hold nedover til større befolkningsgrupper (Hauge og Mittelmark 2003), og slik oppnå reduksjon i sykdom. Begrepet helsefremmende arbeid skriver seg tilbake til WHO's Ottawa charter fra 1986. I flg. Hauge og Mittelmark (2003) fokuserer begrepet på tiltak som vil styrke livskvaliteten med utgangspunkt i positiv helse og velvære, i motsetning til sykdom og lidelse. Helsefremmende arbeid kan forstås som strategier "nedenfra og opp". Det er mer en utviklingsprosess der små endringer over tid kan forsterke hverandre og føre til bedre helse og overskudd til personlig, sosial og økonomisk utvikling, og dermed bedre livskvalitet. Veien til bedre helse og livskvalitet blir at den enkelte og lokalsamfunnet får økt kontroll over de faktorene som virker inn på helsemessige forhold. Å skape helsefremmende miljøer er en viktig del av dette, og mange andre samfunnsaktører enn helsevesenet har stor betydning. Det er sannsynligvis riktig å betrakte begrepene *sykdomsforebyggende helsearbeid* og *helsefremmende arbeid* som komplementære strategier i folkehelsearbeidet (Mæland 2005).

Begge begreper er aktuelle i helsestasjonstjenesten. Vaksinasjon og somatiske screeningundersøkelser er typiske forebyggende oppgaver. Foreldreveiledning og samtalegrupper er eksempler på helsefremmende arbeid (Misvær og Lagerløv 2013). Noen metoder og oppgaver kan sies å være begge deler. Selv om strategiene er komplementære, er det viktig å ha bevissthet rundt begrepene i arbeidet med nyfødte og deres familier. En helsefremmende tilnæringsmåte vil ha mer fokus på folks ressurser og livskvalitet, mens forebyggende helsearbeid i større grad handler om å

oppdage risikofaktorer og forebygge sykdom. Ved hjemmebesøk til nyfødte vil for eksempel veiledning om barns utvikling og samtale om foreldrerollen være et helsefremmende perspektiv, mens vektkontroll og sjekk av fysisk helse mer et forebyggende perspektiv.

3.2.1 Salutogenese og "Sense of coherence"

Den israelske sosiologen Aaron Antonovsky innførte begrepet salutogenese, der han beskriver helse som en ressurs på en akse mellom absolutt sykdom (dis - ease) og fullstendig sunnhet (ease). Salutogenese betyr egentlig læren om hva som fremmer helse og sunnhet, - i motsetning til patogenese, - det som fører til sykdom. Ut fra dette definerer Antonovsky begrepet "*Sense of coherence*" (SOC), "en følelse av sammenheng", eller følelse av tilhørighet og forutsigbarhet i tilværelsen. Hans forskning, som tok utgangspunkt i hvordan mennesker som overlevde Holocaust greide seg i etterkant, viser tendens til at de som har en godt utviklet SOC har bedre forutsetninger for å mestre utfordrende livssituasjoner og bevare god helse (Antonovsky 2012). I hans videre forskning har han vist at den salutogene modellen og SOC er aktuell i mange helse- og sosialfaglige sammenhenger, spesielt innen helsefremmende arbeid (Antonovsky 1996). Fokus på salutogene faktorer øker menneskers SOC, og gir sannsynligvis beskyttelse mot sykdomsutvikling.

Antonovsky beskriver SOC ved hjelp av tre komponenter: *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*. *Begripelighet* er i hvilken grad et menneske opplever stimuli og informasjon fra miljøet som kognitivt forståelig (Antonovsky 2012). *Håndterbarhet* forklarer Antonovsky som i hvilken grad man opplever å ha nok ressurser til rådighet for å mestre kravene og utfordringene den enkelte står overfor. Den tredje komponenten, *meningsfullhet*, er knyttet til utfordringer på livsområder som den enkelte vurderer som verdt å engasjere seg følelsesmessig i, og Antonovsky beskriver dette som motivasjonskomponenten i SOC. Han viser at alle de tre komponentene er uløselig knyttet til hverandre, men at meningsfullhet, motivasjonskomponenten, er mest sentral fordi den knyttes til engasjement som fører til større forståelse og bedre ressurser, som igjen gir økt mestring, *håndterbarhet* (Antonovsky 2012).

Jeg oppfatter de tre komponentene som viktige i foreldres omsorg for sitt nyfødte barn. Foreldrene trenger den kognitive forståelsen av hva omsorgsoppgavene

innebærer og det følelsesmessige engasjementet for å ta i bruk sine ressurser og oppnå mestring og håndterbarhet i omsorgsarbeidet. De fleste foreldre vil oppleve det å gi barnet sitt omsorg som meningsfullt, noe som i flg. Antonovsky er grunnlaget for motivasjon. Erfaringsmessig er de fleste foreldre til nyfødte svært motivert for oppgaven, men Antonovsky (2012) peker på at "... også lykkelige begivenheter kan være stressfaktorer. En kvinne føder sitt første barn, et nydelig, friskt lite spedbarn." (s.141), fordi handling er påkrevet. Ved hjemmebesøket til den nyfødte familien kan helsesøster gi støtte til foreldrene på et tidlig stadium i foreldrerollen og hjelpe dem til å se betydningen av kunnskap, forståelse og følelsesmessig engasjement i omsorgen for barnet (Misvær og Lagerløv 2013).

Antonovsky hevder at også *spedbarnet* helt fra fødselen av begynner å utvikle sin SOC, ved at det gjennom interaksjon med sine omgivelser utvikler et stabilt, forutsigbart mønster av konsekvent respons – handling – samhandling med sine omsorgsgivere, og slik utvikler følelsen av sammenheng i tilværelsen (Antonovsky 2012). En brist i disse faktorene vil trolig medføre utfordringer i omsorgen, sett i lys av viktige forutsetninger for barns utvikling, nevnt i kap. 3.1.1 og 3.1.2.

3.2.2 Empowerment

Ved at mennesker får mer kunnskap om helsefremmende forhold og selv kan påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen, dannes grunnlaget for *empowerment*. Empowerment - begrepet har med maktoverføring å gjøre, de "avmektige" tar tilbake bestemmelsesretten over eget liv, - de blir selv aktører som har kontroll over faktorer som påvirker helse, og kan ta de beste beslutninger på egne vegne (Hauge og Mittelmark 2003). Prosessen blir like viktig som resultatet, - opplevelsen av kontroll over eget liv vil i seg selv være positivt for mestringsevnen (Mæland 2005).

I følge Askheim (2012) er den individuelle tilnærmingen til empowerment opptatt av å bygge opp styrke hos den enkelte for å kunne ta i bruk egne ressurser og oppnå kontroll over eget liv. Empowerment - tenkningen baserer seg helt og fullt på frivillighet, og har sitt utspring i de fundamentale menneskelige behov for autonomi, makt og frihet (Green og Tones 2010). Askheim (2012) hevder at dette ikke innebærer at den profesjonelle skal forholde seg passiv, men en myk styring der vedkommende stiller sin kompetanse til rådighet og hjelper til å se mulige konsekvenser av ulike beslutninger og valg.

Stang (2003) bruker, - i likhet med flere andre, begrepet *bemyndigelse* som oversettelse for empowerment. Hun påpeker at hensikten med bemyndigelse, er å sikre den enkelte mulighet til innflytelse i saker som angår eget liv. Det sentrale blir utvikling og bruk av enkeltmenneskets ressurser og å motvirke faktorer som individet opplever som hinder for å oppleve kontroll over eget liv. Hun hevder at for å kunne bemyndige seg selv, trengs erkjennelse av egne muligheter og ressurser. Disse prosessene kan overføres til situasjonen for nyblevne foreldre, der erkjennelse og mobilisering av egne ressurser er helt sentralt i det å mestre foreldrerollen. Stang påpeker videre at bemyndigelse har med maktoverføring å gjøre, og at maktoverføring reflekterer det mellommenneskelige aspekt. Bemyndigelse kan innlede til fellesskap og samarbeid, og forutsetter derfor *makt til* i motsetning til *makt over*. Fagpersoner som utøver forskjellige typer velferdsarbeid, har i flg. Stang (2003) en viktig funksjon i å støtte enkeltindivider i en slik bemyndigelsesprosess, gjennom respekt for den enkeltes autonomi og innledning til dialog. Dette blir viktige refleksjoner i helsesøsters møte med foreldre på hjemmebesøk.

3.2.3 Dialog og makt

Dialog fremmer bemyndigelse ved at makt fordeles gjennom samhandling og kommunikasjon. Dialogen er et viktig virkemiddel i hjemmebesøket som metode, og i flg. Branstad (2003), er det viktig å ta hensyn til sosio - materielle forhold når det skal legges til rette for en god dialog. Hjemmebesøk til nyfødte er en god arena for å fremme dialogen mellom foreldre og helsesøster, men der også maktposisjoner og maktutøvelse er avgjørende for resultatet. En maktfri dialog, som i enkelte sammenheng blir fremhevet som et ideal, er ikke realistisk å oppnå (Flyvbjerg 2009). Helsesøsters bevissthet omkring hennes maktrelasjon til foreldrene, kan være avgjørende for dialogens resultat og utbyttet for foreldrene. Maktbegrepet er ofte negativt ladet, og paternalistisk maktutøvelse vil hemme dialogen. Men når makt erkjennes som dynamisk i en relasjon, kan den bli en positiv faktor for forståelse og kunnskapsproduksjon (Flyvbjerg 2009).

Helsesøsters rolle er i første rekke å gi støtte og veiledning, samt initiere videre samarbeid med foreldrene (Helsedirektoratet 2005). Makten hun besitter har bl.a. sitt utspring i kunnskap hun har som muligens er ukjent for foreldrene (Aamodt 2005). Men hun har også makt i kraft av å være lokale og sentrale myndigheters forlengede arm (Neumann 2009), og hun er, i tillegg til å gi støtte, forventet å oppdage avvik:

Helsestasjon har en sentral funksjon i å fange opp tidlige signaler på mistrivsel og utviklingsavvik (Veileder s.32 Helsedirektoratet 2005). Veilederen har en svak formulering av dette kontrollaspektet, mens det på Helsedirektoratets nettsted (forebygging.no 2013), står klart at det forventes at helsestasjonen oppdager tegn på omsorgssvikt.

I dette spenningsfeltet mellom støtte og kontroll ligger rammen for helsesøstrenes arbeid. Cecilie Basberg Neumann skrev sin doktoravhandling om dette tema. I følge Neumann (2009) la myndighetene i 1998 nærmest opp til et paradigmeskifte for helsesøstertjenesten, ved at ordene kontroll og rådgivning ble tatt ut av lov og forskrift og erstattet med veiledning. Omtrent samtidig ble helsekontroller barnets rett, og foreldrene fikk plikt til å følge opp (Pasient-og-brukerrettighetsloven 1999§ 6-1). Hun mener at staten her innskjerper helsekontrollenes betydning, samtidig som helsesøster fratras faglig autoritet, men også er forventet å utføre vanskelige oppgaver i form av å oppdage avvik og omsorgssvikt (Neumann 2009). Hun hevder at betydningen av den profesjonelle kunnskapsposisjonen for helsesøstre ved dette ble nedtonet pga den sterke statlige vektleggingen av å nå fram til alle, at helsestasjonen er et frivillig tilbud, og at helsesøster er forventet å *veilede* og ikke drive med rådgivning og kontroll. Neumann (2009) hevder at mange foresatte deler noe av helsesøsters kunnskapsbase, og at dette på mange måter utvanner hennes profesjonalitet. Det oppstår ikke en maktrelasjon i så stor grad mellom henne og foreldre, som det gjør for eksempel mellom pasient og lege fordi det i mye mindre grad er et avhengighetsforhold. Helsesøster blir i stor grad en veileder for vanlige barn og foreldre med vanlige vansker, og Neumanns studie viser at helsesøstre strever med å forholde seg til å observere avvik, særlig på det omsorgsmessige plan.

3.2.4 Anerkjennelse

Den tyske filosofen Axel Honneth hevder at anerkjennelse er nødvendig for et menneskes personlige identitet og selvaktelse, autonomi og status, - personen må oppleve å bli gjenkjent som det mennesket han selv mener å være. Gjensidig anerkjennelse dreier seg om å erkjenne at den andre er et menneske, - uten anerkjennelse vil et menneske gå under. Mangel på anerkjennelse viser seg i dagens samfunn som ubalanse mellom det vi ser på som individuell frihet og sosial tilpasning (Honneth 2008). Honneths teori inkluderer tre former for anerkjennelse (Høilund og Juul 2005). *Kjærlighet* representerer anerkjennelse i de helt nære relasjoner.

Rettigheter innebærer anerkjennelse av det enkelte menneske som en respektert medborger. *Verdsettelse* eller solidaritet innebærer at alle mennesker gis anerkjennelse for de verdier og ressurser den enkelte representerer for seg selv og som et bidrag til samfunnets fellesskap. I lys av Honneths teori om anerkjennelse (Høiland og Juul 2005) blir det viktig at den som utøver sosialt arbeid anerkjenner den enkelte for de verdier han eller hun står for og slik bidrar til en positiv selvforståelse og oppnår forutsetninger for et godt liv.

I forholdet mellom helsesøster og foreldre når helsesøster er på hjemmebesøk, er anerkjennelse grunnlag for en praksis som legger vekt på relasjonen mellom dem. I flg. Aamodt (2005) forutsetter dette en *gjensidighet* med respekt og forståelse mellom den som tilbyr hjelp og den som mottar. Hun hevder at dette vil åpne for større deltakelse for den vi vil hjelpe eller støtte, og større bevissthet om maktfordeling fra hjelperens side. Hun hevder også at begrepene anerkjennelse og empowerment har en felles grunnlagstenkning, men at mange forholder seg til empowermentbegrepet som en handling **fra** hjelperen **til** et annet menneske i den hensikt at vedkommende skal endre seg. Slik blir gjensidigheten borte. Hun mener at anerkjennelsesbegrepet i større grad vektlegger gjensidigheten, *"I vår anerkjennelse av hverandre er vi som hjelper og klient deltakere i et felles "samskapingsprosjekt" som i seg selv er myndiggjørende for begge parter"* (Aamodt 2005, s. 142). Dette kan fint overføres til hjemmebesøket, der samskapingsprosjektet kan defineres som omsorgen for det nyfødte barnet og støtte i foreldrerollen. Honneth beskriver også anerkjennelse som et viktig element i samspillet mellom mor og barn. Med utgangspunkt *"i morens varige kjærlighet og hennes intersubjektive pålitelighet, vil barnet oppdage sitt personlige liv og utvikle grunnleggende sosiale ferdigheter"* (Honneth 2008, s. 113).

4 Metode

4.1 Valg av undersøkelsesdesign

I dette kapitlet vil jeg drøfte valg av metode for studien min. Jeg var inne på muligheten for å anvende kvantitativ metode med spørreskjema til de jeg ønsker som respondenter. Jeg så på mulige spørreskjemaer fra kunnskapssenteret: [Kvinnens erfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen NORSK](#). Skjemaet har to spørsmål om hjemmebesøk, - om de har hatt besøk, og rangering av nytten.

I 2011 gjennomførte vi brukerundersøkelse på helsestasjonen der jeg jobber. Undersøkelsen var i regi av www.bedrekommune.no, og hadde en kvantitativ tilnærming gjennom spørreskjema med rangerte spørsmål, nokså likt kunnskapssenterets skjema. Målgruppen var foreldre med barn 0-5 år, intensjonen å kartlegge brukernes opplevelse av helsestasjonens tjenester. Undersøkelsen ga en oversikt over om respondentene hadde mottatt hjemmebesøk, og hvor fornøyd de var. Siden det ikke ble gitt begrunnelse på svarene, ble det lite grunnlag for endring og utvikling. Vi kunne si enten ”ja, de fleste er fornøyd med hjemmebesøkene, så dette får vi til ganske bra”, eller hvis de var misfornøyd: ”her må vi se på hvordan vi kan gjøre det bedre”. Men vi fikk ingen detaljkunnskap om brukernes opplevelser som kunne hjulpet oss å se hva vi burde gjøre annerledes. Dette er ofte en begrensning ved spørreskjema -undersøkelser, - du får bare svar på akkurat det du spør om. For at svar skal kunne telles og regnes om til kvantitative størrelser, må spørsmålene være avgrenset og lukket.

Jeg har derfor valgt å bruke kvalitativt design i min studie, - ut i fra at jeg har et ønske om å utforske detaljer og gå mer i dybden av fenomenet hjemmebesøk. Målet mitt er å få kunnskap om opplevelser ved hjemmebesøket til nyfødte fra både foreldre og helsesøstres side, og å oppnå et grunnlag for kvalitetsutvikling. Jacobsen (2010) fremhever at kvalitativ tilnærming egner seg for å få fram nyanser og detaljer, samtidig med en helhetlig forståelse av samspill og relasjoner. Jeg har foretatt fokusgruppeintervju av helsesøstre og individuelle, semistrukturerte intervju av foreldre som har mottatt hjemmebesøk.

Jeg beskriver her hva som menes med kvalitativ metode, deretter de to forskjellige intervjutypene. Deretter hvordan jeg gikk fram mht utvalg av respondenter, samt

planleggingen og gjennomføringen av intervjuene. Jeg vil også si noe om hvilke etiske overveielser jeg gjorde, spesielt med tanke på at jeg selv er en del av feltet jeg beveger meg i.

4.1.1 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder benyttes når vi ønsker å undersøke et fenomen mer "under overflata", - når vi ønsker å gå i dybden og ha fokus på det subjektive, for eksempel opplevelser og oppfatninger av et fenomen, som i min problemstilling. Å samle kvalitative data tilsvarer en induktiv tilnærming (Jacobsen 2010). Det betyr at vi tar utgangspunkt i empirien og bruker den til å danne eller underbygge teorien.

Kvalitative data har sitt utgangspunkt i språket (Jacobsen 2010). Det kan for eksempel være data som framkommer ved samtaler og intervjuer. Når vi anvender kvalitative metoder, undersøkes som oftest få enheter. En fordel ved dette, er at det blir mer nærhet mellom den som forsker og de som blir undersøkt. Det kan komme fram nyanserte data, og prosessen er fleksibel og kan gi data med høy, intern gyldighet. Problemstilling og metode kan justeres underveis, selv om gangen i undersøkelsesprosessen er lagt på forhånd. *"Det betyr at vi får fram den "riktige" forståelsen av et fenomen eller en situasjon, det vil igjen si de undersøktes konstruksjon av virkeligheten"* (Jacobsen 2010, s. 62). Den kvalitative tilnærmingen er et godt utgangspunkt for å oppnå kunnskap og forståelse for menneskers opplevelser, tanker og følelser. Jeg ønsker å oppnå så helhetlig forståelse som mulig av samspill og relasjoner mellom involverte personer inn i den konteksten de befinner seg i når den nyfødte familien får hjemmebesøk av helsesøster.

De kvalitative forskningsmetodene har sitt utspring i fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon med de tyske filosofene Husserl og Gadamer som viktige teoretikere. Fenomenologien beskriver hendelser og handlinger slik de *viser* seg i vår livsverden (Kvale og Brinkmann 2009). Det dreier seg om å forstå, ikke bare å forklare (Skirbekk 1976). Språk og handling er sentrale faktorer. Hermeneutikken fortolker fenomenene ut i fra den konteksten de forekommer i, - forståelsen kommer i kjølvannet av tolkningen (Aadland 2004). I flg. Aadland (2004) kan den hermeneutiske sirkel brukes som et verktøy i tolkningsprosessene for å oppnå økt forståelse, dvs. å kombinere studien av selve fenomenet med veksling mellom å se helhet og deler,

refleksjon og erfaring, forforståelse og tolkning. Dette oppleves som et nyttig perspektiv i min studie.

Det språklige uttrykk blir det vesentlige i studien, -samtalen om hvordan hjemmebesøket oppleves, med menneskesyn, forforståelse og etisk plattform som avgjørende bakteppe. Løgstrup (2008) beskriver hvordan forholdet mellom mennesker på avgjørende måte er knyttet til *den etiske fordring*, den grunnleggende tillit i møtet mellom mennesker. Den er viktig i enhver dialog som står sentralt i jakten på å forstå menneskene og deres uttrykk. En god dialog forutsetter i flg. Gadamer at vi er åpne og refleksive (Aadland 2004) og oppmerksomme på egen forforståelse. Forforståelse og nærhet mellom forsker og de som undersøkes kan prege tolkningen og påvirke resultatene.

Konteksten for et hjemmebesøk til nyfødte er sammensatt. Fenomenet foregår i *hjemmet*, på mottakerens private område, og i en sårbar situasjon med nyfødt barn, - et komplekst samspill der en fagperson er tett på menneskers *livsverden* og mulighetene for tolkninger er mange.

4.1.2 Det kvalitative forskningsintervju

Jeg gjennomførte individuelle intervju med foreldre som har hatt hjemmebesøk av helsesøster i barseltiden, samt hatt fokusgruppeintervju med helsesøstre som har erfaring med hjemmebesøket som arbeidsmetode.

Et intervju er et møte der minst to personers forutsetninger, holdninger og interesser påvirker hva som kommer ut av samtalen (Järvinen og Mik-Meyer 2005). I det kvalitative forskningsintervju utveksles synspunkter og erfaringer mellom intervjuer og den som blir intervjuet, og dette samspillet danner grunnlaget for konstruksjon av kunnskap (Kvale og Brinkmann 2009). Intervjuet blir et "*sosialt møte hvor erfaring blir fortolket og mening blir skapt*" (Järvinen og Mik-Meyer 2005, s. 30). Et intervju vil alltid være tosidig, - det er en veksling mellom personlig relasjon og kunnskapsproduksjon. Järvinen og Mik-Meyer (2005) fremhever betydningen av interaksjonen mellom intervjuer og personen som blir intervjuet, og at meninger og kunnskap produseres i fellesskap og gjensidighet. De mener at den fenomenologiske tenkningen med forsøk på å se verden fra intervjupersonens synsvinkel og avdekke dennes *livsverden*, tar for lite hensyn til dette interaksjonistiske perspektivet. For meg ble det viktig å være bevisst på begge deler, - både vektlegge objektivitet for å unngå

å påvirke intervjupersonenes meninger og utsagn, og samtidig prøve å legge merke til betydningen av samspillet. Det fenomenologiske perspektivet handler om å forstå en annens verden ut i fra seg selv, - dvs. å strebe etter å møte den andre så åpent og fordomsfritt som mulig (Aadland 2004). Gjennom språket kan vi forstå den andres mening og hensikt ved å se sammenhenger, fortolke det som kommer fram og oppnå en dypere forståelse, og slik ut i fra egen begrepsramme beskrive og forstå opplevelsene helsesøstre og foreldre har ved hjemmebesøk til nyfødte.

4.1.3 Fokusgruppeintervju

Gruppeintervju er i følge Jacobsen (2010) en god metode når det er et nokså avgrenset tema som skal undersøkes. Han hevder at et gruppeintervju ofte setter i gang tankeprosesser rundt temaet som ikke så lett ville blitt bevisstgjort hos den enkelte ved et individuelt intervju. I gruppeintervjuer viser det seg også ofte at det utvikler seg en felles forståelse av temaet. Dette kan komme av at gruppedeltakerne utvikler sine meninger i løpet av prosessen fordi de får mer perspektiv på hendelsene de skal mene noe om (Jacobsen 2010). Men det er også viktig å være klar over at den enkelte påvirkes av de andre gruppedeltakerne, og at argumenter og synspunkter er farget av den gruppeprosessen som pågår under intervjuet. Dynamikken i gruppa vil påvirke hvilke synspunkter som kommer fram, og hva som vektlegges mest. For eksempel vil det kunne bli slik at mer dominerende personer lettere kommer fram med sine synspunkter enn de som er mer tilbakeholdne. Det er viktig å være bevisst på at en deltaker i et gruppeintervju aldri får sagt like mye som en deltaker i et individuelt intervju (Halkier 2010).

Fokusgruppeintervju er en form for gruppeintervju der samspillet mellom gruppedeltakerne er viktigere enn samspillet mellom intervjuer og intervjupersonene. Gruppa skal ha en moderator som hjelper til å holde seg til tema og oppmuntrer til diskusjon. Den sosiale samhandlingen i gruppa blir en kilde til data, ved at deltakerne snakker sammen om det aktuelle temaet og kommenterer hverandres uttalelser ut i fra en kontekstuell forståelse (Halkier 2010). Det er intervjuer som bestemmer temaet fokusgruppen skal snakke om. Det vil egne seg godt når det er et relativt avgrenset tema som skal diskuteres, og det er også en fordel at gruppedeltakerne har kunnskap om temaet (Jacobsen 2010). Ved studie av et såpass avgrenset fenomen som hjemmebesøk til nyfødte, skulle det være en god metode å benytte fokusgruppe ved intervju av helsesøstre som utfører tjenesten. De har gode muligheter til å utdype

hverandres perspektiver siden de har felles erfaringer og opplevelser. Dette fremheves ofte som en fordel ved fokusgruppeintervjuer (Halkier 2010). Helsesøstrene har en felles faglig plattform, noe som gjør at de i tillegg til sine erfaringer med hjemmebesøk har fagkunnskapen som et bakteppe.

4.1.4 Åpent, semistrukturert, individuelt intervju

Et semistrukturert intervju er en fleksibel samtale med hensikt å få beskrivelser av hvordan intervjupersonen fortolker meningen med det aktuelle fenomenet (Kvale og Brinkmann 2009). Den som intervjues kan legge fram sine meninger fritt uten å bli farget av andres synspunkter, og en vil kunne få fram individuelle oppfatninger og meninger. I studien av hjemmebesøk til nyfødte, er det nettopp det å få kjennskap til den enkelte forelders oppfatninger som er min målsetning. En - til- en - relasjonen ved et slikt intervju blir et godt utgangspunkt for tillit og åpenhet (Jacobsen 2010). Den som skal intervjues har et ansvar for å fremstå slik at tillit og åpenhet kan oppstå. Dette er, som tidligere nevnt, en forutsetning for en fri og åpen dialog.

Intervjuet kan ikke være så åpent at det fremstår som uten mål og mening. Det må være tydelig for den som skal intervjues hva temaet er, og intervjuer må ha en plan for struktur, hensikt og innhold. Samtidig må en unngå lukkede spørsmål og spørsmål med svaralternativer. Det er vanlig å utarbeide en intervjuguide for å sikre at vi kommer inn på de aktuelle problemstillingene som trengs for å belyse temaet på en tilstrekkelig måte.

Selv om en som forsker prøver å være åpen og legge til rette for at intervjupersonen kan føle seg fri og utvungen, vil alltid intervjupersonen påvirkes av settingen og den som intervjuer, - og motsatt. Fenomenologien har alltid lagt vekt på at objektivitet er nødvendig for å se *fenomenets vesen* (Kvale og Brinkmann 2009), men det viser seg at den som intervjuer aldri blir helt nøytral, og relasjonen mellom de involverte personene og konteksten de befinner seg i vil påvirke utkommet av ethvert intervju og være avgjørende for meningene som kommer fram. *"Interviewet er et møte, hvor (mindst) to sæt forudsætninger, holdninger og interesser brydes mot hinanden"* (Järvinen og Mik-Meyer 2005, s. 29)

4.2 Gjennomføringen av intervjuene

Før jeg kunne gjennomføre intervjuene, måtte jeg søke NSD (Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste) om tillatelse til å gjennomføre studien min. Jeg sendte også forespørsel om framleggsvurdering til REK (Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Som vedlegg til søknadene måtte jeg sende med informasjonsbrev til respondenter / informanter, samt tema- og intervjuguide. Godkjenning fra NSD (Vedlegg 1) kom i midten av april 2013. På samme tid kom svar fra REK (Vedlegg 2) om at jeg ikke trengte godkjenning derfra på min studie. Da startet arbeidet med å planlegge rekruttering av respondenter, samt detaljplanleggingen av intervjuene.

4.2.1 Utvalg og rekruttering av deltakere

I fokusgruppeintervjuene ønsket jeg deltakelse fra helsesøstre som utfører hjemmebesøk til nyfødte for å få belyst hjemmebesøket som metode. Jeg henvendte meg til to kommuner, en bykommune og en landkommune. Begge kommunene er middels store og sammensatte, slik at det er stor variasjon i befolkningen som mottar tjenester fra helsestasjonene. Dette skulle kunne gi en ganske god bakgrunn for å få et bilde av hvordan hjemmebesøkene oppleves av helsesøstre som utfører dem. Alle helsestasjoner har en felles plattform for hjemmebesøk til de nyfødte og deres familier gjennom *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 3. april 2003*, med dertil hørende Veileder IS 1154 (Helsedirektoratet 2005). Her legges det føringer for hensikt og tema for hjemmebesøk.

Jeg henvendte meg til ledende helsesøster i de to kommunene og spurte dem om hjelp til å rekruttere helsesøstre. I tillegg var jeg på et interkommunalt møte med helsesøstre fra de to kommunene og la fram planen for studien min. Her ba jeg om hjelp til rekruttering av foreldre til intervju. Resultatet av mitt rekrutteringsarbeid mht intervju av helsesøstre, medførte to fokusgrupper. De fikk informasjonsbrev (Vedlegg 3) og samtykkeskjema (Vedlegg 4). Den ene gruppa, fra den største kommunen, hadde 5 deltakere og den andre hadde bare 3. Tre deltakere i en fokusgruppe kan regnes for å være lite, det vanlige er å regne med 6-12 (Halkier 2010). Begge mine grupper er mindre enn dette, men til gjengjeld er de personer som både har høy kontekstuell forståelse og mye kunnskap om emnet de skal snakke om. Dette blir også fremhevet som viktig for gruppens evne til emnefokus og å produsere kunnskap

(Halkier 2010). De to gruppene var fra hver sin kommune. Gruppedeltakerne var dermed også ganske godt kjent med hverandre, da de var arbeidskollegaer. Halkier (2010) konkluderer med at det kan være utmerket hvis det passer til problemstillingen og formålet med undersøkelsen. Ulempen kan være at de kan ha former for relasjoner seg i mellom som kan forhindre fri utveksling av synspunkter. Fordelen er at de er trygge på hverandre og lett tar del i samtalen, samt utdyper hverandres perspektiver fordi de har felles erfaringer og opplevelser (Halkier 2010).

Når det gjelder utvalg av foreldre, brukte jeg også helsestasjonene i de to kommunene som rekrutteringskanal. Jeg avklarte med ledende helsesøster først, og så fikk jeg som tidligere omtalt, delta på et interkommunalt møte med helsesøstre fra de to kommunene hvor jeg ba om hjelp til å rekruttere intervjupersoner. Helsesøstrene fikk informasjonsbrev til foreldrene (Vedlegg 5) til utdeling sammen med samtykkeskjema (Vedlegg 4) og svarconvolutt. Ved å rekruttere gjennom helsestasjonen, ble det lett å være overbevisende om at undersøkelsen er seriøs, og gjennom informasjonsbrevet oppfordret jeg også deltakere til å delta for å bidra til kvalitetsutvikling av helsestasjonstilbudet. Jeg ba om rekruttering av foreldre med barn i alderen ca 0-15 måneder for at det skulle være lettere for intervjupersonene å huske detaljer fra hjemmebesøket ved at det ikke hadde gått veldig lang tid. Etter råd fra min veileder, satset jeg på å skaffe 6-10 respondenter. Jeg kunne gjerne tenkt meg å intervju både mødre og fedre, men var forberedt på at det ville bli flest mødre, siden det gjerne er de som har mest kontakt med helsestasjonen og som er mest hjemme i barnets første leveår. Dette stemte, - det ble bare mødre.

Det er viktig å være inneforstått med at enkelte grupper kan ha lettere for å si ja enn andre til å la seg intervju. Jacobsen (2010) understreker at det er viktig å være kritisk til om vi har fått tak i de kildene som gir den informasjonen vi trenger, og tenke over hvilke kilder vi gikk glipp av. Det kan for eksempel være slik at de som er fornøyd vil være lettere å få til å stille opp enn de som er misfornøyd. Det er sikkert flere faktorer som virker inn på hvem som vil delta, og en kan ikke forvente et tverrsnitt av tjenestemottakerne når det dreier seg om 6-10 respondenter. Det kan tenkes at forhold som utdanning og sosioøkonomisk status kan spille en rolle for hvem som vil delta (Kvale og Brinkmann 2009). I denne studien var jeg ute etter foreldres opplevelse av hjemmebesøket og den helsefremmende betydningen på generelt grunnlag. Jeg var ikke ute etter opplevelsene hos en bestemt gruppe

foreldre. Vurdering av hvor representative deltakerne var, er aktuelt i en diskusjon om resultatenes overførbarhet (Jacobsen 2010).

De foreldrene jeg intervjuet fikk spørsmål om alder og om de var 1.gangs eller flergangs foreldre. De fikk ikke andre bakgrunnsspørsmål, men noen kom inn på hva de jobbet med. Jeg fikk 7 respondenter, alle fra den samme kommunen. Dette kan ha flere årsaker, for eksempel at det er et større befolkningsgrunnlag i den kommunen jeg fikk flest. Men det kan også ha betydning på hvilken måte helsesøstrene har ordlagt seg, eller hvem de har spurt. Jeg la ikke andre føringer enn at det skulle være foreldre med barn i alderen 0-15 mndr. Når jeg fikk inn svarkonvolutter med samtykkeerklæring der foreldre takket ja til å delta, kontaktet jeg dem på telefon for å avtale tid og sted.

4.2.2 Fokusgruppeintervju av helsesøstre

Begge fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i løpet av sommeren. Jeg deltok selv som moderator og en medstudent deltok som assisterende moderator. Hennes rolle var å observere og bidra med innspill hvis det trengtes (Halkier 2010). Jeg hadde informert på forhånd om temaet og problemstilling. Som en introduksjon til samtalen i fokusgruppa presenterte jeg en temaguide (Vedlegg 6). Jeg foretok lydopptak av samtalen. Gruppeintervjuene ble foretatt i møterom på helsestasjonene. Samtalene gikk lett, - det ble fin flyt og god deltakelse i samtalen. Rollen som moderator ble å lede samtalen videre til neste tema, samt å lytte og oppmuntre og stille oppfølgingsspørsmål. I gruppa med 5 deltakere var det noe forskjell på hvem som snakket mye og hvem som ikke var så aktiv. Men den som sa lite bidro ved å bekrefte ting de andre gruppedeltakerne sa. I den andre gruppa var det ingen forskjell på graden av deltakelse, - alle bidro omtrent like mye. Intervjuene varte i ca 1 time.

4.2.3 Individuelt intervju av foreldre

Intervjuene med foreldre ble gjennomført som åpne, semistrukturerte intervju, dvs. med en viss struktur for hvilke tema samtalen skulle dreie seg om for å få fram aktuell informasjon. (Jacobsen 2010). Jeg utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 7) med oversikt over tema og forslag til spørsmål, og som ble som et manuskript for å skape struktur (Kvale og Brinkmann 2009). Intervjuguiden inneholdt hovedtemaer med underspørsmål, 5-6 åpne spørsmål for hvert tema. Spørsmålene var ment som en

hjelp for meg til å få belyst de viktigste sidene ved hjemmebesøket og å holde fokus på temaet. Jeg var opptatt av at spørsmålene ikke skulle være ledende eller besvares med ja eller nei. Jeg prøvde å få samtalen til å gli lett under intervjuet, og hadde som utgangspunkt at jeg ikke nødvendigvis behøvde å stille spørsmålene, dersom det kom fram svar i samtalsløp. På slutten av hvert intervju, spurte jeg alle om de hadde noe mer de ville fortelle som jeg ikke hadde spurt om.

Når intervjuene ble avtalt, spurte jeg foreldrene om de hadde noe ønske om hvor vi skulle treffes. De fleste svarte nei, men flere måtte ha med barnet sitt, slik at det var et poeng at det var i nærheten. Når jeg foreslo å møtes på helsestasjonen eller i rådhuset, syntes alle det var greit. De fleste intervjuene ble da gjennomført på et ledig kontor på en av helsestasjonene og to på et møterom på rådhuset i tilknytning til den andre helsestasjonen. Jeg var spent på om det ble vanskelig når de hadde med barna sine, babyer i alderen 2,5 – 9 måneder, - men det gikk bra, - jeg kan ikke si at det forstyrret i det hele tatt. Alle intervjupersonene virket svært positive til å bli intervjuet og gikk inn for å svare så godt de kunne. Jeg var litt spent på reaksjonen når jeg introduserte lydopptak, for i flg. Jacobsen (2010) er det vanlig at intervjupersoner kunne vegre seg mot lydopptak, - men ingen hadde noen innsigelser på dette. De viste tvert i mot stor forståelse for at dette var nødvendig. Lydopptakene gjorde at jeg kunne konsentrere meg om samtalen og ikke behøvde å notere. Hvert intervju varte omtrent i 30 – 35 minutter.

4.3 Forskning i eget felt

Det er nokså vanlig å forske i eget felt. Dette er naturlig ut i fra den enkeltes interesse for eget arbeid og fagområde. For meg representerer dette et ønske om å belyse sammenhenger og få mulighet til å utvikle ny kunnskap som en selv får erfare vil komme til nytte. Hummelvoll (2011) sier at praksisnær forskning dreier seg om forskning og utvikling som er tett knyttet til det området der kunnskapen skal brukes, og at det er relevant å involvere både yrkesutøvere og de som mottar tjenester. Forskerens faglige interesser og erfaringer påvirker problemstilling og valg av perspektiv (Malterud 1996), og som forsker blir en deltaker i feltet hvor en henter empirien. En vanlig diskusjon, er balansen mellom nærhet og distanse, både mellom forsker og fagfelt og i den relasjonen som oppstår mellom forsker og informanter. I det følgende vil jeg reflektere over hva dette kan bety for min studie.

4.3.1 Kunnskap om tema og forforståelse

Det kan være fordeler ved å forske i eget felt, for eksempel god kunnskap om temaet. Dette gjør det lettere å identifisere problemområder som er relevante, og en har god bakgrunn for å analysere dataene som kommer fram. Når du selv har praktisk erfaring fra feltet og kjenner til miljøet, er det lettere å oppnå tillit og troverdighet. Det er også en fordel når det gjelder muligheter til å få innpass og knytte kontakter på den arenaen der informanter og respondenter befinner seg.

Men det er også svært viktig å være oppmerksom på egen forforståelse. Med forforståelse menes de forutsetningene den enkelte bringer med seg og som danner grunnlaget for hvordan vi forstår en tekst eller handling (Aadland 2004). Forforståelse kan være både bevisst og ubevisst, og ubevisst forforståelse kan føre til at oppnådde resultater blir sett på som en bekreftelse på egne, kanskje fordomsfulle, hypoteser. Samtidig, - ingen forståelse uten forforståelse (Aadland 2004), og som forsker blir det viktig å være bevisst på så mange av egne forforståelser som mulig.

Feltarbeid i egen kulturkrets innebærer at jeg studerer en del av min egen virkelighet (Wadel 1991). Den virkeligheten og det fenomenet jeg studerer, har vært en del av mitt arbeidsområdet i mange år. Iflg. Wadel (1991, s. 11) dreier feltarbeid seg om *"å søke etter relasjonelle og prosessuelle forklaringer på menneskelig atferd"*. Jeg kjente en del av fokusgruppedeltakerne fra før, fordi de var kolleger fra andre kommuner. I intervjusituasjonen ble det viktig å være bevisst på dette og tenke over hvordan dette kunne påvirke resultatet av intervjuet.

Jeg kjente ingen av foreldrene jeg intervjuet, men jeg snakket med dem om et fenomen som er en arbeidsoppgave jeg selv har utført utallige ganger. Dette ble en viktig faktor å forholde seg til gjennom hele prosessen. Ved forskning i eget felt er det spesielt viktig å være oppmerksom på forforståelse oppstått på grunnlag av erfaringer fra eget arbeid, samt faglig perspektiv, egne hypoteser og det teoretiske grunnlaget en bygger på. (Malterud 1996).

4.3.2 Ethiske refleksjoner

All kvalitativ forskning innebærer møter mellom mennesker, så også i min studie. Jeg møter både mennesker som har mottatt tjenester i en sårbar fase av livet, og helsepersonell som utfører tjenesteytingen. De etiske prinsippene som gjør seg mest gjeldende i denne type forskning der åpenhet og dialog er viktig, er i flg. Hummelvoll

(2008) autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet. Dette samsvarer i stor grad med det som skisseres i de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap og humaniora (Kalleberg 2006). Her fremheves viktigheten av å ha respekt for menneskeverd og integritet, unngå skade og belastninger, samt krav om å informere de som utforskes. For å imøtekomme dette, er det viktig å tenke gjennom hvilke konsekvenser studien kan ha for de involverte. Det kreves innhenting av samtykke til å gjennomføre studien, samt ivaretagelse av taushetsplikt og anonymitet. Dette er oppfylt gjennom informasjonsbrev og samtykkeerklæring, samt forankring hos ledelsen for de helsestasjonene jeg har brukt som base for rekruttering og gjennomføring. Studien er meldt til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste) (Vedlegg 1), som ga tillatelse i april 2013. Alle data i form av notater og lydopptak oppbevares og slettes i tråd med denne tillatelsen og retningslinjer ved Høgskolen i Gjøvik. Studien er også framleggsvurdert av REK (regional etisk komité) (Vedlegg 2). For å unngå for stor grad av nærhet både overfor helsesøstre og foreldre, søkte jeg kontakt med to andre kommuner enn der jeg jobber og ba om å få gjennomføre studien der.

I min studie var det viktig for meg å stille følgende spørsmål: Hvordan påvirker maktforhold relasjonen mellom meg som forsker og de personene jeg intervjuer, og hvilken betydning har det for resultatet? Bevisstgjøring av maktrelasjoner er en viktig etisk refleksjon i det møtet som oppstår mellom mennesker i kvalitative forskningsmetoder. I flg. Max Webers definisjon av maktbegrepet, dreier det seg om evner og muligheter til å gjennomføre egne interesser tross motstand (Hummelvoll, Andvig og Lyberg 2010). Men makt er et sammensatt begrep, og i flg. Løgstrup (2008), er alle forhold mellom mennesker maktrelasjoner, fordi den avhengigheten som eksisterer mellom mennesker i mellom, gjør at vi alle både utøver makt og er gjenstand for maktutøvelse. Denne bevisstheten ble viktig for meg i møtet med helsesøstre og foreldre. Er det slik at jeg utøver makt som gjør at nyanser forsvinner? Kan det at jeg er helsesøster ha påvirket svarene jeg fikk? Faren er å utøve makt på en paternalistisk måte og frata andre autonomi og medbestemmelse (Henriksen og Vetlesen 2006). Som forsker blir det avgjørende å ha en åpen tilnærming og imøtekommende atferd overfor alle de involverte.

4.4 Studiens troverdighet

Studien bygger til dels på en antakelse om at helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte er et viktig bidrag i å gi nødvendig støtte og veiledning til foreldrene i den nye situasjonen. Min forforståelse kan ha påvirket resultatet, selv om jeg har prøvd å være så nøytral som mulig.

4.4.1 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet handler om henholdsvis kunnskapens gyldighet og pålitelighet. Å finne ut resultatenes gyldighet og pålitelighet, handler om å vurdere om de er til å stole på og om studien undersøker det som var ment (Jacobsen 2010).

Forberedelser og bruk av temaguide er med å sikre at studien undersøker det som var tenkt og at resultatene er riktige. Respondentene var personer som hadde høy grad av kunnskap om fenomenet jeg ville finne ut noe om. Mødrene jeg intervjuet hadde selv nylig hatt hjemmebesøk av helsesøster, og for helsesøstrene var det en velkjent arbeidsmetode. Intervjuene var semistrukturert slik at intervjupersonene visste godt hvilke temaer vi skulle snakke om, men åpne spørsmål gjorde at de kunne snakke nokså fritt.

Av den forskningen som foreligger om hjemmebesøk, er det flere ting som er sammenfallende med de funnene jeg har i min studie. Dette kan også tas til inntekt for studiens gyldighet (Jacobsen 2010). Gyldigheten kan også testes mot relevant teori om helsefremmende arbeid.

4.4.2 Overførbarhet og metodekritikk

Ved bruk av kvalitative metoder, er ikke hovedmålet å generalisere (Kvale og Brinkmann 2009). Likevel tenker jeg at mye av det som kommer fram i studien vil ha likhetstrekk med den generelle oppfatningen av hjemmebesøket, både fra foreldre og helsesøstres side. Dette kalles en analyttisk generalisering, dvs. en begrunnelse for at funn fra en studie kan regnes som rettleidende for hva som kan forventes i en annen, lignende situasjon (Kvale og Brinkmann 2009). Hjemmebesøket er et allment tilbud, og det er sterke føringer for hvordan det skal utføres. De mødrene jeg intervjuet virker nokså gjennomsnittlige, og det er grunn til å anta at de gir uttrykk for en nokså allmenn oppfatning. Samtidig mister jeg de som kanskje har opplevelser utenom det vanlige, for eksempel de som har fått barn det er noe spesielt med, eller der det er vanskelige sosiale forhold. Det er grunn til å tro at jeg kunne fått større

variasjon i funnene hvis utvalget var mer variert. Det må også tas i betraktning at alle mødrene i studien var fra samme kommune, og ingen fedre ble intervjuet.

4.5 Bearbeiding av data fra intervjuene

Jeg har et nokså stort datamateriale fra 7 individuelle intervjuer med foreldre som har mottatt hjemmebesøk og 2 fokusgruppeintervjuer med helsesøstre. Dataene må struktureres og analyseres for å få fram hvilke funn og resultater studien gir. Ved å dele opp i meningsbærende enkeltelementer og analysere disse, for deretter å se elementene i lys av en helhetlig sammenheng, benytter jeg meg av en hermeneutisk tilnærming (Jacobsen 2010) til fenomenet jeg studerer. Målet er å oppnå nye forståelser og ny kunnskap. Slik håper jeg å få noen svar på hvilken opplevelse og forståelse personene jeg har intervjuet har av helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte.

4.5.1 Transkribering

Jeg tok lydopptak under intervjuene og transkriberte det ut i lesbar tekst. Ved å transkribere blir intervjuene strukturert, slik at det blir lettere å få oversikt over materialet, og det blir bedre egnet for analyse (Kvale og Brinkmann 2009). Hvert av de individuelle intervjuene ble i gjennomsnitt 12 sider tekst, og hvert av fokusgruppeintervjuene ble 24 sider. Jeg hørte i gjennom intervjuene flere ganger, samtidig som jeg satt med den transkriberte teksten. Dette var svært nyttig for å oppdage hva som gikk igjen, og hva som kom fram av forskjelligheter i intervjuene.

4.5.2 Innholdsanalyse

For å få god oversikt over data fra intervjuene, har jeg foretatt en innholdsanalyse. Innholdsanalyse er en teknikk som består i å sortere data fra intervjuene i kategorier for å beskrive innholdet i utsagnene (Kvale og Brinkmann 2009). Kategoriene reduserer og strukturerer intervjueteksten, og forenkler sammensatte data. Slik blir det lettere å få overblikk og å sammenligne tekst fra forskjellige intervjuer (Jacobsen 2010). Kategoriene kan utvikles på forhånd eller de kan framstå under analysen, - de kan hentes fra teori eller fra intervjupersonenes dagligspråk (Kvale og Brinkmann 2009). Jeg satte opp kategoriene på forhånd ved at jeg tok utgangspunkt i tema- og intervjuguide, og så definerte jeg meningsbærende enheter i den transkriberte teksten og plasserte de inn i kategori og underkategori. Slik kunne jeg tematisere teksten og få bedre oversikt, og knytte temaene til forskningsspørsmålene.

For de individuelle intervjuene satte jeg opp 5 hovedkategorier, og så underkategorier under hver av hovedkategoriene. Jeg laget tabeller for hvert av intervjuene, der jeg satte inn meningsbærende enheter som passet til underkategoriene. Slik kunne jeg finne sitater som omhandler mening om samme tema og kategori og sammenligne og få temaet belyst ut i fra forskjellige intervjupersoners utsagn. Jeg gikk fram på samme måte for å analysere fokusgruppeintervjuene.

Selve prosessen i innholdsanalyse kan gjøres på forskjellige måter og med ulike abstraksjonsnivåer (Graneheim og Lundman 2004). Det blir hevdet at vi enten kan se på det manifeste innholdet i teksten, altså det som uttrykkes direkte, eller analysere det latente innholdet. Analyse av det latente innholdet innebærer en tolkning av teksten. I flg. Graneheim og Lundman (2004) blir det alltid en form for tolkning når vi foretar innholdsanalyse av en tekst, noe som samsvarer med det hermeneutiske perspektivet min studie bygger på.

Eksempel på en tabell fra innholdsanalysen:

FORVENTNINGER	
Underkategori	Meningsbærende enheter
Om tilbudet var kjent	Men jeg visste det fra noen slektninger at det var vanlig. For de sa det på føden også, i forbindelse med veiing og sånn. For å følge med vekta. Vi var på føden en gang etter at vi reiste hjem, for å veie. Og da sa de at hun kom til å bli veid på hjembesøk.
Hva de visste på forhånd	Jeg spurte svigerinna mi hva som egentlig skjedde på hjembesøket, for jeg visste ikke så mye om det. Så jeg ville forberede meg litt på hva jeg kunne stille spørsmål om. Så jeg spurte henne litt om hva som ble gjort, og hun sa at det var veiing og måling og spørsmål hvis jeg lurte på noe. Jeg visste veldig lite om det i forkant. Ja, jeg synes det var greit å vite hva som skulle skje. Jeg visste at de kom, men ikke hva de egentlig skulle for noe.
Forberedelse	Ja, vi pratet litt om det i forkant hva vi skulle spørre om egentlig. Jeg slet ganske mye med amming, derfor så hadde jeg en del spørsmål knyttet til det, og vi hadde forberedt oss litt på det. Nei, det har vel litt med det at jeg kunne spørre om det jeg ville, og at jeg kunne styre litt hva vi snakket om egentlig.
Om de så på besøket som kontroll	Nei, jeg hadde kanskje ikke alt utover stuegulvet da, men det gikk veldig greit. Men jeg var litt nysgjerrig i forkant, jeg spurte svigerinna mi om hva de ser etter, og om det er slik at jeg må ha det striglet. Og det var det ikke, sa hun. Og hun sa at de bare ser etter det helt ekstreme, og at jeg ikke hadde noe å bekymre meg for. Så jeg tok det veldig med ro.

Tabell 1 Eksempel på kategorisering av intervju

5 Presentasjon av funn

Funnene presenteres i to sekvenser, - i første del (5.1) kommer funn fra intervjuene med mødrene og i andre del funn fra fokusgruppene med helsesøstre (5.2).

5.1 Foreldrenes opplevelse av helsesøsters hjemmebesøk

Funn fra det mødrene forteller om sine opplevelser fra hjemmebesøket presenteres under fem forskjellige temaer:

- Å få tilbud om hjemmebesøk
- Møtet med helsesøster
- Forventninger til besøket og å undre seg over om det er kontroll
- Aktuelle tema som ble tatt opp ved besøket
- Viktigste betydningen av hjemmebesøket i mødrenes perspektiv

5.1.1 Å få tilbud om hjemmebesøk

Alle respondentene oppga at de ble oppringt på forhånd før hjemmebesøket, og at det da ble det avtalt tidspunkt og lignende. De hadde hørt om at det var vanlig med hjemmebesøk fra helsesøster når de kom hjem etter fødselen. Men det var ikke alle som visste om dette også gjaldt dem, for eksempel hvis de var flergangsfødende. Noen visste om tilbudet fordi de hadde hørt om det fra venner eller familie, eller de hadde hatt hjemmebesøk selv med tidligere barn. Andre hadde fått vite om det på fødeavdelingen eller hos jordmor mens de gikk til svangerskapskontroll:

"Men jeg visste det fra noen slektninger at det var vanlig. Og de sa det på føden også, i forbindelse med veiing og sånn. For å følge med vekta. Vi var på føden en gang etter at vi reiste hjem, for å veie. Og da sa de at hun kom til å bli veid på hjembesøk."
(respondent nr.3)

"Ja, det ble sagt da jeg var på svangerskapskontroll hos jordmora på helsestasjonen på rådhuset. Det ble nevnt, det var ikke så veldig mye snakk om det, men jeg var forberedt på å få det."(respondent nr.6)

Jeg spurte alle om de gjorde seg noen spesielle tanker før de bestemte seg for å takke ja til tilbudet om hjemmebesøk, men alle sier at de egentlig ikke overveide å si nei takk. En sier at om hun hadde fått valget om å komme på helsestasjonen eller få

hjemmebesøk, så hadde hun valgt hjemmebesøk. Flere uttrykker at de egentlig ikke følte at det var et spørsmål om de ønsket hjemmebesøk, men at det var helt vanlig og at de egentlig ikke fikk noe valg:

"På forhånd så hadde jeg... nå etterpå så ville jeg i hvert fall ha valgt å få hjemmebesøk, men jeg vet ikke om jeg ville klart å se at det var det beste på forhånd. Ja, det var veldig greit at noen hadde bestemt det, ja." (respondent 5)

En av intervjupersonene hadde litt skepsis til måten hun fikk tilbudet på:

"Men jeg opplevde det ikke som et tilbud. Det var bare sånn det skulle være. Det var ikke sånn "kan jeg komme?". "Jeg kommer." "Ja. Jeg tenkte at det var sånn det skulle være, jeg." (respondent 7)

Og videre sier hun:

"Hun ringte dagen før, faktisk. Jeg ble litt stresset fordi det var litt kort varsel, følte jeg. Men jeg er litt sånn, da. Vil gjerne vite ting litt på forhånd, da, men jeg må bare forberede meg sånn... Liker at ting er planlagt i god tid." (respondent 7)

De fleste var egentlig fornøyd med hvordan de ble tilbudt hjemmebesøket, men flere oppfattet det egentlig ikke som at dette er et tilbud de kunne velge bort, men en vanlig prosedyre som hører med til det å ha fått barn, - "... nei, det tenkte jeg ikke på, - jeg bare sa ja!" Alle var fornøyd med at helsesøster ringte for avtale, men en syntes det var for kort varsel, og at det egentlig ikke var et tilbud men mer et pålegg. To uttrykte at de ikke hadde så mye behov for hjemmebesøk denne gangen, - da de var flergangsfødende, men at det var mye viktigere da de fikk det første barnet. En sa at hun ble veldig glad for å få tilbudet, nettopp fordi hun ikke hadde fått hjemmebesøk da hun fikk nr.1.

5.1.2 Møtet med helsesøster

De fleste respondentene uttrykte at de syntes det var fint å få besøk av helsesøster. Flere brukte uttrykk som at helsesøster var imøtekommende, blid og hyggelig, at det var et trivelig besøk, og at det var en naturlig og avslappet stemning under besøket. Enkelte poengterte at den gode stemningen førte til at det ble lettere å ta opp ting som de på forhånd kanskje ikke hadde tenkt var aktuelt:

"Hun er jo veldig blid og trivelig, og det var god stemning. Nei, det har jo gjort at jeg kan ta opp ting som ikke har akkurat med barnet å gjøre også, men som kanskje er

mer i forhold til hvordan vi gjør det hjemme og med meg og han pappaen. Litt om livet ellers. Så hun var veldig åpen om å snakke om sånt.”(respondent 6)

Flere respondenter uttrykte også at de syntes det var fint at helsesøster kom som en erfaren fagperson inn i hjemmet deres. De brukte uttrykk som at det var positivt og all right at det kom noen som de kunne spørre om ting, for de opplevde at det var mye de lurte på i starten. Flere sa også at det føltes trygt at hun kom og kunne se at alt var bra med barnet:

”Jeg synes det var veldig greit, jeg. For i begynnelsen, så strevde vi en del med amming, så det at hun kunne komme hjem og se at han så fornøyd ut og veie ham og se at det gikk riktig vei, det synes vi bare var veldig fint. Han var veldig gul, slik at hun også kunne se at det ikke så farlig ut. Og det er klart at hun er jo erfaren, så hun visste hva som var viktig å ta opp på hjembesøket. Det var ikke masse slik ”dette må du lese, og det her”, så nei, det var egentlig veldig greit. Det føltes som en samtale, heller enn en forelesning.”(respondent 6)

Noen var litt betenkte på forhånd over hvordan det ville være å få besøk av helsesøster, og en av respondentene var skeptisk til at det ble for nært:

”... så derfor var jeg nok kanskje litt spent på om det ble litt sånn... ”trått” kanskje. Men det ble liksom ikke det... Så det er jo fint da, at den helsesøsteren har den egenskapen at hun er flink til å prate og komme inn på folk, da.”(respondent 1)

”Ja... Følte nok kanskje at det var litt sånn... eh... jeg vet ikke om jeg bare er veldig privat, eller... Men jeg... at det er liksom litt sånn annerledes å få noen som du ikke kjenner inn hjemme, - liksom, og i en sårbar periode...”(respondent 7)

Flere sa også noe om betydningen av å møte henne og bli kjent fordi de skal ha videre kontakt på helsestasjonen. Noen har vært frustrert over å møte en annen helsesøster, ja, kanskje flere forskjellige, når de kommer på helsestasjonen:

*”Så når det er den samme (helsesøsteren) så da føler du liksom at hun er din, og da vet hun liksom hvordan det har vært tidligere... og vet liksom... Ja, så det synes jeg er kjempefint. For det var veldig frustrerende med det første barnet. For da måtte vi liksom fortelle historien hele tiden på nytt, sant? Hun kjente liksom ikke ungen, og ungen kjente ikke igjen henne. Så jeg er veldig fornøyd denne gangen. Absolutt.”
(respondent 3)*

Men så kom også betenkelighetene fram. Flere har tanker om at de må rydde og vaske til helsesøster kommer. De uttrykker at de egentlig vet at det ikke er nødvendig, men at de uansett ønsker at det skal se litt fint ut når det kommer noen. Kontrollaspektet ligger muligens på lur, og flere reflekterer over det.

De fleste ga uttrykk for en positiv opplevelse av møtet med helsesøster. Det reflekteres over at hun er hyggelig og imøtekommende og flink til å komme inn på folk, og at hun som fagperson kan gi bekreftelse på at alt er i orden med barnet og måten foreldrene utøver omsorgen på. Men flere har også en mer eller mindre uttalt undring over hensikten med besøket, og det uttrykkes også skepsis til å få et fremmed menneske så tett innpå seg.

5.1.3 Forventninger til hjemmebesøket og å undre seg over om det er kontroll

Jeg spurte foreldrene om hvilke forventninger de hadde til hjemmebesøket. De fleste tenkte at helsesøster skulle veie barnet og se til at det fikk nok melk. Mange hadde en forventning spesielt om det å få hjelp til amming, og at helsesøster skulle se til at barnet var ved god helse. Ellers sa de fleste at de hadde forventning om å få stille spørsmål om ting de lurte på med barnet, og at helsesøster skulle gi råd, veiledning og informasjon om aktuelle temaer:

"Hadde vel kanskje noen forventninger om å få noen råd og... i forbindelse med det at hun sov... og om amming og sånn, da." (respondent 7)

"Nei, jeg visste vel egentlig ikke, men jeg tenkte at da kan jeg i hvert fall spørre om det jeg lurer på"(respondent 5)

"Og ellers så forventet jeg jo at hun skulle se på ham og måle og veie og sånt. Eh... og å være interessert i ham. Så det var vel egentlig det jeg forventet."(respondent 6)

Det var flere respondenter som ga uttrykk for at de egentlig var usikre på hva som var intensjonen med besøket, og hva som skulle skje. Det var også veldig forskjellig hvor de hadde fått informasjon om at de ville få tilbudet. Noen hadde fått beskjed om det hos jordmor eller på sykehuset, andre hadde bare "hørt" at det var vanlig, eller hadde fått vite litt fra venner og lignende. Enkelte hadde spurt venner eller familie om hva som vanligvis skjer på hjemmebesøket. To respondenter sa at de, sammen med samboer; hadde forberedt seg ved å skrive ned spørsmål før helsesøster kom.

”Jeg spurte svigerinna mi hva som egentlig skjedde på hjembesøket, for jeg visste ikke så mye om det. Så jeg ville forberede meg litt på hva jeg kunne stille spørsmål om. Så jeg spurte henne litt om hva som ble gjort, og hun sa at det var veiing og måling og spørsmål hvis jeg lurte på noe. Jeg visste veldig lite om det i forkant. Ja, vi pratet litt om det i forkant hva vi skulle spørre om egentlig. Jeg slet ganske mye med amming, derfor så hadde jeg en del spørsmål knyttet til det, og vi hadde forberedt oss litt på det. Jeg synes det var veldig greit, for jeg kunne på en måte stille de spørsmålene jeg ville, og jeg kunne styre litt hva vi snakket om egentlig. I tillegg til at hun gjorde vanlig kontroll, hadde jeg lista mi med spørsmål.” (respondent 4)

Det er et tydelig funn at de fleste foreldrene som fikk hjemmebesøk hadde tanker som gikk ut på at hjemmebesøket var en slags kontroll, og at de til en viss grad ble vurdert som omsorgspersoner. I utgangspunktet sa de fleste at de ikke følte seg kontrollert ved hjemmebesøket, men samtidig sa de at de tenkte at huset måtte være i orden. Enkelte sa at de trodde at helsesøster ville sjekke ting rundt barnet som for eksempel stell og hygiene og om det var generelt gode oppvekstforhold. De ga uttrykk for at de ikke opplevde dette som påtrengende, men var mer opptatt av veiledningen og samtalen de fikk. Kontrollaspektet hevdet de kunne være viktig for å sikre at nyfødte barn har det bra. Flere kom inn på at selv om de følte seg trygge på å ha gode nok forhold for barnet sitt, så mente de det var viktig at helsesøster har en kontrollfunksjon og kan oppdage ting der det ikke er bra.

”Også lurte jeg litt på hvor mye kontroll er det, på en måte? ... er det veldig sånn kontroll, om hun skal gå rundt og se, og nærmest se om vi klarer å skifte bleie. Hva er det, liksom? skal de se om det er støvete? Men de sa ettertrykkelig at det ikke var det de skulle. Og jeg visste jo for så vidt det, at det er ikke derfor de kommer. Jeg følte ikke at det var noen kontroll, det var mer for hjelp og støtte, på en måte. Ja, de vil jo se hvordan det er hjemme hos folk, og det kan jo egentlig være litt greit, på en måte. For er det helt kaotisk, faktisk, så ser de jo det, da, at her må vi kanskje følge litt mer med.” (respondent 5)

... det ble jo litt annerledes i og med at jeg hadde forventet litt mer sånn ”sjekk”. Men det var jo bare bra, at det ble litt mer en samtale, liksom.” (respondent 6)

En av respondentene fortalte at hun nok følte seg vurdert som omsorgsperson da helsesøster var der på besøk, uten at hun kunne si noe bestemt om hvorfor. Men hun opplyste også at hun selv jobber i sosialtjenesten og var derfor opptatt av at selv om

hun følte at det ble litt nærgående med hjemmebesøk, anså hun helsesøsters hjemmebesøk som svært viktig:

"Det oppleves jo som at du blir litt vurdert, - ikke bare barnet ditt, men hele deg, liksom. Ja. Altså, jeg jobber jo liksom i sosialtjenesten selv, da. Så jeg er jo innimellom hjemme hos folk og... i jobben min... for jeg ser jo mange barn med diverse oppvekstvilkår. Så at jeg liksom følte at det hjemmebesøket var litt unødvendig da, så får det bare bli... helt overflødig, for det er mange steder det trengs. Og hvis en bare skulle gått til sånne risiko-... ja, hvordan skulle en plukket ut dem?" (respondent 7)

Flere sa noe om at de synes det er viktig at helsesøster har en viss kontrollfunksjon for å se om alle barn har det bra. To respondenter, som begge fortalte at de jobber med barn, sa følgende om dette:

"Det synes jeg er veldig viktig, - at det kommer noen og ser... Og da ser jo hun hvordan jeg bor også, - at det ikke er et sånt rotehus, skulle jeg til å si, og ser hvordan barnet har det og... ja, og ser hva slags hjem hun vokser opp i, på en måte... og hvordan vi som foreldre har det rundt barnet." (respondent 2)

"For det er ikke alle som kanskje skulle hatt ungene sine, ikke sant. Faktisk. Så det er veldig viktig at de kan komme inn og se, og eventuelt følge opp hvis det trengs." (respondent 3)

Det viste seg altså at forventningene til hjemmebesøket for mange var ganske usikre. Selv om de fleste var forberedt på at de kom til å få hjemmebesøk, var det noe forskjellig hva slags informasjon de hadde fått, og hvor presis den var. Flere ga uttrykk for at de egentlig ikke visste noe særlig verken om hva som skulle skje under besøket eller hva som var hensikten. De fleste hadde gjort seg fornuftige tanker om at de kunne få svar på spørsmål de lurte på, og at barnet ville bli veid slik at de kunne være trygge på at det fikk nok melk. Og de fleste uttrykte også at de var fornøyd, og at de forventningene de hadde hatt stort sett ble innfridd.

5.1.4 Aktuelle tema som ble tatt opp på hjemmebesøket

De fleste helsesøstre planlegger relevant veiledning og informasjon med utgangspunkt i Veileder for helsestasjonstjenesten (Helsedirektoratet 2005) når de går på hjemmebesøk. I tillegg er de fleste opptatt av å legge til rette for at foreldrene

får ta opp det de er mest opptatt av. Intervjuene ga et nokså godt bilde av hvilke tema som ble fokusert og hva foreldrene så på som mest viktig.

Amming og vekt

Det var mye fokus på amming og melk, vekst og søvn. Tre av mødrene sa dette:

- *"Hvis du skulle si hva slags tema som var viktigst for deg, hva var det?"*
- *"Det var nok amming og vekt, rett og slett". (respondent 5)*

"Det var vektøkningen hennes, da, på en måte, - som var hovedtema. For det var litt dårlig. Hun sov jo alt for mye og sånn." (respondent 7)

"Også snakket vi om amming og soving. Amming var viktigst, for det var så trasig i begynnelsen." (respondent 6)

Flere som hadde ammeproblemer fremhevet hjelp og veiledning om dette som det mest betydningsfulle tema på hjemmebesøket. For de som av en eller annen grunn hadde sluttet å amme, ble det oppgitt som viktig å få aksept og støtte på dette fra helsesøster. En respondent hadde hatt virkelig store ammeproblemer, og under intervjuet snakket hun mye om dette og fremhevet den støtten hun hadde fått av helsesøster:

"Det gikk veldig mye i amming, for det var det jeg var veldig opptatt av. Og veiing, men det var amming som fikk mye fokus. Det var det jeg slet med. Jeg syntes jo det var tungt. Det var et nederlag å måtte kutte ut ammingen. Også gikk det veldig greit å sitte og pumpe, for jeg var veldig innstilt på å gjøre det. Jeg fikk veldig ros for at jeg hadde pumpet meg etter at jeg fikk bekræftelse på at det var greit å ikke amme. For det er veldig press på den ammingen, det er ikke greit å slutte, egentlig. Ikke nødvendigvis at helsesøstre presser på det, men det er bare forventet at du skal amme, og da er det ikke så greit. Jeg fikk liksom beskjed (av helsesøster) om at det er viktigere at jeg klarte å ta meg av ungen min enn å drive og slite med ammingen og pumpingen. Det var veldig greit at jeg faktisk fikk støtte på at jeg først kunne pumpe meg, og så gå over til morsmelkstillegg. Jeg har jo vært veldig mye på helsestasjonen og veid og fått veiledning om erstatning og slikt også. Og de har alltid sagt at det var helt greit at jeg ga meg da jeg gjorde det" (respondent 4)

En annen, som hadde hatt store ammeproblemer med forrige barn, uttrykte at hun var veldig fornøyd med at hennes valg om ikke å amme fikk støtte fra helsesøster:

"Og da sa jeg at jeg ikke ammet, og det var helt greit. Det er jo mange som synes at det er litt tabu at du ikke ammer, men bare bruker flaske. Men jeg fikk full støtte på det" (respondent 3)

Den samme moren hadde opplevd med det første barnet at han ikke hadde lagt på seg. Hun fortalte at når de så på bilder etterpå ble de nesten flau over å se at han var tynn, men hun hadde ikke sett det selv der og da. Hun sa at hadde hun fått hjemmebesøk, hadde den dårlige veksten helt sikkert blitt oppdaget. Så denne gangen var det veldig viktig for henne å få bekreftet at alt var bra.

En av respondentene følte veldig på at helsesøster misforstod hva hun prøvde å formidle av problemer med ammingen:

"Og så var det amming. Bortsett fra at jeg liksom følte at vi ikke fikk så gode råd akkurat om det som... Så da ble jeg litt skuffet. For "har du ikke hørt hva jeg har sagt" liksom..." (respondent 7)

Her virket det som at kommunikasjonen mellom denne moren og helsesøster ikke fungerte helt bra, og hun sa også noe om at hun følte veldig på at hun ble *vurdert* ved hjemmebesøket.

Ellers fremhevet alle det å få veid barnet som svært betydningsfullt. Det poengteres fra helsemyndighetene og eksperthold at det er viktig å kontrollere barnets vekt innen 7.-10. levedøgn (Helsedirektoratet 2011). Barnets vektutvikling er en viktig indikator på at ammingen er kommet godt i gang og at barnet er ved god helse.

Samspill og utvikling

Videre var samspill mellom foreldre og barn og barnets utvikling viktige tema som flere var glad for ble tatt opp på hjemmebesøket. Flere fremhevet at de likte en grønn perm som helsesøster hadde med seg. Denne permene er en del av helsedirektoratets foreldreveiledningsprogram og omhandler samspill og barnets utvikling. Tre av respondentene sa følgende om samspillspermen:

"Jeg synes den var veldig all right, og man kan lese seg til når ting skal skje, og stille spørsmål. Jeg synes det er en veldig bra perm." (respondent 3)

"Så gikk hun ut i fra en sånn bok og et skjema om hvilken kontakt en kan forvente fra babyer og sånn... når han er så og så gammel. Så gikk hun litt i gjennom det, fra den

første tida, på en måte. Så ble jeg litt klar over det og sånn. Det var litt nyttig, egentlig.” (respondent 1)

*”Ja, og så hadde hun også med en perm med noe informasjon - der en kunne lese litt om hvordan barnet utvikler seg og... Så det er jo nyttig den hun kom med, da.”
(respondent 2)*

Foreldrerollen og den nye situasjonen

Flere nevnte at den nye rollen som foreldre var et tema, og noen hadde positive opplevelser av at helsesøster tok opp temaet om hvordan mor hadde det. En nevnte også at det var fint å få informasjon om fødselsdepresjon. Alle respondentene som snakket om disse temaene ga inntrykk av at dette var svært viktig for dem. En av mødrene som hadde fått sitt tredje barn, opplevde det som viktig at helsesøster så at hun var sliten:

”Ja, hun spurte hvordan jeg hadde det og hvordan familiesituasjonen var, liksom, og... Ja, hun så jo at jeg var ganske sliten. Så vi pratet litt om det, og hun oppfordret til å få litt hjelp og sånn, da. Det at hun så at jeg var sliten og sånn, - det er jo kanskje... Da føler man seg i hvert fall litt sett, på en måte... Noen som bryr seg om det, liksom. Ja, og at hun spurte hvordan det går... når jeg har vært der igjen seinere... Ja det er fint.” (respondent 1)

En annen mor sa at når helsesøster hadde møtt henne på en åpen måte på hjemmebesøket, og spurte om foreldrerollen, førte det til at hun følte hun kunne snakke med helsesøster også om ting som ikke bare hadde med barnet å gjøre, men mer livssituasjonen som helhet. Hun fremhevet også at hun syntes det var fint å vite at helsesøster selv hadde barn:

”Og hun lurte på hvordan vi hadde det, og om jeg trivdes med rollen. Ja for altså, det er jo min første. Så det er klart at alt med ham er veldig nytt, men det er også nytt det med at jeg og samboeren min ikke bare er kjærester, men at vi er foreldre, og alt det gjør med meg og ham og livet ellers. Nei, det har jo gjort at jeg kan ta opp ting som ikke har akkurat bare med barnet å gjøre, men som kanskje er mer i forhold til hvordan vi gjør det hjemme og med meg og han pappaen. I forhold til hvem som tar seg av ham. Litt om livet ellers. Så det er veldig greit. Også vet jeg at hun har unger selv, så det er veldig greit å snakke med henne om alt det. Så hun var veldig åpen om å snakke om sånt.” (respondent 6)

Mange respondenter ga uttrykk for at de trengte bekreftelse og trygghet i situasjonen med den nyfødte. De ville vite om barnet hadde det bra, og om det fikk nok melk. Anerkjennelse for måten de ordnet ting på var også viktig for flere, og de ga uttrykk for at de følte seg tryggere etter at helsesøster hadde vært på besøk. En sa at det viktigste for henne med det hjemmebesøket, var den tryggheten hun følte da hun reiste hjem fra sykehuset på at det skulle komme noen hjem og se om dem. Og flere ga også uttrykk for at det økte tryggheten at helsesøster var en stødig fagperson. To av respondentene sa det slik:

"Ja, det gjorde meg jo tryggere, da. En kan jo si mye, sikkert, om det å trenge en ekstern bekreftelse, men det var i hvert fall godt der og da, når det er så nytt."
(respondent 6)

"Ja, så slik helsemessig, den tryggheten og omsorgen vi fikk, og at vi bare kunne kontakte hvis det var noe vi lurte på, ja, det var veldig greit, altså." (respondent 3)

Familie og nettverk

Nettverk er et av temaene som helsesøstrene sa at de brakte på bane når de var på hjemmebesøk. Helsesøstrene ga uttrykk for (se kap 5.2.4) at de ble bekymret der de oppfattet at det var lite nettverk rundt familien med det nyfødte barnet. Når jeg spurte mødrene om dette, fikk jeg flere svar som bekrefter at nettverk er viktig. Det var faktisk slik at alle sa at særlig den nærmeste familie betyr mye. Her er hva tre av respondenter sa om dette:

"Jeg hadde moren min veldig mye. Jeg har ringt henne døgnet rundt, ellers er det svigerinna mi som sagt, og eldre søsken som har unger. Men det er nok mor som har vært absolutt mest aktiv på spørsmålene mine." (respondent 4)

"Nei, jeg synes det er veldig godt å ha familien tett ved meg. For jeg bruker a mamma veldig mye, og for så vidt han pappa og. Det er de jeg tyr til når jeg trenger det. Så jeg synes det er veldig godt å ha familie rundt. Ja, jeg er veldig glad for at jeg har familien tett ved meg." (respondent 2)

"Å jada, vi bor på gården til svigerforeldrene mine, så vi har dem, - og ti minutter unna er mine egne foreldre. Så de er der og støtter opp og hjelper til." (respondent 3)

En respondent var litt lei seg fordi hun syntes familien brydde seg for lite:

"Det er ganske viktig, synes jeg. Nå er det litt sånn... Jeg synes at de kanskje kunne brydd seg litt mer enn de gjør, da! Men akkurat da han var nyfødt, - da kom de jo litt. Men sånn generelt så synes jeg at noen kunne vært litt mer interessert, da."

(respondent 1)

To respondenter hadde mistet moren sin for få år siden. De ga begge uttrykk for at dette var noe de tenkte mye på i nyfødtperioden. Den ene sa:

"Ja, jeg har en pappa som er veldig grei, og pappa har også en kjæreste som er veldig grei. Mamma døde da jeg var 21, og jeg merker at det hadde vært koselig å ha hatt mamma. Så det er mange ting som sikkert hadde vært greit å spørre mammaen sin om, ja, eller bare fått litt hjelp sånn. Men hun kjæresten til pappa, hun har vært så snill, hun hadde vasket og ordnet så alt sto klart da vi kom hjem fra sykehuset."

(respondent 5)

Noen sa at venner har hatt mye å bety for dem i denne tiden:

"Ellers er det nok venner og venninner av meg som har vært ekstra viktig. Nå har jeg flere venninner som har barn i ganske lik alder. Noen som har fått før og noen som har fått etter meg. Det har også vært veldig viktig, for de er litt mer i det her og nå."

(respondent 6)

"Jeg har ei venninne også som har måttet kutte ut amming, og det har vært greit å vite at det har vært flere om det. Det er ikke bare jeg som ikke får til dette."

(respondent 4)

Nabolag og nærmiljø blir ikke oppgitt som særlig betydningsfullt.

"Nei, vi har egentlig ikke så mye kontakt med naboene, vi. Så vi kjenner dem ikke så godt, så nei, det har ikke mye å bety. Ikke der vi bor i hvert fall." (respondent 1)

"Men jeg kjenner ikke egentlig naboene mine. Men hadde jeg bodd oppi der som jeg gjorde før jeg flyttet, - så da hadde det vært helt noe annet, vil jeg tro." (respondent 2)

To respondenter sa også at sosiale medier var viktige for dem i denne tiden, og den ene av dem sier også at hun fikk vel mye besøk i nyfødtp perioden:

"Og vi er nå inne på facebook. Der er det et mammaforum, hvor vi kan skrive og prate litt og finne ut forskjellige ting. Så vi kan hjelpe og støtte hverandre. Jeg synes det er et veldig fint forum." (respondent 3)

"Nå har vi jo så mye medier å ha kontakt gjennom, så en føler jo at en er nære uansett. Men jeg hadde veldig mye besøk og slik i begynnelsen. Nesten for mye." (respondent 7)

Familie er tydeligvis viktig i denne tiden, særlig barnets besteforeldre. Det uttrykkes et savn når de er fraværende, og de to mødrene som hadde mistet moren sin, sa at det hadde preget dem i denne tiden. Venner i samme situasjon har også stor betydning, mens naboer tydeligvis ikke har mye å bety. Sosiale medier blir nevnt som viktig av to. Et par andre sa at de helt bevisst unngikk å lese mammablogger og lignende, da de tenkte at det som står der ofte er upresist og forvirrende, "der står det mye rart", og at både helsesøster og nettverk er viktige korrektiv til dette.

5.1.5 Sammenfatning av betydningen av hjemmebesøket for foreldrene.

Alle mødrene uttrykte, i litt forskjellig grad, at de syntes det var positivt og viktig med hjemmebesøk til nyfødte. Det var litt forskjellig vektlegging av hvilke faktorer som betydde mest, og to av de som var flergangsfødende ga uttrykk for at de ikke syntes hjemmebesøket var så viktig for dem denne gangen som da de fikk det første barnet. Det som viste seg å ha størst betydning, kan sammenfattes som følger:

Ammeveiledning, vektkontroll og informasjon

Vektkontroll ble nevnt som vesentlig av alle, og det er naturlig med tanke på betydningen vektutviklingen hos et spedbarn har. Normal vektutvikling indikerer at barnet får nok melk og at det er friskt. I tillegg gir det mor en konkret bekreftelse på at hun mestrer ammingen. Flere fremhevet at det var praktisk med vektkontroll på hjemmebesøk, slik at de slapp å dra ut med babyen. Ammeveiledningen er det andre som fremheves som svært betydningsfullt, særlig der det er problemer. Det viser seg et stort behov for hjelp og støtte, og ikke minst er det viktig for de som av forskjellige grunner ikke ammer, å få støtte fra helsesøster på at det er ok. De fleste

fremhevet også at den informasjonen og veiledningen de fikk om samspill og barnets utvikling var viktig for dem.

Trygghet, bekreftelse anerkjennelse

Det gis tilkjenne et stort behov for mødrene på å føle seg trygge i denne første tiden med barnet. De ønsker bekreftelse på at alt er bra med barnet, at det legger på seg og er ved god helse. Flere fremhevet at det var viktig for dem å få svar på spørsmål de hadde, og at hjemmebesøket ga dem trygghet ved at helsesøster framsto som en fagperson de kunne stole på. De sa også at de ønsket bekreftelse på at den måten de hadde ordnet ting for barnet sitt var bra og at de hadde tenkt riktig. Enkelte sa også noe om behovet for å kunne snakke med helsesøster om følelser og foreldrerollen, og en uttrykte at det var viktig for henne at helsesøster så at hun var sliten. Det uttrykkes gjennom dette et behov for anerkjennelse for at de mestrer å være mor for barnet sitt. Mødrenes uttalelser gir inntrykk av at de synes helsesøster bidrar til denne anerkjennelsen. I tillegg oppgir alle mødrene at støtte fra familien og nettverket er viktig for dem i denne tiden.

Alle hadde tanker om kontrollaspektet ved hjemmebesøket, og en sa at hun selv følte seg vurdert og ga uttrykk for noe ubehag ved det. Flere sa at de syntes det var viktig at den første kontakten med helsesøster foregikk hjemme hos dem, både av praktiske grunner, men også for å bekrefte at de hadde et bra hjem for barnet. Ellers mente alle at hjemmebesøket har en viktig funksjon ved at noen kommer inn i alle hjem der det er et nyfødt barn.

5.2 Hvordan helsesøstre opplever hjemmebesøket som metode

Funn fra fokusgruppene presenteres under fem forskjellige tema:

- Å tilby hjemmebesøk
- Møtet med foreldrene i hjemmet
- Intensjonene med hjemmebesøket
- Temaer som tas opp
- Viktigste betydningen av hjemmebesøket i helsesøsters perspektiv

5.2.1 Å gi tilbud om hjemmebesøk

Alle helsesøstrene fortalte at de ringer på forhånd og avtaler hjemmebesøket, og de har inntrykk av at de fleste forventer at de skal ta kontakt etter de har kommet hjem fra fødeavdelingen. I den ene kommunen prøver de å gjennomføre at de gravide som går hos jordmor på helsestasjonen, får hilse på den helsesøsteren som skal følge de opp når barnet er født. Men samtidig tar de selvkritikk på at de kanskje ikke er særlig gode på å informere om hva formålet med hjemmebesøket egentlig er:

”Men det å presentere hva vi egentlig ønsker med hjemmebesøket, - det er som med alle de andre tingene med helsestasjonen det, vi er ikke flinke nok til å informere om det vi gjør. Vi tenker at dette er en skikk. Og det tror jeg gjelder veldig mange av områdene våre”.

Flere sier noe om måten de uttrykker seg på overfor foreldrene når de tar kontakt. De sier at de ikke akkurat spør om foreldrene ønsker hjemmebesøk, men at de kommer med tilbudet på en slik måte at det framstår som vanlig prosedyre når de har kommet hjem med en nyfødt, slik at det ikke blir så lett å takke nei. En forteller at hun informerer om at helsestasjonstilbudet er frivillig, men at hun pleier å si at i deres kommune har de 100 % oppslutning.

”Jeg har jo en sånn perm med litt informasjon, der står det jo blant annet om at helsestasjonen er et frivillig tilbud. Men så pleier jeg å si at vi har 100 % oppslutning”.

”Det er sikkert ettersom hvordan vi legger det fram også, jeg bruker å alminneliggjøre det veldig, så de får på en måte ikke et spørsmål om de ønsker det”.

Begge gruppene uttrykker i intervjuet at de fleste foreldrene virker veldig positive til at de skal få hjemmebesøk, og det er sjelden at det er noen som takker nei eller sier at de heller vil komme på helsestasjonen. De forteller også at flere mødre sier de er

glad for å slippe å dra ut med babyen for å komme på helsestasjonen så kort tid etter fødselen. I den kommunen der de bare gir tilbudet til 1.gangs fødende, forteller de at de ofte har opplevd flergangsfødende som uttrykker skuffelse over at de ikke får hjemmebesøk. Noen av helsesøstrene forteller at de foreslår for foreldrene å forberede seg litt til hjemmebesøket ved å tenke gjennom og skrive ned spørsmål på forhånd.

5.2.2 Møtet med foreldrene i hjemmet

Helsesøstrene fremhever at de synes det er fint å ha det første møtet med foreldrene og det nyfødte barnet hjemme, på familiens egen arena. De føler at de blir raskere og bedre kjent med dem når de møter dem hjemme, og at det gir godt grunnlag for å bygge en relasjon med foreldrene:

”Da får du et helt annet møte med dem. Og et annet utgangspunkt for det videre møtet på helsestasjonen synes jeg...”

Dette med en relasjon og hvilken betydning det har for kontakten videre, fremheves av alle helsesøstrene som en av de viktigste grunnene til å gå på hjemmebesøk. I tillegg synes de at det er svært nyttig å se hvordan familien bor, og de gir uttrykk for at det er lettere å se familien som helhet og hvordan de har det. Alle sier at de synes det er en fordel om far også er til stede under besøket, og at han ofte er det dersom de rekker å foreta besøket innen 2 uker mens han har permisjon.

Helsesøstrene sier også at de opplever at foreldrene virker trygge når de er hjemme hos seg selv. Som helsesøster blir man gjest i deres hjem og dermed mer ydmyk overfor deres måte å gjøre ting på, og dette oppleves positivt. De sier at de tror at det medfører at foreldrene ikke føler seg kontrollert i særlig grad, men fremhever at det selvsagt avhenger av måten de som helsesøstre går fram på:

”Og så er du gjest i deres hjem, - sånn at du må være mye mer ydmyk enn når du sitter på et kontor og har en jobbtelefon. Ja, - jeg synes det er mye riktigere å møte familien der. Når de kommer på et offentlig kontor, - og skal sitte og snakke om ting da, - jeg tror de er mye tryggere når de er hjemme hos seg selv. Og at den følelsen er sterkere enn det at de føler seg kontrollert ved at vi er der. Men det er min tro, da. Det er selvfølgelig hvordan vi håndterer det”.

Helsesøstrene framstilte møtet med foreldrene som stort sett positivt. Særlig syntes de at det var vellykket når de opplevde at foreldrene snakket om litt mer enn de ytre tingene. De opplever at mange har behov for å snakke om fødselsopplevelser, tanker om foreldrerollen, mors- og farsfølelse, samspillet med barnet osv. En fortalte om en opplevelse der en mamma hadde snakket om alle ting hun var redd for skulle skje med det lille barnet, for eksempel sykdom og krybbedød. Etterpå hadde hun gitt uttrykk for at det hjalp så veldig å få snakke om det, og at hun følte seg mye tryggere nå som hun visste hun kunne ringe til helsesøster hvis det var noe hun lurte på.

Noen helsesøstre sa også at de spesielt pleier å utfordre far ved å spørre litt nærmere om hva han synes om den nye situasjonen, og at de hadde gode erfaringer med å trekke han mer med i samtalen på den måten. Men det kom også eksempler på at fars rolle under hjemmebesøket kan virke litt uavklart. Det ble beskrevet at han av og til bare var innom for å hilse på og ikke deltok i hjemmebesøket. En helsesøster snakket om at hun ofte syntes fedrene kom med spørsmål som ikke var særlig relevante.

I det hele tatt syntes helsesøstrene at hjemmebesøket har et bedre resultat når de kommer nærmere inn på temaer som handler om følelser, og at de da får bedre kontakt med foreldrene. Enkelte helsesøstre uttrykte også at de fikk en følelse av å ha gjort en bedre jobb dersom de hadde vært inne på disse tingene.

”Det har jo litt å si hva slags kontakt du klarer å få, om du oppnår det, men jeg synes kanskje det er fint hvis du kommer litt under det der med prikker og bæsj og sånn. Men mer litt på det med følelser og hva de tenker om kontakten med ungen. Jeg spør ofte etter dette med mors- og farsfølelse, hvordan kjennes det ut? Og sier litt om at det er ikke for alle det blir slik naturlig”.

Noen helsesøstre fortalte også om opplevelser der de ikke følte at møtet med foreldrene ble slik det skulle, - at de ikke oppnådde den gode kontakten som de hadde ønsket. Alle var enige om at det var lettere der de umiddelbart skjønnte at ”alt var på stell”, men de tok også høyde for at det ikke alltid var slik at en god fasade nødvendigvis betyr at alt er uproblematisk. En beskrev en situasjon der hun hadde stilt noen helt vanlige spørsmål som ble tatt ille opp. Det ble dårlig kjemi, og hun følte ikke at hun nådde fram, og hun lurte på om foreldrene følte at hun ville overvåke dem. En helsesøster i den andre fokusgruppa fortalte om et møte der hun i starten

opplevde foreldrene veldig anspente. Men etter hvert fikk de en veldig god samtale, og hun ble der i nesten 2 timer, og foreldrene hadde mange spørsmål de fikk svar på. Så da hun skulle gå igjen, pustet pappaen liksom lettet ut og røpet at han hadde foreventet at hun skulle gå rundt i huset og sjekke hvordan de hadde det osv.

En annen fortalte om et hjemmebesøk der barnevernet deltok, og hun beskrev at det ble en annen atmosfære enn når hun foretok hjemmebesøk ellers:

”Det er jo på en måte alltid lettere å møte noen der det meste er ”på stell”. Sjøl om det kan være en viss usikkerhet. Jeg hadde jo og et hjemmebesøk med barnevernet der det var saker som..., og da føler jeg det ikke like naturlig å få den kontakten. Du føler det er så mye sånn usagt i det møtet mellom oss der og da. Og så tenker du at du skal møte dem mange ganger og, så du tar ikke alt med en gang. Og da blir det heller ikke den gode starten”.

En helsesøster forteller at hun i flere år var helsesøster for et distrikt der det bodde veldig mange mennesker med høyere utdanning. Hun beskriver at det å gå på hjemmebesøk til disse menneskene var litt annerledes, - både ved at de i større grad virket opptatt av fasade og at de ofte ga uttrykk for at de taklet situasjonen med det nyfødte barnet bedre enn de faktisk gjorde. Hun syntes også at hun selv følte seg underlegen ved enkelte av disse besøkene. Hun sa blant annet dette:

”Og der er det utrolig mange høyt utdannede folk. Og jeg syntes mange ganger at de ofte prøvde å kunne, ... på en måte, alt, da. Og stilte på en måte mange sånne spørsmål som ikke var akkurat relevante der og da, de prøvde å ha mer kunnskap enn det de hadde. Ja. Og det syntes jeg ofte var litt vanskelig å forholde meg til. Følte at jeg ikke klarte å svare på det de spurte om, og ble litt underlegen. Og det ble veldig dårlig kontakt.

Jeg føler meg ofte mye mer vel på et hjemmebesøk på landsbygda der det er en lærer og en bonde eller hva som helst, altså helt sånn vanlig”.

Begge fokusgruppene ga uttrykk for at de som oftest opplevde møtet med foreldrene svært positivt. I det store og hele følte de at hjemmebesøket var en god start på kontakten og et godt grunnlag når de skulle gi støtte og veiledning til foreldrene videre i spedbarnsperioden. De fremhevet også at ved at de ble godt kjent med foreldrene, var det lettere å ta opp ting som kunne være vanskelig:

"I de tilfellene der det kommer en bekymring etter ei stund da, - så hvis du har en god relasjon til foreldrene, så kan du på en måte stille ganske mange spørsmål uten at det blir oppfattet veldig feil. Fordi du har vært der fra starten og har vært ... "Er du helt sikker på at du ikke nå skal søke litt hjelp?"... liksom. De fleste som du har et godt forhold til, går jo med på det."

I den ene fokusgruppen reflekterte de også over hvor mye de bør by på seg selv, og hvilken betydning det har for å skape en relasjon. Det ble fremhevet at det er viktig å være bevisst på balansegangen mellom å by på seg selv og å bli for privat, men flere hadde positive erfaringer med å bruke seg selv som eksempel i enkelte sammenhenger.

5.2.3 Helsesøsters intensjoner med hjemmebesøket

Helsesøstrene gir uttrykk for at deres intensjoner med hjemmebesøket i første rekke er å skape en god relasjon med foreldrene, noe de mener er svært viktig for den videre kontakten med familien. Begge fokusgruppene snakket mye om dette og fremhevet det som svært viktig. Flere av deltakerne i fokusgruppene sa at de følte at det var forskjell på kontakten de fikk med dem de hadde vært hos på hjemmebesøk, kontra dem de ikke hadde vært hos. De fortalte også at de ønsker å ha kontinuitet, slik at foreldrene forholder seg bare til en fast helsesøster, men at de noen ganger er forsiktige med å love dette, fordi det ikke alltid er mulig å holde. Men de fremhever at kontakten blir bedre da.

"Å etablere en relasjon er vel egentlig det som er hele ... og så ha det å bygge på når du skal følge familien videre. Ja, jeg tenker på, - all veiledning sier jo noe om hvor viktig den relasjonen er for i det hele tatt å få til noe. I hvert fall synes jeg at jeg har en helt annen kontakt med de foreldrene jeg har vært på hjemmebesøk til. For det har jo vært noen ganger at noen andre enn meg har tatt hjemmebesøk til de jeg skal følge opp, og det blir litt annerledes når du ikke har møtt de hjemme. Det er liksom den starten, den tryggheten, den etableringen du har fått der, med den spesielle kontakten med å være hjemme hos dem som... eh... gjør at det er en fordel å ha vært der".

Fokusgruppene kommer ikke eksplisitt med utsagn som beskriver hjemmebesøket til nyfødte som *kontroll* av hvordan det nyfødte barnet har det, eller hvordan foreldrene drar omsorg for barnet sitt. Men implisitt er det flere uttalelser som viser at helsesøstrene tenker på dette. Flere uttrykker at de synes det er en fordel å se

familien på hjemmebane og få et innblikk i hvordan de fungerer som helhet, og en sier noe om at det er viktig å fange det opp hvis det er slik at de voksne i familien har problemer:

”... men du får jo en oppfattelse av familien og fungeringa til familien og hvordan de bor og, - og har det på en måte. Og jeg synes du også får en del opplysninger om relasjonene innen familien, og vi prøver å fange opp voksne som trøbler”.

Begge fokusgruppene snakker om dette. De gir uttrykk for at de observerer hvordan familien bor og hvordan foreldrene ordner det rundt seg. Noen fremhever at de selvsagt ikke sjekker hygiene eller ser etter om det er tørket støv, - men samtidig forteller enkelte, gjerne i en bisetning, - at de legger merke til det hvis det står søppel i gangen. Det blir påpekt at hvis det er ”kaos” i leiligheten, er de redd for at det ikke er helt på stell for det nyfødte barnet heller:

”Det må en jo bare innrømme. Jeg ser ikke på om det er tørket støv, men du får jo et visst inntrykk av hvordan ting er. For det var et hjemmebesøk jeg kom på som det var liksom sånn... ja, du ser jo at det er kaotisk. Når det er så kaotisk så skjønner du at det er mye som ikke er på stell for den lille også, - ikke sant. Men jeg tenker, - om det står en pose med søppel, - det er jo helt normalt, de har satt den utenfor, de er slitne, og alt er på stell inne, liksom. Men du danner deg jo et inntrykk når du er hjemme der”.

Helsesøstrene forteller også at de av og til ser at fasaden er veldig bra når de kommer på hjemmebesøk, - huset er striglet og det lukter nybakt. Men så ser de fort at moren er svært sliten og kanskje har for lite melk til barnet sitt. Så da blir det på en måte litt motsatt, - forventningene til det ytre går på bekostning av at det viktigste er mor selv og det nyfødte barnet.

I et annet tilfelle hadde foreldrene sittet og spilt playstation gjennom hele hjemmebesøket. Det viste seg ganske fort at barnevernet måtte inn i den familien.

Helsesøstrene er opptatt av at det er viktig å oppdage det hvis det er tegn på at barnets helse ikke er ok, for eksempel dårlig vektøkning, infeksjon i navlen eller gulsott. Ellers gis det uttrykk for at de ønsker å gi foreldrene adekvat informasjon og veiledning, og ha fokus på temaer som er aktuelle for de behovene som foreldrene gir uttrykk for. Det er en uttalt intensjon å la foreldrene styre samtalen og å gi dem svar på spørsmålene de har:

"Etter som mer erfaring man får, så synes jeg det styres mye mer etter hva foreldrene ønsker. Før hadde jeg en sånn mal i mitt eget hode at det må jeg i gjennom, - såne ting. Mens nå får du det på en måte til med en samtale, og at du åpner med hva som opptar dem mest. Hva de lurer mest på, - hva er viktigst for dere akkurat nå, - og så ta utgangspunkt i det".

Trygghet og bekreftelse til foreldrene fremheves som viktige mål for hjemmebesøket:

"Jeg tror vi er viktige der og da for å svare på det de spør om. Bekrefte, avkrefte, berolige, - og trygge dem på de tingene som bekymrer".

5.2.4 Temaer helsesøster tar opp

Alle helsesøstrene hadde klart for seg hvilke temaer de synes er viktige å ta opp, men i begge gruppene var det stor enighet om at de ønsket å ha fokus på det som foreldrene var mest opptatt av og hadde behov for. De temaene som ble nevnt var: Fødselsopplevelser, barseltid og mors psykisk helse, amming / ernæring / vekt, stell og søvn, hud / gulsott og navle, samspill og utvikling, stell, søvn og rutiner, parforholdet og søskensjalousi og nettverk. Disse temaene er i tråd med det som er anbefalt i Veileder IS-1154 (Helsedirektoratet 2005). Begge fokusgruppene undrer seg litt over om informasjonen de gir blir oppfattet og om skriftlig materiale blir lest:

"Det som hadde vært interessant, hadde vært og visst hvor mye de faktisk ser i det vi deler ut, - for det er jo litt sånn informasjonsmateriell. Blir det sett på? Eller blir det bare lagt i en haug? For jeg tenker... folk har jo veldig god tilgang på informasjon skriftlig og på nettet."

Det er også en viss undring over hvor mye av den informasjonen som blir gitt som faktisk går inn der og da, for eksempel informasjon om hva de kan forvente fra helsestasjonen. I den ene gruppa sa de det slik:

"Men når jeg kommer da, så er det jo ingen som vet hva helsestasjonen gjør... eller oppgaver til helsestasjonen det har de ikke peiling på, de har forventning om at vi kommer, men der stopper det på en måte, - hva min jobb er, det synes jeg ikke at de har tenkt så masse i gjennom. Det er vel kanskje fordi, ... på svangerskapskurs også, så stopper det jo ved fødselen, de er ikke interessert i noen minutter etterpå liksom, så det å orientere seg mot hva en helsestasjon er, det er fjernt."

Amming ble oppgitt som et tema som alltid ble tatt opp, og det samme med vektkontroll av barnet, og i begge kommunene hadde de med seg den grønne

permen om samspill og utvikling som er en del av helsedirektoratets foreldreveiledningsprogram. Det virket som helsesøstrene har mye rutine på hvordan de gjennomfører hjemmebesøket på en slik måte at de kommer inn på aktuelle temaer:

"Amning! Når vi kommer hjem der, så er det veldig det der med amning og søvn. Og så får du kledd av og veid, og da kommer det jo en del om hud og navle og... og blikkontakt og de tingene, da. Men så er det jo alle disse utviklingsmessige tingene som vi tar opp... følg med på det og pass litt på det... og rutiner snakker vi kanskje litt om".

"Jada, liksom alt er så greit: "det går så fint, han sover og er så grei", - og så kommer du, og så er det for lite mat, - rett og slett. Og det har de ikke tenkt på i det hele tatt. Så snakker vi om dette med å ligge og sove på ryggen. Sikkerhet, - noen har spørsmål om sånne bilstoler og alt med sånne praktiske ting. Særlig pappaer spør om det. Noen ganger kan det jo allerede da være mye uro hos barnet, og så er det mye snakk om soveplassen, synes jeg."

I den ene kommunen hadde de innført EPDS (Edinburgh postnatal depresjonsskår), som er et spørreskjema som er laget for å oppdage mødre med depresjon etter fødsel. Dette ble presentert på hjemmebesøket med forespørsel om de ville gjennomføre et opplegg der de fyller ut scoringsskjemaet på et senere tidspunkt. Det varierte om de takket ja eller ikke, men fødselsdepresjon ble på denne måten alltid et tema det ble gitt informasjon om. Den samme kommunen hadde også tatt i bruk en kartleggingsmetode for alkoholbruk blant gravide, gjennomført av lege og jordmor. Helsesøstrene sa at de prøvde å følge opp dette også på hjemmebesøket:

"Og da synes jeg at det kan være ganske lett å spørre "men hva slags forhold har dere til alkohol? Har det endret seg når dere ble foreldre?" Det er litt mer sånn der ufarlig. Da har ikke jeg opplevd noe sånn... at noen blir fornærmet eller... man kan jo nærme seg det litt mer forsiktig da".

Ellers var helsesøstrene, som omtalt i kapittel 5.2.2 opptatt av å åpne for at foreldrene skulle få snakke om den nye situasjonen det er å ha blitt foreldre og følelsene rundt det. De la også vekt på å få et inntrykk av hva slags nettverk foreldrene hadde rundt seg i den nye situasjonen, og flere fremhevet at de så hvor viktig dette er for nybakte foreldre:

”Eh... jeg synes vi ser en del at det... hvis man ikke har et etablert nettverk i utgangspunktet så kan den tida hjemme bli veldig ensom. Så jeg synes det er jo... de er opptatt av å kunne ha andre i samme... for jeg spør jo alltid om hvordan det er og sånn... og de setter jo veldig pris på det når de har venner som er i samme situasjon, ... sånne som de kan gå og trille tur med eller snakke med. Ser at det er viktig. Så jeg tror det er et veldig viktig tema å ta opp.”

”vi har jo og møtt noen velutdannede, folk som kanskje flytter, ikke sant, og de har vært i jobb og har noen kollegaer der, og så får de baby og skal være hjemme 1 år, og så har de ingen de kjenner, og da ser en at det gjør noe med dem, - ja de aller fleste.”

Begge fokusgruppene snakker litt om at det kan være ensomt og vanskelig for foreldre med minoritetsbakgrunn som ikke har verken familie eller venner her. Men det fremheves også at enkelte slike familier har spesielt tett kontakt med familie i barseltiden.

Den ene fokusgruppa snakker om at mange nybakte foreldre har mye støtte i besteforeldre, særlig hvis de bor i nærheten. Men de sier at de på hjemmebesøk også av og til undrer seg litt på om besteforeldre blander seg inn for mye.

I den ene kommunen forteller fokusgruppa at de har laget treffpunkter for foreldre på helsestasjonen for å fremme nettverksbygging. De arrangerer ”Åpen helsestasjon”, der de har to timer åpent en gang i uka med helsesøster eller foreldreveileder til stede. I tillegg har de jevnlig ”Småtrolltreff” i samarbeid med bl.a. musikkskolen. De gir informasjon om dette på hjemmebesøket. Begge tilbudene er godt besøkt.

I den andre kommunen har de ikke disse tilbudene, men en av deltakerne i fokusgruppa har også en liten stilling i en annen kommune, og hun forteller at der har de barselgrupper som det er veldig god oppslutning om. Dette er et kjent tiltak ved mange helsestasjoner for å fremme nettverk, spesielt for nybakte mødre (Misvær og Lagerløv 2013).

5.2.5 Sammenfatning av betydningen av hjemmebesøket som metode.

Å møte familien i hjemmet og å skape en god relasjon

Helsesøstrene beskriver at det å treffe foreldre og barn på hjemmebane, - selve møtet med dem, og å skape en relasjon å bygge videre på, kanskje er den viktigste betydningen av hjemmebesøket. Begge fokusgruppene fremhever dette som vesentlig. Det blir sagt både noe om at det å se familien som en helhet og å se hvordan de bor, gjør at de lettere oppfatter hvordan familien fungerer og hvordan relasjonene innad i familien er. Helsesøstrene hevder at dette gjør at de blir bedre kjent og får en god start på kontakten, og at det blir lettere å ta opp ting begge veier. En av gruppene hevder at det er av betydning å by på seg selv når de er på hjemmebesøk, og at dette skaper større gjensidighet i relasjonen mellom helsesøster og familien.

Å oppdage, å bekrefte, å anerkjenne

Helsesøstrene fremhever også det å oppdage avvik for å være viktig. Når de oppdager noe, tas det som en bekreftelse på at hjemmebesøket er nødvendig. Avvik kan dreie seg om alt fra at barnet har lagt på seg for dårlig, til at helsesøster undrer seg over om omsorgen for barnet er god nok. Men de sier at i de aller fleste tilfeller virker alt normalt, slik at betydningen av hjemmebesøket i første rekke blir å gjøre foreldrene trygge i den nye situasjonen ved å bekrefte at barnet har det bra og å anerkjenne foreldrenes omsorg, samt å bli kjent, skape en relasjon og avtale videre kontakt.

6 Drøfting av resultater

Hovedfunnene i min studie av helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte peker på at foreldrene syntes det var fint å få hjemmebesøk. Hjemmebesøket er **en viktig arena for veiledning og informasjon**. Foreldre med nyfødt barn har behov for **trygghet og anerkjennelse**. Helsesøstrene legger størst vekt på betydningen av å **skape en god relasjon** til foreldrene, og de mener at hjemmebesøket er den beste metoden for dette. Det tegner seg et **spenningsfelt mellom hjemmebesøkets funksjon som støtte- og veiledningsarena og arena for å utøve tilsyn og kontroll**.

Studien viser ganske godt samsvar mellom helsesøstrenes intensjoner og forventningene folk har. En tabell kan illustrere det:

Tema	Helsesøstre	Foreldre
<i>Veiledning og informasjon</i>	Viktig	Viktig
<i>Trygghet, bekreftelse, anerkjennelse</i>	Svært viktig	Svært viktig
<i>God relasjon</i>	Svært viktig	Viktig
<i>Kontroll</i>	Viktig (vagt)	Viktig (undrende)

6.1 Hjemmebesøket som god arena for veiledning og informasjon

Funnene i studien viser en tydelig forventning fra foreldrene om at de skulle få informasjon og svar på spørsmål som de lurte på. Helsesøstrene er også tydelige på at informasjon og veiledning om forskjellige tema er en intensjon ved besøket. De hadde en plan for hvilke tema de ville ta opp, samtidig som de hadde et uttalt ønske om å ha fokus på det som foreldrene var mest opptatt av. Foreldrene på sin side gir uttrykk for at de har god støtte i den veiledningen de får om tema som de faktisk er opptatt av der og da, for eksempel de som strevde med ammingen. Mange mødre i dag søker selv informasjon for eksempel på internett, og to mødre påpeker at helsesøster er et viktig faglig korrektiv til dette.

Veilednings- og informasjonsarbeidet som helsesøstrene utfører ved hjemmebesøket, er en kombinasjon av helseopplysningsarbeid, støtte og veiledning. I flg. Mæland (2005) er det viktig at temaene for helseopplysning er relevante for de

det gjelder dersom informasjonen skal føre til mer helsefremmende atferd. I tillegg er motivasjon, sosiale normer og miljøpåvirkninger også avgjørende (Mæland 2005). I min studie viser eksempelet med ammeveiledning hvor viktig dette er. Amming er et viktig tema på hjemmebesøk fordi det er bra for barnets helse mht at det både er den beste ernæringen og fordi det gir et godt grunnlag for viktig samspill og nærkontakt den første tiden (Holk, Kronborg og Nilsson 2006). Det er sterke sosiale normer for at kvinner skal amme sine barn i Norge i dag, og dette har medført høy ammefrekvens. Her fremhever noen av respondentene som strevde med ammingen at sterke sosiale normer gjorde det problematisk å ta et standpunkt for å la være å amme eller å avslutte ammingen. Helsesøsters støtte har stor betydning for dem for et de skal føle at de anerkjennes som gode mødre på tross av at de gir opp ammingen, for eksempel moren som fikk støtte på at hun først kunne pumpe seg og deretter gå over til morsmelkserstatning, for *"det er viktigere at jeg klarte å ta meg av ungen min"*. Helsesøsters anerkjennelse blir her en parallell til Honneth (2008) sin anerkjennelsesteori der resultatet blir opplevelse av individualitet og autonomi, både i nære relasjoner og som respektert medborger. Denne anerkjennelsen kan helsesøster gi mødrene i kraft av å være en fagperson (Aamodt 2005), og det å lykkes med amming viser seg som en viktig faktor i det å føle seg vellykket som mor. Den norske studien til Hjälmhult og Lomborg (2012) viser det samme; mødrene fremhevet støtten fra helsestasjonen som viktig, - ikke minst dersom de ikke lyktes med ammingen. I følge Almquist-Tangen mfl. (2010), er det flere mødre som ammer lengre når de har hatt hjemmebesøk.

En av mødrene i studien oppga derimot at hun på hjemmebesøket ikke fikk den veiledningen hun trengte fra helsesøster da hun strevde med ammingen. Det virker som det oppstod misforståelser slik at helsesøster ikke forstod hva hun hadde behov for. Dette understreker selvsagt betydningen av god kommunikasjon, men også det å være en god lytter og å møte personen der vedkommende er når en skal utføre hjelpearbeid. Søren Kierkegaard (1995) sa dette om *sann hjelpekunst*: - for å hjelpe et annet menneske, må man *finne ham der han er og begynne der*, og like viktig som å ha fagkunnskap, er det å *forstå det han forstår*. Ellers hjelper vår *mer - forståelse ham slett ikke*. Man ser at det blir svært viktig med den gode dialogen, der helsesøster er seg bevisst maktposisjonen hun har pga sin kunnskap som fagperson (Aamodt 2005). Hun må kunne innstille seg til personen, ha innlevelse og forståelse

for hva vedkommende trenger og å gi god veiledning som faktisk når fram. Helsesøstrene sier i intervjuene at de ønsker å lytte til foreldrene og ha fokus på det som de er mest opptatt av. Og flere mødre uttrykker at de nettopp følte at de fikk styre samtalen. Så det tyder på at helsesøstrene ofte lykkes med sine intensjoner, men også at de i enkelte tilfeller ikke oppnår den kontakten som trengs.

I min studie ga helsesøstrene uttrykk for at de følte de gjorde en bedre jobb når de oppnådde å få foreldrene til å åpne seg og snakke om det følelsesmessige på hjemmebesøket. Enkelte mødre sa også at de satte pris på at helsesøster snakket om morsrollen og følelser og for eksempel så at de var slitne og fulgte opp dette senere når de var på helsestasjonen. Undersøkelsen til Almquist-Tangen mfl. (2010) viser noe av det samme, mødrene syntes *"Hembesöket kan vara såväl känslomässigt stödjande som informativt."* (s.2970). Den norske studien til Hjälmhult viser at mødrene satte pris på helsesøsters hjemmebesøk og syntes det var *informativt og trivelig* (Hjälmhult og Lomborg 2012). Mødrene i deres undersøkelse hadde snakket mye om at de syntes det ble store endringer i parforholdet da de ble foreldre.

En av mine informanter poengterte spesielt at fordi hun syntes helsesøster var så åpen og imøtekommende, kunne hun snakke om parforholdet sitt og om hvordan de hadde det følelsesmessig. Dette satte hun stor pris på, og det ga et annet innhold i kontakten enn hun hadde regnet med. Dette viser igjen tydelig at helsesøsters måte å møte foreldrene på har stor betydning for kontakten hun oppnår og hvordan hun når fram med sin veiledning. Den gode dialogen og bevissthet omkring maktrelasjoner (Branstad 2003) blir grunnlaget for å få dette til.

6.2 Trygghet, bekreftelse og anerkjennelse

Hjemmebesøket er viktig for å gi foreldrene bekreftelse på at barnet har det bra og at de gjør de riktige tingene med hensyn til barnets ve og vel. Flere mødre sa med rene ord at hjemmebesøket var viktig for deres trygghet, og at de trengte den bekreftelsen som helsesøster kunne gi. En mor sa at hun følte den tryggheten hun fikk hadde betydning for helsa. Helsesøstrene gir også uttrykk for at de opplever at dette er viktig; *"Bekreft, avkreft, berolige, - og trygge dem på de tingene som bekymrer."* Ammeveiledningen, som jeg omtalte i 6.1 er et viktig eksempel på dette.

Min studie viser at foreldrene har mye fokus på vektkontroll av barnet. Dette er helt relevant, for barnets vekt er et konkret bevis på at barnet får nok melk og at det er friskt, jfr. for eksempel Nasjonale retningslinjer for veiing og måling (Helsedirektoratet 2011). Ved vektkontroll kan helsesøster trygge foreldrene på at det går rett vei. Hvis det er noe i veien, er helsesøsters oppfølging betryggende for foreldrene.

Helsesøster kan gi foreldre anerkjennelse på at de er gode nok foreldre. At barnet også trenger den gode anerkjennelsen fra foreldrene sine (Honneth 2008), og at dette er et viktig grunnlag for relasjonene innad i familien og for familiedannelsen, kan bli en del av det som Aamodt (2005) kaller et felles *samskapingsprosjekt* for foreldre og helsesøster. Foreldre som føler at de mestrer foreldreoppgavene, blir tryggere og yter bedre for barna sine (Killén 1994). Denne tryggheten på å være *gode nok* foreldre er et viktig fundament. Dette er på mange måter en selvforsterkende prosess som helsesøster kan bidra til gjennom sin støtte til foreldrene ved hjemmebesøket og på helsestasjonen (Misvær og Lagerløv 2013). Motsatt kan mangel på støtte i denne tiden medføre utrygge foreldre som føler de mislykkes og får et dårligere samspill med barnet sitt. Antonovskys tre komponenter i SOC (sense of coherence) framstår som viktige i foreldrenes omsorgsevne og vilje, se kap. 3.2.1 s. 20-21, - *begripelighet* som henspiller til den kognitive forståelsen, *håndterbarhet* som handler om ressurser og *meningsfullhet* som er knyttet til det følelsesmessige og utgjør motivasjon for handling.

I min undersøkelse var det flere mødre som ga eksempler på at det var viktig for dem å få bekreftelse på at barnet er ved god helse, og at de gjør de riktige tingene i den nye situasjonen med det nyfødte barnet, for eksempel når det gjelder søvnrutiner, stelleplassen, eller andre praktiske ting. Noen la vekt på at fordi helsesøster er en trivelig og trygg fagperson, betyr hennes bekreftelse ekstra mye for dem. Hjälmhult og Lomborg (2012) viser i sin studie at: *“Especially for the first-time mothers, who often did not know what to expect and what to do, the experiences were insecurity and anxiety in understanding and handling the baby the first days after discharge.”* (s.3). Mødrene søkte bekreftelse på at det de gjorde var rett, og at de følte at de fikk anerkjennelse av helsesøster som lyttet og tok deres spørsmål alvorlig. (Hjälmhult og Lomborg 2012)

I min studie virket helsesøstrene innstilt på å dele sin kunnskap og være imøtekommende, og de var opptatt av å bygge en god relasjon til foreldrene. De

understreket viktigheten av å *bekreft*e, *avkreft*e, *berolige*, og å se til at barnet virker friskt. Som nevnt over oppfattes de som trygge fagpersoner. I Veileder IS-1154 står det at helsestasjonen skal bygge på *mestringsperspektivet* i arbeidet med familien, - dvs. støtte erkjennelsen av familiens egne ressurser. Jansson mfl. (2003) sin studie tydet på at foreldrene får en økt opplevelse av mestring, og at hjemmebesøket er et godt hjelpemiddel for å støtte familien i "hverdagslivets utvikling".

Empowermentbegrepet og Honneths anerkjennelsesteori kan brukes som forankring for helsesøstrenes arbeid. Empowerment - tenkningen innebærer, i flg. Askheim (2012) ofte en myk styring, der de grunnleggende metodiske prinsippene for fagpersoner blir å medvirke til å gjøre den enkelte bevisst sin egen situasjon og egne muligheter. Dette innebærer at den profesjonelle stiller sin kompetanse til rådighet og hjelper foreldrene til å se mulige konsekvenser av ulike beslutninger og valg (Askheim 2012). Den som utøver sosialt arbeid vil ved å gi anerkjennelse av de verdier den enkelte står for, bidra til en positiv selvforståelse (Høilund og Juul 2005). Dette forutsetter gjensidighet, med respekt og forståelse mellom den som tilbyr hjelp og den som mottar (Aamodt 2005). Det virker som helsesøstrene i min undersøkelse i stor grad er bevisste på disse perspektivene, - de ønsker å møte foreldrene med forståelse og respekt.

Alle mødrene i studien opplyste at de følte at nær familie og nettverk var viktig for dem i tiden med nyfødt barn. Flere fortalte at de særlig støttet seg til mødrene sine, og de to som hadde mistet moren sin, savnet henne spesielt i denne tiden. Familie og nettverk viser seg også å være viktig for foreldrenes trygghet og bekreftelse. Den nærmeste familien framstår som den trygge forankringen i tilværelsen: "*Det er de jeg tyr til når jeg trenger det. Så jeg synes det er veldig godt å ha familie rundt. Ja, jeg er veldig glad for at jeg har familien tett ved meg.*" Familien oppgis i flg. Fugelli og Ingstad (2009) som en kilde til god helse, trygghet, hjelp og støtte.

Helsesøstrene sa at de enkelte ganger lurte på om familien ble for tett på i situasjonen med det nyfødte barnet, og at de var oppmerksomme på dette særlig hvis folk bodde tett sammen for eksempel på en gård. To av mødrene i studien bodde på gård med sine svigerforeldre tett på, men oppga at de bare hadde positive erfaringer. Når familien fungerer godt, står den for viktige beskyttelsesfaktorer for barnet (Kvelling 2010) og som støtte til foreldrene til å være trygge voksne. Men dette kan bli annerledes hvis familiene ikke fungerer godt, - da kan beskyttelsesfaktorene i

stedet bli risikofaktorer (Kvello 2010). Helsesøsters rolle som støtte for foreldrene blir ekstra viktig, og hun kan bli den som må trekke inn andre hjelpeinstanser.

Helsesøstrene sa at de ble bekymret der de så at nettverket manglet, for eksempel hos innvandrerfamilier, og det er sannsynligvis av stor betydning at helsesøstrene har oppmerksomhet på dette. *"Her blir vi minnet om hvordan kjærlighet og bekræftelse i familien er med på å bygge selvstyrke, som igjen bygger helse. Familien er med på å danne livets grunnmur. Her skjer anleggsarbeidet for psykososiale helsebetingelser som kan prege oss på livstid"* (Fugelli og Ingstad 2009, s. 246). Fugelli og Ingstad viser til Antonovskys salutogene modell SOC, - støtte fra familie og nettverk er av betydning for foreldres SOC i den sårbare tiden med omsorg for et spedbarn. Antonovsky hevder at også lykkelige hendelser kan være stressfaktorer fordi de krever handling (Antonovsky 2012). Helsesøsters rolle kan både være å ha oppmerksomhet på dette, og å være ekstra støttende der familie og nettverk mangler. Helsesøstrene sa at tiltak som Åpen helsestasjon, barselgrupper m.m. er viktige tiltak i slike tilfeller.

De mødrene jeg intervjuet, oppga at naboer og nærmiljø hadde liten betydning for dem, og dette bekrefter kanskje en tendens i Norge i dag, - at vi ofte ikke kjenner naboene våre. To sa at dette ville vært annerledes hvis de hadde bodd "der de kom fra". I flg. Fugelli og Ingstad (2009) følger tryggheten i et nærmiljø av menneskenes opplevelse av fellesskap. De viser at det er stor variasjon i hvor mye nærmiljøene betyr for folk. Dette er i mange tilfeller en følge av at samfunnet stadig er i endring, noe som også må få konsekvenser når tilbudene til befolkningen planlegges for framtida.

6.3 Betydningen av en god relasjon mellom helsesøster og foreldre

Helsesøstrene hevdet at noe av det viktigste ved hjemmebesøket er å skape en god relasjon til foreldrene. Dette mener de er viktig for det videre samarbeidet, og de mener at hjemmebesøket er en veldig god start ved at de blir bedre kjent når de møter familien hjemme. De mente også at foreldrene er tryggere hjemme på egen arena i dette første møtet, enn om de møter dem på kontoret. De hevdet at som gjest i familiens hjem, blir de mer ydmyke overfor familien og at det fremmer gjensidighet og respekt.

Å oppnå gjensidighet har betydning for hvordan dialogen mellom helsesøster og foreldre forløper (Branstad 2003). Gjensidighet og balanse i maktforholdet er nødvendig for kommunikativ samhandling. I flg. Branstad (2003) er det avgjørende at *”ansatte som jobber med forebyggende og helsefremmende arbeid, må ha en forståelse av hvordan maktforskjeller kan påvirke en dialog”* (s.165). En god relasjon åpner for gjensidighet og maktfordeling og gir grunnlag for konstruktiv kommunikasjon (Aamodt 2005). Dette er nødvendig for en positiv veiledningsprosess i alt helsefremmende arbeid, og ikke minst hvis vanskelige ting skal tas opp.

En mor sa at hun syntes hjemmebesøket var greit, men at det egentlig føltes litt for *privat* og *nært* å få en fagperson hun ikke kjente inn i hjemmet sitt, og at hun ikke fikk den veiledningen hun trengte fordi helsesøster ikke forstod henne. Ulikhet i makt kan, i flg. Branstad (2003), medføre en ulikhet i perspektiv som går utover den gjensidige forståelsen mellom partene i dialogen. Dette understreker betydningen av bevissthet om maktposisjoner i sosialt arbeid. Det er også viktig å reflektere over at arbeidsmetoder må tilpasses, og at én metode ikke passer for alle.

Foreldrene sa noe om at selve møtet med helsesøster hjemme hos dem var viktig for hvordan kontakten videre ble, for eksempel med tanke på hva de følte at de kunne drøfte med henne. De fleste mødre sa at de opplevde møtet med helsesøster hjemme som positivt og trivelig, og refererte til at de følte de hadde hatt en god samtale med helsesøster under hjemmebesøket. Tidligere, i kap. 6.1, er det vist at relasjonen mellom helsesøster og foreldre har betydning både for effekten av hennes veiledning og informasjon, og i 6.2 for verdien av helsesøsters bekreftelse og anerkjennelse. Det er tydelig at det er helsesøstre som mest uttrykker at de vektlegger dette med *relasjon*. Ingen av mødrene benyttet dette begrepet om sitt forhold til helsesøster, men flere fremhever at de likte å oppleve helsesøster som en trivelig person og synes det er betydningsfullt å ha en fast helsesøster å forholde seg til. Dette var også et funn hos Hjälmhult og Lomborg (2012), og Jansson mfl. (2003) viser til at mødrene følte seg tryggere i møtet med *Barnhälsovården*, når det første møtet med helsesøster var på hjemmebesøk.

Noen helsesøstre snakket om at de merket at de lettere fikk kontakt og en god relasjon dersom de bød på seg selv. En mor fremhevet at det at hun visste at helsesøster selv hadde erfaring som mor, gjorde kontakten bedre. Relasjonell

tenkning er å innse at vi alle bidrar til å skape den konteksten vi er en del av, og det å by på seg selv er et slikt bidrag. Denne tenkningen er relevant for å forstå samhandlingen mellom mennesker (Aamodt 2005). En relasjon består alltid av to parter som påvirker hverandre. En god relasjon mellom helsesøster og foreldre vil styrke gjensidigheten og gi økt tillit til helsesøster som fagperson og legge grunnlaget for det Aamodt (2005) kaller et "samskapingsprosjekt" mellom foreldrene og helsesøster. En helsesøster beskrev hvordan hun noen ganger føler seg underlegen på hjemmebesøk hos mennesker med høy sosioøkonomisk status, og hvordan hun da føler at hun gjør en dårligere jobb. Her er maktperspektivet interessant som et hinder for samskapingsprosjektet, - på en måte med motsatte fortegn.

Helsesøstrene var opptatt av at det var en fordel for den videre kontakten at fedrene var til stede ved hjemmebesøket. Dette ønsket virket litt uavklart. Det er en viktig beskyttelsesfaktor for barn å ha to foreldre som samarbeider godt (Kvelling 2010), og det er viktig for det videre samarbeidet mellom helsesøster og familien at hun har en god relasjon med både mor og far. Men noen helsesøstre ga inntrykk av at de nesten så litt "ned" på fars rolle i forbindelse med hjemmebesøket, og bl.a. hadde liten forståelse for hans måte å stille spørsmål på, og at han kanskje ikke var så opptatt av å snakke om følelser. Det er interessant å undre seg over om dette har noe med maktposisjoner og kanskje kjønnsperspektiv å gjøre.

6.4 Spenningsfeltet mellom støtte og kontroll

Nesten alle foreldrene i intervjuene uttrykte at de var usikre på hva de kunne forvente av hjemmebesøket. De visste at de ville få tilbudet, men ikke så mye mer. I den ene kommunen prøvde de å få gitt litt informasjon når de gravide var hos jordmor, men ellers var det lite rutiner for å gi informasjon. Noen hadde fått vite litt fra familie eller venner, andre opplyste at de hadde fått vite om hjemmebesøket hos jordmor eller på fødeavdelingen. Alle hadde en forventning om at de ville få informasjon og svar på spørsmål ved hjemmebesøket. Nesten alle lurte på hvor mye *kontroll* det var, og flere tenkte at helsesøster skulle "sjekke" hvordan de ordnet opp med barnet, og at hjemmet burde være noenlunde rent og ryddig. Noen hadde spurt bekjente om hva de kunne vente seg med hensyn til dette.

Helsesøstrene i fokusgruppene understreket at hjemmebesøket er et frivillig tilbud, først og fremst for støtte og veiledning. De fremhevet på den ene side at de ikke skal

”sjekke” hjemmene for eksempel mht hygiene, og de understreker dette overfor foreldre som spør. På den andre siden sa de at de selvsagt merker seg hvordan folk har det, og hvis det er ”kaotisk” blir de bekymret for om barnet har det bra. De la vekt på at ved å møte familien i hjemmet, kan de danne seg et inntrykk av hvordan den fungerer, og evt. fange det opp hvis ”voksne problemer”. Samtidig skal de være rausere for hvordan folk velger å innrette seg. Studien avdekker med dette noen motstridende intensjoner, og helsesøstrene forteller at de spør ikke om foreldrene ønsker hjemmebesøk, men gir tilbudet som om det er en selvfølge. Enkelte mødre har merket seg dette, - de har oppfattet at dette er noe ”som hører med” som det ikke er aktuelt å si nei til. Mødrene setter pris på besøket, men vet ikke hva de kan forvente.

Hjemmebesøket er altså, på samme måte som alt annet innen helsestasjonstilbudet til sped- og småbarn, et frivillig tilbud. Men helsesøstrene er, ved siden av å støtte og veilede, også forventet å skulle oppdage avvik og forhold som ikke er bra (Helsedirektoratet 2005), herunder tegn til mistrivsel og omsorgssvikt (forebygging.no 2013). Dette er nokså komplisert. I flg. Neumann (2009) har helsemyndighetene gjort det enda mer komplisert ved at de har fratatt helsesøstrene noe av sin profesjonelle status ved at tilbudet fra helsestasjonen skal være frivillig veiledning, ikke rådgivning og kontroll som det stod i tidligere forskrifter. Disse begrepene ble tatt ut omtrent samtidig som ordet helsekontroll ble tatt inn i Pasient-og-brukerrettighetsloven (1999), der det slås fast at foreldre har plikt til å sørge for helsekontroll av barnet. Her kan det tyde på at intensjonen om kontroll er underkommunisert både i forholdet mellom helsesøstre og myndigheter, og mellom helsestasjonen og foreldrene. Skillet mellom foreldre og helsesøstre ble utydeliggjort fra myndighetenes side ved de omtalte begrepsendringene på slutten av nittitallet, uten at det i flg. Neumann (2009) ble definert hva foreldrene evt. skulle ”frigjøres” fra med dette. Dette gjør også at roller og maktposisjoner blir uklare. På den ene siden vil helsesøsters svekkede makt gjøre henne mer ”ufarlig” (Neumann 2009), og det er kanskje et grunnlag for å bygge tillit. På den andre siden er makt også noe positivt når makt utøves i en dynamisk relasjon og gir grunnlag for økt forståelse og kunnskapsproduksjon (Flyvbjerg 2009). Helsesøsters kunnskapsbase bygger i stor grad på andre profesjoners kunnskap, og hun skal veilede innen fagkunnskap som den norske ”middelklassen” ofte har god innsikt i fra før (Neumann 2009).

Mødrene jeg intervjuet fremstod som vanlig, bra fungerende foreldre. Helsesøsters anerkjennelse var viktig for dem, og vi vet at det er betydningsfullt for å føle seg trygg i foreldrerollen som *gode nok* foreldre (Killén 1994). De ga uttrykk for at de ikke følte at de selv hadde noe å frykte ved å bli "kontrollert" av helsesøster. Men de mente at det er positivt at helsesøster ser innom alle hjem der det er nyfødte barn, fordi de tenker at det ikke er selvfølgelig at alle har det bra. To sa at de nok trengte hjemmebesøket bedre da de var 1.gangs fødende, men fremhevet at det var en fordel at alle fikk besøk, som en mor sa: "*Og hvis en bare skulle gått til sånne risiko... ja, hvordan skulle en plukket ut dem?*"

Dette tyder på at hvis helsesøster blir bekymret for om omsorgen er god nok, eller om barnevernet allerede er involvert, da skjer det noe med relasjonen, og tilliten blir satt på prøve. Helsesøstrene i min studie ga uttrykk for at de fikk best relasjon med de som de hadde vært på hjemmebesøk hos, og da var det lettere å ta opp vanskelige ting hvis det skulle bli aktuelt.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering

Målet med denne studien var å belyse foreldres og helsesøstres opplevelser av hjemmebesøkt til nyfødte i et helsefremmende perspektiv. Funnene mine viser at hjemmebesøket er viktig og verdt å opprettholde som et tilbud til alle. Foreldrene er stort sett fornøyd og føler at besøket er betryggende, men de er litt usikre på forventningene sine. Foreldrene uttrykker at det er viktig for dem at helsesøster møter dem på en god måte, og de liker å ha en fast helsesøster å forholde seg til. Helsesøster kan støtte foreldrene og hjelpe mødre til å føle at de lykkes i morsrollen, og spesielt er hennes støtte viktig for de som strever med ammingen. Anerkjennelse av *gode nok foreldre* oppleves som et viktig resultat.

Helsesøstre mener at hjemmebesøket er en god arbeidsmetode. De mener at kontakten blir bedre med de foreldrene de har vært hjemme hos, og at det er viktig for å få en god relasjon å bygge videre på. Den relasjonelle tenkningen bygger gjensidighet og tillit, samt utjevner maktforskjeller (Aamodt 2005). Det helsefremmende perspektivet virker som en god innfallsvinkel i dette arbeidet. Å bli foreldre er en av de største, og som oftest ønskede, overganger i et menneskeliv. Foreldrene bærer med seg det de har av bagasje fra tidligere, på godt og vondt, inn i foreldrerollen. De tre faktorene i *Sense og coherence* (SOC), begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky 2012), er viktige i omsorgssituasjonen med et nyfødt barn. Mye tyder på at helsesøster kan bidra til å styrke SOC hos foreldre ved hjemmebesøket og oppfølgingen på helsestasjonen gjennom veiledning, trygghet og anerkjennelse.

Alle mødre i studien hadde tanker om "hvor mye kontroll er det", mens helsesøstre nedtonet denne siden av hjemmebesøket, samtidig som de var opptatt av å oppdage avvik. Mødrene mente at det er viktig at noen ser innom hos alle nyfødte. Slik avdekker studien et spenningsfelt mellom det å gi/motta støtte og å utøve kontroll/bli kontrollert. Det er interessant å reflektere over hjemmebesøkets funksjon i lys av dette, - hvilke maktposisjoner er relevante, og hvordan påvirkes utbyttet av besøket.

7.2 Muligheter for kvalitetsutvikling og videre forskning

Studien viste at det var usikre forventninger til hjemmebesøket fra foreldrenes side. Dette kan tyde på at rutiner for informasjon bør bli bedre. Det bør kommuniseres tydeligere både at det blir et hjemmebesøk, og hva som er hensikten, og foreldrene kan oppfordres til å forberede seg. Da kan utbyttet av hjemmebesøket bli bedre.

I vårt åpne samfunn bør det være en målsetning med større bevissthet rundt hjemmebesøkets element av kontroll. Det virker som dette er underkommunisert, både mellom helsemyndighetene og helsestasjonene, og mellom helsesøstre og foreldre. Både kontroll- og maktaspektet og frivillighetsaspektet åpner for videre refleksjon rundt hjemmebesøkets funksjon og kan være interessant å forske videre på. Burde det kanskje videreutvikles en tradisjon for at oppfølgingsbesøk blir mer vanlig? Er det noe som tyder på at hjemmebesøk kan forbygge svikt i omsorgen?

En innfallsvinkel for videre forskning kan være å se nærmere på hvilket utbytte utsatte grupper opplever å ha av helsesøsters hjemmebesøk. Ingen av de som jeg intervjuet virket å være i noen risikogruppe. Det kunne også være interessant å gjøre en studie av hvordan fedrene oppfatter tilbudet, - både hjemmebesøket og helsestasjonstilbudet ellers. Hvordan gjør for eksempel kjønnsperspektivet seg gjeldende?

Et annet interessant perspektiv er å se hjemmebesøket i lys av samfunnsutviklingen, for eksempel med hensyn til nettverkets og nærmiljøets betydning for barnefamilier i dag.

En helsesøster sa: *"Snart er det bare vi og feieren som er innom hos folk"*.

Litteraturliste

Aadland, E. (2004) *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.

Aamodt, L. G. (2005) *Familien mellom mange hjelpere : refleksjoner i sosialfaglig arbeid*. Bergen: Fagbokforl.

Almquist-Tangen, G. mfl. (2010) Reduced number of home visits within child health care. Nurses' attitudes determine the development of the service. I: *Läkartidningen*, 107(47), s. 2968-71.

Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. I: *Health promotion international*, 11(1), s. 11-18.

Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Askheim, O. P. (2012) *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.

Baqui, A. H. mfl. (2009) Effect of timing of first postnatal care home visit on neonatal mortality in Bangladesh: a observational cohort study. I: *BMJ: British Medical Journal*, 339.

Barn/familiedepartementet (2002-2003) Stortingsmelding nr. 29 Om familien - forpliktende samliv og foreldreskap. I.

Branstad, A. (2003) Fra monolog til dialog I: Hauge, H. A. o. M. B. M. (red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Flyvbjerg, B. (2009) *Samfundsvidenskab som virker : hvorfor samfundsforskningen fejler, og hvordan man får den til at lykkes igen*. København: Akademisk Forlag.

Folkehelseloven. (2011) *Lov om folkehelsearbeid*
http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=Folkehelseloven*.

forebygging.no (2013) *forebygging.no -en kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid*
<http://www.forebygging.no/en/Skole/Hjelpeinstanser/Helsestasjonen/>. [online].

Fugelli, P. og B. Ingstad (2009) *Helse på norsk : god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Glavin, K. mfl. (2010) Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women—a one-year follow-up study. I: *Journal of clinical nursing*, 19(21-22), s. 3051-3062.

Graneheim, U. H. og B. Lundman (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. I: *Nurse education today*, 24(2), s. 105-112.

Green, J. og K. Tones (2010) *Health promotion : planning and strategies*. Los Angeles: Sage.

Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hauge, H. A. og M. B. Mittelmark (2003) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid : fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforl.

Helse-og-omsorgstjenesteloven. (2011) *Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene* [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov om kommunale helse- og*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov%20om%20kommunale%20helse-og-omsorgstjenester).

Helsedirektoratet. (2005: IS-1154) *Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* 66 s.

Helsedirektoratet (2011) *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsetilsynet (2011) Rapport 3/2011 Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til

barselkvinnar og det nyfødde barnet i barseltida? I.

Henriksen, J.-O. og A. J. Vetlesen (2006) *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med menneske*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hjälmhult, E. (2009) Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn. I: *Sykepleien Forskning*, 4(1), s. 18-26.

Hjälmhult, E. og K. Lomborg (2012) Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), s. 654-662.

Holk, K., H. Kronborg og I. Nilsson (2006) *Håndbog i vellykket amning: anbefalinger til sundhedspersonale*. København: Sundhedsstyrelsen.

Honneth, A. (2008) *Kamp om anerkjennelse : om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Oslo: Pax.

Hummelvoll, J. K. (2008) Etiske problemstillinger i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer. I: *VI BÆRER PSYKISK HELSEARBEID VIDERE*.

Hummelvoll, J. K., E. Andvig og A. Lyberg (2010) *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2011) Realisme i praksisnær forskning. I: *Sykepleien Forskning*, 6(3), s. 288-291.

Høilund, P. og S. Juul (2005) *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. København: Reitzel.

Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforl.

Jansson, A. mfl. (2003) Home visits can give family support to those who have recently become parents. First meeting with child health services is important for further contacts. I: *Läkartidningen*, 100(15), s. 1348-51.

Järvinen, M. og N. Mik-Meyer (2005) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv : interview, observationer og dokumenter*. København: Reitzel.

Kalleberg, R. o. D. N. f. k. f. s. (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. [Oslo]: Forskningsetiske komiteer.

Kierkegaard, S. (1995) *Samlede værker*, b. Bind 18. Charlottesville, Va.: IntelLex Corp.

- Killén, K. (1994) *Sveket: omsorgssvikt er alles ansvar*. [Oslo]: Kommuneforl.
- Kvale, S. og S. Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvelling, Ø. (2010) *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løgstrup, K. E. (2008) *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.
- Malterud, K. (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Misvær, N. og P. Lagerløv (2013) *Håndbok for helsestasjoner*. Oslo: Kommuneforl.
- Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Neumann, C. E. B. (2009) *Det bekymrede blikket: en studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Oslo: Novus forlag.
- Norsk Sykepleierforbund, N. (2008) *Helsesøster, mer enn et sprøytstikk*. I.
- Pasient-og-brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient- og brukerrettighetsloven*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-og-brukerrettighetsloven*).
- Piltz, K. G. og K. Gústavsdóttir (1994) *Den usynlige familien: samarbeidspartner eller syndebukk*. [Oslo]: TANO.
- Poulsen, A. r., C. Brot og B. Dansgaard. (2011) *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*. Danmark, S. i., Komiteen for Sundhedsoplysning. 1-172 s.
- Skirbekk, G. (1976) *Politisk filosofi: innføring i filosofihistorie med særleg vekt på politisk teori. Bd 1*: Universitetsforlaget.
- Smith, L. og S. E. Ulvund (1999) *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stang, I. (2003) Bemyndigelse. I: Hauge, H. A. o. M. B. M. (red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*. Bergen: Fagbokforlaget.

SvenskaSocialstyrelsen. (2007) *Hälsoundersökningar inom barnhälsovården*
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/14753/1991-70-8_1991708.pdf.

Wadel, C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.

Wager, K. A. mfl. (2004) Qualitative evaluation of South Carolina's Postpartum/Infant Home Visit program. I: *Public Health Nursing*, 21(6), s. 541-546.

Økland, T. og E. Hjälmhult (2010) Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn: rapport fra kartlegging av helsesøsters tilbud ved helsestasjoner i Bergen. I.

Vedlegg 1 Godkjenning NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Laila Tingvold
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Høgskolen i Gjøvik
Postboks 191
2802 GJØVIK

Vår dato: 15.04.2013

Vår ref:34052 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.04.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34052	<i>Helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Gjøvik, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Laila Tingvold</i>
Student	<i>Inger Balke</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

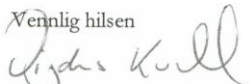
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Inger Balke, Hveemsvegen 76, 2850 LENA

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svu.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34052

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet godt utformet.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Gjøvik sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2 Framleggsvurdering REK

Vår ref. nr.: 2013/690 B

Viser til innsendt skjema for prosjektet *Helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte* mottatt 07.04.2013.

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer foreldre og helsesøstre har av helsesøsters hjembesøk til nyfødte.

Forespørselen er vurdert på fullmakt av komiteens leder. Ut fra det som kommer frem i skjema med vedlegg anser komiteen at prosjektet ikke er å regne som medisinsk eller helsefaglig forskning slik det forstås med helseforskningsloven. Prosjektet faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2 (sammenholdt med § 4 a), og er ikke fremleggelsespliktig for REK.

Med vennlig hilsen
Hege Holde Andersson

Komitéssekretær

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845514

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør- øst- Norge (REK sør- øst)**

<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg 3 Informasjonsbrev helsesøstre



Forespørsel om å delta i fokusgruppeintervju i forbindelse med en masteroppgave

Kjære helsesøster.

Vil du bidra til kvalitetsutvikling av helsestasjonstilbudet? Da har du muligheten nå 😊

Jeg er masterstudent på studiet *Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid* ved Høgskolen i Gjøvik og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er det forebyggende og helsefremmende arbeidet i forbindelse med helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte. Jeg vil finne ut noe om hvilken verdi foreldre og helsesøstre synes dette tjenestetilbudet gir.

For å få til det, trenger jeg mer kunnskap om erfaringene helsesøstre har med slike hjemmebesøk. Jeg ønsker derfor å intervjuer deg som helsesøster i fokusgruppe sammen med andre helsesøstre som har hjemmebesøk som arbeidsoppgave. Gruppeintervjuet vil dreie seg om planleggingen og gjennomføringen av hjemmebesøk. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen.

Intervjuet vil ta ca 1 - 1 ½ time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Opplysningene du gir, vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres, og notater og evt. lydopptak slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av juni 2014. Det er frivillig å delta, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data du har oppgitt bli slettet.

Hvis du samtykker i å delta, ber jeg deg underskrive vedlagte samtykkeerklæring, fylle ut din kontaktinformasjon og returnere erklæringen til meg. Så tar jeg kontakt for å avtale tid og sted for et møte.

Hvis det er noe du lurer på, kan du ringe meg på telefonnummer **402 22 218**, eller du kan sende en e-post til inger.balke@hig.no Du kan også kontakte min veileder Laila Tingvold laila.tingvold@hig.no ved Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik.

Studien er godkjent av NSD Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Inger Balke

På forhånd takk 😊

Vedlegg 4 Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring:

Navn:.....

Ja, jeg ønsker å delta på prosjektet "Hjemmebesøk til nyfødt".

Jeg kan treffes på:

Telefon:.....

Dato

Underskrift

Vedlegg 5 Informasjonsbrev foreldre



Forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med en masteroppgave.

Kjære foreldre

Vil du bidra til kvalitetsutvikling av helsestasjonstilbudet? Da har du muligheten nå 😊

Jeg er masterstudent på studiet *Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid* ved Høgskolen i Gjøvik, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er det forebyggende og helsefremmende arbeidet i forbindelse med **helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte og deres familie**. Jeg ønsker å finne ut noe om hvilken verdi foreldre og helsesøstre synes dette tjenestetilbudet har, og trenger derfor mer kunnskap om hvilke opplevelser dere har hatt i forbindelse med hjemmebesøket. For å oppnå dette, ønsker jeg å intervjuere dere som har hatt besøk av helsesøster da dere kom hjem med et nyfødt barn. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen.

- Intervjuet vil dreie seg om hvordan du opplevde hjemmebesøket og hvilke synspunkter du har på tilbudet. Jeg tar kontakt for å avtale tid og sted. Intervjuet vil ta ca 1 time.
- Opplysningene du gir, vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres, og evt. lydopptak slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av juni 2014.
- Det er frivillig å delta, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data bli slettet.

Hvis du samtykker i å delta, ber jeg deg underskrive vedlagte samtykkeerklæring, fylle ut din kontaktinformasjon og returnere erklæringen til meg ved å legge den i samlekonvolutten på helsestasjonen. Så tar jeg kontakt med deg for å avtale tid og sted for et møte.

Du kan også kontakte meg ved å ringe meg på telefonnummer **402 22 218**, eller du kan sende en e-post til inger.balke@hig.no.

Du kan også kontakte min veileder Laila Tingvold ved Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik laila.tingvold@hig.no om du lurer på noe.

Studien er godkjent av NSD, - Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Inger Balke

På forhånd takk 😊

Vedlegg 6 Temaguide fokusgrupper

Temaguide for fokusgruppeintervju av helsesøstre som utfører hjemmebesøk til foreldre med nyfødt barn.

TEMA: Hjemmebesøk til nyfødte

- 1. Erfaringer med måter å tilby hjemmebesøk.*
- 2. Hvordan tilbudet blir mottatt.*
- 3. Selve møtet. Start og introduksjon av hjemmebesøket.*
- 4. Temaer*
- 5. Erfaringer med hva som skjer under hjemmebesøket*
- 6. Forventninger som ligger til grunn for helsesøstre og foreldre*
- 7. Betydningen av hjemmebesøket for foreldrene*
- 8. Betydningen av hjemmebesøket som arbeidsmetode*
- 9. Betydningen av den "nyfødte" familiens nettverk og nærmiljø.*

Vedlegg 7 Intervjuguide foreldre

Intervjuguide for intervju av foreldre som har mottatt hjemmebesøk til nyfødt barn.

- Mor Far Annet
- Alder
- 1.gangs forelder Flergangsforelder
- Barnets alder

1. Hvordan opplevde du å bli tilbudt hjemmebesøk:

1. Var du kjent med tilbudet om hjemmebesøk til dere med nyfødt barn?
2. På hvilken måte fikk du tilbudet om hjemmebesøket, og hvordan opplevde du det?
3. Hvilke tanker gjorde du deg før du takket ja til hjemmebesøk?
4. Hvis tilbudet skulle vært gitt på en annen måte, hvordan tenker du at det burde vært gjort?
5. Hvordan opplevde du møtet mellom deg og helsesøster?
6. Kan du si litt om din opplevelse av at en fagperson kom på besøk i hjemmet deres?
7. Hvis du synes helsesøster skulle møtt deg / dere på en annen måte, hva synes du skulle vært annerledes?

2. Temaer dere snakket om:

8. Hva kan du si om hvilke temaer helsesøster brakte på bane under hjemmebesøket?
9. På hvilken måte ble de forskjellige temaene tatt opp?
10. Hva tenker du om dine egne muligheter til å ta opp temaer / spørsmål som dere syntes var aktuelle?
11. Hvilke temaer synes du var viktigst for deg?
12. Hva synes du evt. burde vært annerledes?

3. Hva skjedde under hjemmebesøket?:

13. Kan du fortelle om hva som skjedde ved hjemmebesøket?
14. Hva foretok helsesøster seg?
15. Hva gjorde du?
16. Hvordan opplevde du stemningen under besøket?
17. Hvordan ble besøket avsluttet?

4. Forventninger

18. Hvilke forventninger kan du si at du hadde til besøket?
19. Hvis dine forventninger ble innfridd, kan du si noe om hvorfor?
20. Evt. hva gjorde at dine forventninger ikke ble innfridd?

5. Hvilken betydning opplevde du at hjemmebesøket hadde for deg?

21. Hvis det betydde noe for din trygghet som forelder, kan du fortelle litt om det?
22. Hvis det betydde noe for din opplevelse av helse for deg og barnet, kan du si noe om på hvilken måte?
23. Kan du si noe om hvordan du opplevde informasjon og/eller veiledning du / dere fikk fra helsesøster?
24. Hvis du skulle oppsummere, - hvilken betydning hadde det for deg at dere fikk hjemmebesøk?

6. Støtte og veiledning fra nettverk og nærmiljø i perioden med nyfødt barn:

25. Hvem har dere rundt dere av familie, og hva betydde familien for dere i denne tiden?
26. Hvordan forholdt vennene deres seg til den nye situasjon, og hva betyr de? Evt. arbeidskollegaer?
27. Hva kan dere si om betydningen av naboer og personer i nærmiljøet i perioden med nyfødt barn / spedbarn?
28. Hvordan opplevde du / dere støtte og rådgivning fra nettverk og nærmiljø?