

Inger Kvisvik

# Webinar som erstatning for fysisk gruppekonsultasjon på helsestasjonen

En kvalitativ undersøkelse av bruken av webinar på helsestasjonen fra et foreldreperspektiv

Masteroppgave i Helseinformatikk

Veileder: Elise Klæbo Vonstad

Oktober 2022



Inger Kvisvik

# **Webinar som erstatning for fysisk gruppekonsultasjon på helsestasjonen**

En kvalitativ undersøkelse av bruken av webinar på helsestasjonen fra et foreldreperspektiv

Masteroppgave i Helseinformatikk  
Veileder: Elise Klæbo Vonstad  
Oktober 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for informasjonsteknologi og elektroteknikk  
Institutt for datateknologi og informatikk



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Bakgrunn:** I mars 2020 ble Norge, som resten av verden, rammet av Covid-19, en global pandemi. Krav om sosial distansering medførte at helsesektoren måtte tenke nytt for å kunne utføre sine tjenester. I Trondheim kommune ble det på grunn av pandemien og krav om sosial distansering utviklet ferdig innspilte webinar, som ble tilbudt foreldre ved barnets 4 ukers-, 4 måneders- og 8 måneders alder istedenfor deres opprinnelige tilbud om fysisk gruppekonsultasjon. Omstillingen måtte gå raskt og det var i begrenset grad mulig å kvalitetssikre slike nye tilbud. Oppgaven er et bidrag til å belyse hvorvidt digitale samhandlingsverktøy som webinar er «best practice» for gruppekonsultasjoner på helsestasjonen fra et foreldreperspektiv. Kan webinar ivareta målene med gruppekonsultasjonen, og er det samsvar mellom helsedirektoratets mål for disse konsultasjonene og foreldres motivasjon?

**Metode:** Det er gjennomført en kvalitativ undersøkelse med semistrukturert intervju av seks mødre til barn som har benyttet Trondheim kommune sitt tilbud om webinar ved 4 ukers-, 4 måneders- og/eller 8 måneders konsultasjon ved helsestasjonen. Intervjuene ble transkribert og analysert etter stegvis deduktiv-induktiv modellen.

**Resultater/konklusjon:** Helsedirektoratets mål om at helsestasjonsprogrammet skal bidra til å skape sosiale nettverk og til at foreldre får innsikt, forståelse og hjelp til å mestre foreldrerollen ble ikke ivaretatt ved å bruke asynkrone webinar. Ved å bruke webinar, fikk ikke foreldrene mulighet til å lære av andre, lære gjennom refleksjon eller å stille spørsmål om tema de er usikre på.

Det var en framtrødende diskrepans mellom helsedirektoratets mål for de aktuelle gruppekonsultasjonene og foreldrenes motivasjon for deltakelse. Foreldre hadde i liten grad motivasjon med tanke på å lære noe av gruppekonsultasjonene, men hadde som hovedmotivasjon å møte andre. Informantene opplevde webinarne som troverdige, men som overfladiske med tanke på tematikk/innhold.

Ved å bruke asynkrone webinar kan ikke helsestasjonen, fra et foreldreperspektiv, ivareta målene med gruppekonsultasjon, og det er ikke samsvar mellom helsedirektoratets mål for gruppene og foreldres motivasjon.

## Abstract

**Background:** In March 2020, Norway as the rest of the world was hit by Covid-19, a global pandemic. Because of social distancing requirements the health sector had to adapt their deliverance of services. In the public health station in Trondheim municipality, social distancing requirements led to the development of pre-recorded webinars that was given to parents as a substitute for physical group consultations when the child was 4 weeks- 4 months- and 8 months old. This was a substitute for their original physical group consultations. This change happened quickly and there was limited possibilities of quality assurance of this new method. This thesis is a contribution to the quality assurance of the use of pre-recorded webinars from a parental perspective. Are webinars «best practice» for group consultations at the public health station? Can webinars meet the Directorate of Health's goals for these group consultations and is there a correlation between The Directorate of Health goals for these group consultations and the parents' motivation for participation?

**Method:** A qualitative study was conducted, using a semi structured interview of six mothers to children that had used the pre-recorded webinars that was offered from the health station in Trondheim municipality at 4 weeks- 4 months- and/or 8 months consultation. The interviews were transcribed and analyzed using the stepwise deductive-inductive model.

**Results/conclusion:** The Directorate of Health's goals for the consultations at the health station are to contribute to social networking and to give parents insight, understanding and help to master parenting. These goals will not be achieved using pre-recorded webinars. By using pre-recorded webinars parents are not able to learn from others, learning through reflection and by asking questions about subjects they feel unsure about. There is a salient discrepancy between the Directorate of Health goals for the specific group consultations and the parents' motivation for participation. Parents has a low degree of motivation towards learning. Their main motivation for these group consultations is to meet other parents and health workers. The parents feel that the pre-recorded webinars are trustworthy but superficial in accordance to the content. By using pre-recorded webinars, the health station will not achieve the Directorate of Health goals for the group consultation form a parents' perspective. There is not a correlation between the Directorate of Health goals and the parents' motivation to these group consultations.

## Forord

Denne oppgaven har tatt meg tilbake til helsestasjonen som tidligere i yrkeslivet var min arbeidsplass. Det har vært spennende og lærerikt å se på praksisen ved helsestasjonen fra et foreldreperspektiv, når en selv har hatt en annen rolle der tidligere. Selv om helsestasjonen og bruk av webinar har hatt fokus i denne oppgaven mener jeg den har verdi ut over dette området og jeg vil ta med meg kunnskap og refleksjoner knyttet til hvor, hvorfor og når ta i bruk digitale verktøy i helsesektoren.

Jeg vil takke helsestasjonen i Trondheim kommune, ved Grete Drøpping for positivitet og støtte hun har gitt i forbindelse med rekruttering av informanter til denne undersøkelsen, samt for å anerkjenne behovet for at en slik undersøkelse gjennomføres.

Jeg vil takke kollega Kristine Grønli som med sin erfaring som helsesykepleier og med sin master i helseinformatikk, har stilt opp som diskusjonspartner, hørt på mine frustrasjoner, samt lest gjennom og gitt nyttige tilbakemeldinger underveis.

Jeg vil takke familien min som har holdt ut med mye prat om webinarer og helsestasjon, og som har sett litt mindre til meg det siste året.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min veileder, Elise Klæbo Vonstad. Hun har stilt opp når jeg har hatt behov for det, gitt meg mye god hjelp, støtte og god kunnskap hele veien. Jeg hadde ikke greid dette uten henne

# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon/bakgrunn .....	7
1.1	Definisjoner .....	8
1.2	Brukermedvirkning.....	9
1.3	Motivasjon.....	9
1.4	Problemstilling.....	10
1.5	Oppgavens struktur .....	10
2	Teoretisk fordykning .....	10
2.1	Helsestasjonsprogrammet .....	11
2.2	Helsefremmende arbeid / Helsekompetanse .....	13
<b>2.3</b>	Helsepedagogikk.....	14
2.4	Helsepolitiske føringer .....	15
2.5	Velferdsteknologi og digitalisering .....	16
2.6	Bruk av webinar og/eller video .....	18
2.7	Motivasjon.....	19
3	Metode .....	20
3.1	Metodisk tilnærming og design.....	20
3.2	Utvalg.....	21
3.3	Datainnsamlingsmetode.....	23
3.4	Transkribering.....	24
3.5	Dataanalyse .....	25
3.5.1.	Koding.....	26
3.5.2.	Kodegruppering.....	28
3.5.3.	Utvikling av konsepter .....	29
3.5.4.	Teoriutvikling.....	29
3.6	Gyldighet og pålitelighet .....	29
3.7	Etisk refleksjon .....	30
3.7.1.	Informanter .....	31
3.7.2.	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) .....	31
3.7.3.	Godkjenning Norsk senter for forskningsdata (NSD) .....	31
3.8	Forforståelse.....	32
4	Resultater .....	32
4.1	Bakgrunnsinformasjon .....	33
4.2	Gjennomføring og deltakelse av webinar .....	33
4.3	Motivasjon.....	34



4.4	Innhold.....	35
4.5	Kunnskapskilder.....	36
4.6	Fordeler og ulemper med fysisk gruppe versus webinar .....	36
4.7	Sosialisering.....	38
4.8	Anbefaling fra informanter til helsestasjonene.....	38
5	Diskusjon .....	39
5.1	Gjennomføring og deltakelse .....	39
5.2	Helsestasjonsprogrammet og helsestasjonen som arena for læring.....	41
5.3	Foreldres motivasjon for deltakelse på helsestasjonsprogrammet.....	43
5.4	Diskusjon av metode/design .....	44
5.5	Videre arbeid .....	46
6	Konklusjon .....	47
7	Anbefaling til helsestasjonene .....	48
	Referanseliste.....	49
	Vedlegg.....	53
	Vedlegg 1: Helsestasjonsprogrammet	
	Vedlegg 2: Intervjuguide	
	Vedlegg 3: Oversikt kodegrupper	

## Tabell- og figurliste

Tabell 1	Utdrag fra helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2017) .....	13
Tabell 2	Motivasjon for deltakelse på helsestasjonen .....	35
Tabell 3	Fordeler og ulemper med fysisk gruppe på helsestasjonen.....	37
Tabell 4	Fordeler og ulemper med webinar på helsestasjonen .....	37
Tabell 5	Antall utsagn til fordel eller ulempe for henholdsvis fysisk gruppe og webinar på helsestasjonen.....	37
Figur 1	Deduktive og induktive studier .....	25
Figur 2	SDI-modellen (fritt etter Tjora, 2021 s.21) .....	26

## 1 Introduksjon/bakgrunn

Helsevesenet står overfor utfordringer som vil øke i årene som kommer. Dette er delvis knyttet til en voksende andel eldre i befolkningen med behov for helsetjenester. Vi vet at helsepersonell blir en knapphetsressurs og det er derfor behov for å se på hvordan vi kan utnytte ressursene i helsesektoren bedre. Det har lenge vært et mål om økt digitalisering av samfunnet og helsesektoren (Regjeringen, 2019). Som hovedmål ønsker Kommunal- og moderniseringsdepartementet en enklere hverdag for innbyggere og næringsliv gjennom å gi bedre tjenester, mer effektiv offentlig ressursbruk og økt verdiskaping (Regjeringen, 2019). Velferdsteknologi er sett på som et viktig bidrag for å møte disse utfordringene (Nilsen et al., 2016; Meld. St. 7, (2019-2020)).

I mars 2020 ble vi i Norge som i resten av verden, rammet av Covid-19, en global pandemi. Krav om sosial distansering medførte at helsesektoren måtte tenke nytt for å kunne utføre sine tjenester. Daværende regjering ved helseminister Bent Høie var raskt ute og oppfordret helsetjenestene til å ta i bruk videokonsultasjon og andre digitale verktøy (Regjeringen, 2020). Store deler av helsetjenesten omstilte seg raskt som en følge av dette. Før pandemien var for eksempel bare ca. 3% av alle konsultasjoner med fastleger i Norge elektroniske. I løpet av første fase av nedstenging (mars, 2020) økte bruk av telefon- og eller nettbaserte konsultasjoner hos fastlegene til ca. 60% (Johnsen et al., 2021).

Behovet for fysisk distansering mellom mennesker ble som følge av pandemien en katalysator for digitaliseringsprosessen i helsetjenesten. Mange nye digitale verktøy er tatt i bruk på nye områder innenfor helsevesenet, og et eksempel på det er webinar på helsestasjonen. På helsestasjonene tvang det seg fram et behov for å gjennomføre helsestasjonsprogrammet på nye måter for å gi foreldre det samme tilbudet som før pandemien. På helsestasjonen følger alle barn en rekke fastsatte konsultasjoner og grupper i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017). Disse konsultasjonene, også kalt helsestasjonsprogrammet, foregår som individuelle konsultasjoner hvor barnet og dets foreldre møter for eksempel helsesykepleier og/eller lege individuelt, og som gruppekonsultasjoner hvor en gruppe barn og deres foreldre møter for eksempel helsesykepleier og fysioterapeut. I Trondheim kommune gjennomføres gruppekonsultasjoner når barnet er 4 uker, 4 måneder og 8 måneder gammelt. Disse

gruppene er i samarbeid med både fysioterapeut og helsesykepleier.

Gruppekonsultasjonene har ikke et individuelt fokus på det enkelte barn, men har som mål å være helsefremmende gjennom å formidle kunnskap for å styrke deltakerne i sin rolle som foreldre. Disse gruppene har tradisjonelt blitt gjennomført som fysiske grupper på helsestasjonen. I Trondheim kommune ble det på grunn av pandemien og krav om distansering, utviklet ferdig innspilte webinarer som ble tilbudt foreldre ved barnets 4 ukers-, 4 måneders- og 8 måneders alder (Trondheim kommune, 2022).

Omstillingen til digitale verktøy under pandemien måtte skje raskt, og det var i begrenset grad mulig å kvalitetssikre slike nye tilbud. Nå er vi tilbake til et samfunn uten restriksjoner, hvor man i økt grad oppfordres til å bruke digitale samhandlingsverktøy fordi det ofte er ansett som «best practice». I denne oppgaven er det nettopp helsestasjonen og bruk av webinar som digitale verktøy som skal undersøkes nærmere. Oppgaven skal være et bidrag til å belyse hvorvidt digitale samhandlingsverktøy som webinar er «best practice» for gruppekonsultasjoner på helsestasjonen fra et foreldreperspektiv. En ønsker å belyse om webinar er en egnet metode for å formidle helseopplysninger, og om webinar er i tråd med formålet som helsedirektoratet definerer for gruppekonsultasjon?

Denne oppgaven skal gi en forståelse fra et foreldreperspektiv. Det vil være fokus på foreldrenes innstilling til webinar versus fysisk gruppekonsultasjon, motivasjon i forhold til deltakelse på ulike deler av helsestasjonsprogrammet og brukervennlighet av webinar.

## 1.1 Definisjoner

Webinar er en sammenslåing av ordene web og seminar (Gegenfurtner & Ebner, 2019). Gegenfurtner and Ebner (2019) beskriver at webinar i sin enkleste form er et seminar som foregår online over internett til forskjell fra ordinære klasserom. Webinar kan være synkrone eller asynkrone i tid (Ebner & Gegenfurtner, 2019). Synkrone webinar foregår samtidig for kursholder og deltaker, og det er dermed rom for interaksjon mellom disse. Ved asynkrone webinar spiller kursholder inn webinar på et tidspunkt og deltaker ser på det på et annet tidspunkt. Ved asynkrone webinar er det ikke rom for interaksjon, men det åpner for økt fleksibilitet og tilgjengelighet. Videre i denne oppgaven benyttes kun webinar når det handler om det asynkrone webinarne som denne oppgaven omhandler. Der det er nødvendig med presisering for leserens forståelse, blir henholdsvis begrepene synkrone- og

asynkrone webinar benyttet. I introduksjonen ble begrepet «best practice» benyttet. «Best practice» i helsevesenet er definert som den beste måten å identifisere, samle, evaluere, formidle og implementere informasjon, samt monitorere utfall av helsetjenester for pasienter, grupper av mennesker og/eller definerte tilstander (Perleth et al., 2001).

I oppgaven benyttes «oppgaven» om det helhetlige produktet, mens «undersøkelsen» benyttes om den undersøkelsen som er gjort, nemlig intervju.

## 1.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er viktig for at tjenester som utvikles skal bli best mulig. Synspunktene til brukere skal tillegges stor vekt når tjenester utformes. I Lov om pasient- og brukerrettigheter heter det «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Opgaven skal sette søkelys på brukerstemmen. Oppgaven skal gå i dybden på brukernes erfaringer med gruppetilbudet på helsestasjonen for å være et ledd i utvikling av et godt tjenestetilbud på helsestasjonen. Det er innledningsvis benyttet eksempel fra Trondheim kommune, men helsestasjonsprogrammet gjennomføres over hele landet og erfaringene fra Trondheim kommune kan være relevante også i andre deler av landet.

## 1.3 Motivasjon

Utbytte av ulike former/metoder for undervisning eller opplæringssituasjoner avhenger av kvaliteten på ulike elementer ved undervisningen, men også på motivasjon hos deltakere (Ryan & Deci, 2000). Det finnes ulike definisjoner på motivasjon, men i store norske leksikon blir motivasjon beskrevet som en betegnelse på de faktorene som setter i gang, og som styrer adferden hos mennesker (Store Norske Leksikon, 2020). Motivasjon er beskrevet og vil være en del av denne oppgaven fordi det er interessant å vite mer om hva som faktisk motiverer foreldre til å delta på de ulike konsultasjonene ved helsestasjonen.

Denne oppgaven vil derfor se nærmere på hva som motiverer foreldre til å delta på konsultasjoner og spesifikt gruppekonsultasjoner, hvor det ikke er et individuelt fokus og som under pandemien er ivaretatt av webinar, nemlig 4 ukers-, 4 måneders- og 8 måneders

gruppekonsultasjon. Er det samsvar mellom målene helsestasjonen og helsedirektoratet har for gruppekonsultasjonene og motivasjonen foreldre har når det gjelder å delta? Når vi vet at motivasjon er en forutsetning for læring, er det viktig å finne ut av foreldrene sin motivasjon for å kunne si om bruken av webinar er hensiktsmessig eller ikke.

## 1.4 Problemstilling

Med utgangspunkt i bakgrunn har oppgaven følgende todelte problemstilling:

*Fra et foreldreperspektiv; kan bruk av webinarer*

- 1) *ivareta målene med gruppekonsultasjon*
- 2) *er det samsvar mellom helsestasjonens mål for gruppene og foreldrenes motivasjon?*

## 1.5 Oppgavens struktur

Det er i kapittel 1 gjort rede for bakgrunn og hensikt med prosjektet samt definert problemstilling. Det vil videre i kapittel 2 gjøres rede for den teoretiske referanserammen som ligger til grunn for prosjektet. I kapittel 3 blir den metodiske tilnærmingen og oppgavens design presentert. Undersøkelsens resultat presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 blir det satt lys på studiens samlede innhold og oppgavens resultater diskutert, før oppgaven i kapittel 6 oppsummeres og konkluderes.

## 2 Teoretisk fordypning

I dette kapittelet gjøres det rede for det teoretiske rammeverket, som er et nødvendig bakteppe for å belyse problemstilling og forskningsspørsmål. I en kvalitativ undersøkelse belyses teori som omgir undersøkelsen og ikke nødvendigvis bare teori som brukes til å tolke eller forklare funnene (Nilssen, 2012). Dette rammeverket vil påvirke alle delene av oppgaven og er det som påvirker hva som pirrer nysgjerrigheten til forskeren, hvilke spørsmål som stilles og retningen på oppgave (Nilssen, 2012). Teori som belyses skal hjelpe leser å få nødvendig kunnskap om settingen undersøkelsen foregår i og forståelse av hvilket perspektiv oppgaven har. Teorien vil videre være grunnlag for å diskutere resultater/funn fra datainnsamlingen. I kvalitativ forskning ønsker en å få tak i informantenes perspektiv. Det betyr at det ikke nødvendigvis er den teorien som en hadde som utgangspunkt som vil være

riktig, eller at den må brukes når en skal tolke funnene (Nilssen, 2012). Det betyr videre at forskeren må være åpen for å trekke inn ny teori underveis om det er nødvendig.

## 2.1 Helsestasjonsprogrammet

For å kunne besvare oppgavens forskningsspørsmål er det en forutsetning å kjenne helsestasjonens arbeidsområde og mandat. Dette er blant annet beskrevet i «Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom» (Helsedirektoratet, 2017).

Helsestasjonsprogrammet er et tilbud til hele befolkningen og skal være et likeverdig tilbud for alle (Helsedirektoratet, 2017). Tilbudet på helsestasjonen bør ifølge retningslinjene tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov, for å sikre et likeverdig tilbud. For å sikre dette må blant annet tjenesten ta høyde for sosiale helseforskjeller og ivareta brukernes behov uavhengig av sosioøkonomiske bakgrunn. Tjenesten må videre ta hensyn til språklige og kulturelle forskjeller i befolkningen, og at barn, ungdom og foreldre med særlige behov får den oppfølgingen de trenger (Helsedirektoratet, 2017). Alle barn mellom 0-5 bør ifølge Helsedirektoratet (2017) få et tilbud om regelmessige konsultasjoner på helsestasjonen. Tilbudet følger et standardisert løp med 14 konsultasjoner i løpet av denne perioden. Av disse 14 konsultasjonene er det anbefalt å gjennomføre gruppekonsultasjoner ved barnets 4 ukers-, 4 måneders- og 17-18 måneders alder. I tillegg kan helsestasjonen velge å tilby gruppekonsultasjon ved barnets 5 måneders alder og ved barnets 8 eller 10 måneders alder. Ikke alle foreldre ønsker å delta i grupper av ulike årsaker og i slike tilfeller bør helsestasjonen gi et tilbud om individuelle konsultasjoner istedenfor eller i tillegg til gruppe (Helsedirektoratet, 2017). Dersom det er behov for individuell konsultasjon etter en gruppekonsultasjon, kan helsestasjonen tilby dette.

«Målet med helsestasjonsprogrammet som helhet er:

- at foreldre opplever mestring i foreldrerollen
- å bidra til godt samspill mellom foreldre og barn
- å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn
- å forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt
- å avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig

- å bidra til at barn får oppfølging og henvises videre ved behov»

(Helsedirektoratet, 2017, s. 86)

Gjennom gruppekonsultasjoner ønsker en å skape sosiale nettverk hvor foreldre kan støtte hverandre og lære av hverandres erfaringer. Gjennom et grupperettet tilbud kan helsestasjonen møte foreldre i samme situasjon med barn i samme alder. Formålet er at foreldre skal få innsikt, forståelse og hjelp til å mestre foreldrerollen. Ved å ha grupper ønsker helsestasjonen å gi økt brukermedvirkning og likemannsarbeid. Det er meningen at foreldre selv skal være den viktigste ressursen i gruppen (Helsedirektoratet, 2017).

Denne oppgaven vil se nærmere på et utvalg av konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet, nemlig 4 ukers-, 4 måneders-, og 8 måneders konsultasjonen, hvor det i Trondheim kommune tidligere ble avholdt gruppekonsultasjoner, men som nå tilbys som webinarer. Innholdet i disse er skissert i tabell 1. Innholdet i de øvrige kontrollene ligger i vedlegg 1 slik at leser har helsestasjonsprogrammet i sin helhet lett tilgjengelig.

<b>Alder</b>	<b>Aktuelle tema på gruppekonsultasjon kan være:</b>
<b>4 uker</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming/ evt. morsmelkerstatning / D-vitamintilskudd</li> <li>• Samspill</li> <li>• Barnegråt, uro, Kolikk</li> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt, (vugging vs. filleristing)</li> <li>• Bevegelsesutvikling</li> <li>• Mobil- og skjermbruk hos foreldre og bruk av sosiale medier</li> <li>• Infeksjonssykdommer</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 0-6 måneder</li> <li>• Barnevaksinasjonsprogrammet</li> <li>• Søvn/sovestilling</li> <li>• Rusmiddelbruk (alkohol og annen rusbruk)</li> <li>• Informere om kontroll for mor etter fødsel</li> </ul>
<b>4 måneder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming/ evt. morsmelkerstatning/ vurdere informasjon om fast føde og D vitamintilskudd</li> <li>• Samspill</li> <li>• Infeksjonssykdommer (feber og øvre luftveisinfeksjoner)</li> <li>• Tannhelse: Tannpuss</li> <li>• Søvn</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 0-6 måneder</li> <li>• Rusmiddelbruk (alkohol og annen rusbruk)</li> <li>• Info om Barnehageplass</li> </ul>
<b>8 måneder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming/ evt. morsmelkerstatning/ fast føde og D-vitamintilskudd</li> <li>• Tannhelse: Tannpuss</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samspill</li> <li>• Språk/ lek</li> <li>• Søvn</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 6 måneder - 2 år</li> <li>• Forberedelse til barnehage</li> <li>• Foreldrenes trivsel og psykiske helse</li> </ul> Tema etter individuell vurdering: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tobakksfritt miljø</li> </ul>
--	--

Tabell 1 Utdrag fra helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2017)

## 2.2 Helsefremmende arbeid / Helsekompetanse

Denne oppgaven vil ha fokus på noe av det helsefremmende arbeidet som ligger i helsestasjonens mandat. Helsefremmende arbeid er en samfunnsanliggende oppgave og ikke bare helsetjenesten sin. Gjennom det helsefremmende arbeidet ønsker man å øke en person sin helsekompetanse. Helsekompetanse handler om mennesker sin evne til å kunne forstå, vurdere og anvende helseinformasjon slik at de videre kan ta kunnskapsbaserte valg om til sin egen helse. Helsekompetanse er avgjørende for å kunne mestre helseutfordringer og dermed ha mestringskompetanse (Tveiten, 2020). Den israelske sosiologen Aron Antonovsky (1923-1994) definerte et *salutogent perspektiv* i forskning på helse og hva som bidrar til utvikling av helse. I motsetning til et patogent perspektiv hvor en vektlegger årsak til sykdom, vektlegger et salutogent perspektiv det friske og hva som gjør at man ikke blir syk, altså opprettholder god helse (Antonovsky, 2005; Tveiten, 2020). Antonovsky introdusert begrepet *opplevelse av sammenheng*, på engelsk: sense of coherence. Dette begrepet representerer den enkeltes motstandskraft og mestringssevne og oppnås når man opplever at tilværelsen er meningsfull forståelig og håndterlig. Antonovsky (2005) hevder at personer som har en slik *opplevelse av sammenheng*, har bedre grunnlag for å mestre helseutfordringer enn dem som har oppmerksomhet rettet mot sykdom. Mestring er avhengig av en følelse av kontroll og «empowerment», hvor «empowerment» handler om å ta styring eller makt over en situasjon (Tveiten, 2020). «Empowerment» innebærer dermed at brukeren ikke er en mottaker, men en deltager i avgjørelser som berører sitt eget liv og egen helse. Dette er viktig for helsepersonell og innebærer et stort ansvar for å hjelpe pasienter til å forstå den situasjonen de befinner seg i og evnen til å se egne ressurser og muligheter til å håndtere egen situasjon. Mestring er som vi ser av Helsedirektoratet (2017, s. 10) sine mål med helsestasjonsprogrammet, vektlagt i form av «-at foreldre opplever mestring i foreldrerollen».



## 2.3 Helsepedagogikk

Helsepedagogikk er alt som har å gjøre med læring, utvikling, undervisning og veiledning når det gjelder helseutfordringer, og beskrives blant annet av Tveiten (2020). Målet med helsepedagogikk er å bidra til utvikling av pasientkompetanse og mestring gjennom samhandling slik at pasienter og pårørende i størst mulig grad kan mestre sine egne utfordringer knyttet til helse (Tveiten, 2020).

Tradisjonelt sett har pasientundervisning betydd at helsepersonell har informert og undervist pasienter. I dag handler helsepedagogikk i helsetjenesten om hvordan helsepersonell kan gjøre valg rundt hvordan, hvorfor og hva vi kan legge til rette for av læring og mestring av helseutfordringer. Dette kan dreie seg om undervisning eller ulike former for samhandling ansikt til ansikt eller via interaktive digitale metoder (Tveiten, 2020).

Det er derfor naturlig å trekke inn teori som omhandler helsepedagogikk og ulike metoder i pasient - og pårørendeopplæring for å besvare denne oppgaven sin problemstilling og forskningsspørsmål. Helsestasjonsprogrammet og helsestasjonene er en arena for læring, og gjennom læring skal helsestasjonsprogrammet bidra til trygge og kompetente foreldre. Når vi skal se på læring knyttet til helse og valg av helsepedagogiske metoder er det naturlig å se på gjeldende teorier knyttet til læring. Wittek (2004) skriver i sin bok «Læring i og mellom mennesker», at når mennesker lærer skjer det i en form for samtale eller annen form for interaksjon mellom mennesker. Læring er ikke noe som kun foregår i mennesket, men mellom mennesker. Hun beskriver videre at kunnskap er noe som utvikles mellom mennesker ved at de snakker sammen, løser et problem sammen eller samhandler på annen måte. Russeren Lev Vygotskij (1896-1934) har fått en betydningsfull innflytelse på forskning på læring i vår tid. Hans teorier på læring og utvikling har ført til en dreining på utviklingsteorier som individualistisk forankret til mer sosiokulturelle perspektiver. Hans teorier har satt fokus på betydningen det sosiale livet der læring skjer, og betydning av det relasjonelle for læring (Wittek, 2004).

Forståelse av helseinformasjon er av stor betydning for befolkningen. Møte med helsevesenet stiller krav til at en har tilstrekkelig evner til å både tolke og bearbeide informasjon som blir gitt. Helsepersonell skal forsøke så langt det lar seg gjøre, å sikre at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Føringer om at

helsepersonell skal sikre dette, innebærer at møte med helsepersonell og pasienter/pårørende på mange måter kan betraktes som en lærings situasjon (Christiansen et al., 2020). Det er derfor viktig at informasjon som gis i det moderne helsevesenet er adekvat og overbringes på en effektiv måte. Dette forutsetter egenskaper hos helsepersonell som blant annet gode kommunikasjonsferdigheter, evne til å ta hensyn til kulturelle forskjeller, evne til å anvende et forståelig språk og evne til å tilpasse informasjonen til ulike situasjoner. Samtidig stiller det også krav til mottaker som omfatter i hvilken grad en kan få tak i, bearbeide og forstå grunnleggende helseinformasjon og tjenester som de trenger for å kunne foreta adekvate avgjørelser som gjelder sin eller sine pårørendes helse. Friedman et al. (2010) undersøkte effektive strategier og metoder for pasientopplæring. Effektene ble knyttet til kunnskap, bekymring og tilfredshet hos pasientene. En rekke ulike undervisningsmetoder ble benyttet, blant annet klasseromsundervisning, digital undervisning og skriftlig informasjon. Av de metodene som ble vurdert til minst effektiv var muntlig undervisning og diskusjon. Bruk av datateknologi og video ble derimot vurdert til å være effektive strategier for å fremme kunnskap, redusere bekymring og oppnå økt tilfredshet. Forfatterne poengterer også at behovet til pasienter er ulike og at læringsstrategier må tilpasses den enkelte pasient.

## 2.4 Helsepolitiske føringer

Det er en økt vektlegging av helsefremmende og forebyggende arbeid, økt brukermedvirkning og fokus på mestring i helsetjenestene i Norge. Dette treffer helsestasjonens arbeid i stor grad, og er avgjørende for hvordan de gjennomfører sitt arbeid med sine brukergrupper som i hovedsak er barn og deres foreldre. Helsestasjonsprogrammet dekker en del plikter som er i tråd med lov og forskrift. Som en del av barns rett til nødvendig helsehjelp, jf. pasient og brukerrettighetsloven §6-1, har blant annet alle barn rett til helsekontroller i kommunen de bor i (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Kommunen har etter folkehelseloven kapittel 2, et ansvar for å fremme befolkningens helse og forebygge sykdom. De skal etter folkehelseloven § 5, ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og faktorer som påvirker denne (Folkehelseloven, 2011). Denne plikten presiseres i forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjeneste §9 i forhold til barn og ungdom 0-20 år og for gravide (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Helsepolitiske føringer i form av ulike lovverk tilsier at blant

annet medvirkning og pasient- og pårørendeopplæring er viktig i fremtidens helsetjeneste. Dette ser vi eksempel på i ordlyden i *Helsepersonelloven* som gjelder for alle fagpersoner som yter helsehjelp. «Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell» (Helsepersonelloven, 2001, §3). Den som yter helsehjelp, skal etter loven, gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i *Pasient og brukerrettighetsloven* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). I pasient og brukerrettighetsloven er medvirkning vektlagt og det er helsepersonell sitt ansvar at det er mulig for pasienten å medvirke (Tveiten, 2020). Loven understreker at pasientene skal få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstand og den påpeker at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger (Christiansen et al., 2020).

*Folkehelseloven* er en ansvarliggjøring av kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter når det gjelder å fremme helse i alle sektorer i samfunnet (Folkehelseloven, 2011). Loven skal bidra til å styrke folkehelsen og utjevne sosiale forskjeller (Tveiten, 2020). «Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse» (Folkehelseloven, 2011, §1). Dette forutsetter at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse til å samhandle med pasient og pårørende samt mulighet til å benytte effektive verktøy i sin samhandling. Dette understreker behovet for kvalitetssikring av helsepedagogiske metoder som her i denne oppgaven; webinar.

## 2.5 Velferdsteknologi og digitalisering

Helsevesenets utfordringer med en stadig voksende andel eldre, og ressursknapphet i helsepersonell skaper et behov for en mer effektiv måte å samhandle mellom helsetjenesten og befolkningen. Nav melder for eksempel i NAV sin bedriftsundersøkelse fra 2021 at det er en mangel på ca. 7000 sykepleier og spesialsykepleier (NAV, 2021) og statistisk sentralbyrå viser til beregninger hvor Norge vil mangle 28 000 sykepleiere og 18 000 helsefagarbeidere i 2035 (Statistisk sentralbyrå, 2012). Velferdsteknologi og digitalisering er sett på som et viktig bidrag for å møte utfordringene ressursknapphet fører til for fremtidens helsetjenester (Nilsen et al., 2016; Meld. St. 7 (2019-2020)).

Kommunal- og moderniseringsdepartementet beskriver digitalisering på følgende måte: «Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre. Det handler om å tilby nye og bedre tjenester, som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisering legger til rette for økt verdiskapning og innovasjon» (Regjeringen, 2014, avsnitt 1). Som hovedmål ønsker Kommunal- og moderniseringsdepartementet en enklere hverdag for innbyggere og næringsliv gjennom å gi bedre tjenester, mer effektiv offentlig ressursbruk og økt verdiskapning (Regjeringen, 2019).

Folkehelseinstituttet har i sin strategi fram mot 2024 definert ni strategiske satsninger for å møte de utviklingstrekkene som påvirker folkehelsen i Norge og i verden. Av disse vil en her trekke fram «Tiltak som virker» og «Fremtidens helse- og omsorgstjenester». «Tiltak som virker» handler om å vise hvilke tiltak som gir mest helse for pengene og som utjevner forskjeller. «Fremtidens helse- og omsorgstjenester» handler om at en skal legge et grunnlag for hvordan fremtidens helsetjenester skal imøtekomme en helsetjeneste der ressursene er under stort press og hvor det er et krav at tjenestene stadig blir mer effektive (Folkehelseinstituttet, 2020).

Det er fokus på avstandsoppfølging fra alle helseforetak og fra kommunal sektor. Overordnet mål ved avstandsoppfølging er bedre pasientopplevelse, bedre kvalitet på tjenestene, bedre ressursutnyttelse og et mindre miljøavtrykk (Meld. St. 7 (2019-2020)). Eksempler på avstandsoppfølging som det satses på innenfor helsevesenet er hjemmesykehus, videokonsultasjon, pasientrapportert informasjon, medisinske sensorer og nettbasert behandling (Meld. St. 7 (2019-2020)).

Økt digitalisering krever at befolkningen har tilgang til internett og at befolkningen har digitale ferdigheter. Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) ga i 2014 ut et notat om internettbruk og digitale ferdigheter hos innbyggerne i Norge (Difi, 2014). Funnene deres viste at 94% av befolkningen i Norge har tilgang til internett. Studien viser også at 20-25% av voksne i Norge har for lav digital kompetanse til å nyttiggjøre seg digital kommunikasjon med det offentlige. Dette viser at tilgang til internett ikke er ensbetydende med digital kompetanse. DIFI bruker undersøkelsen «PIAAC; Programme for the International Assessment of Adult Competencies» sin definisjon på digital kompetanse som «*evnen til å bruke digital teknologi, kommunikasjonsverktøy og nettverk til å tilegne seg og evaluere informasjon, kommunisere med andre og utføre praktiske oppgaver*» (Difi, 2014, s.1).

## 2.6 Bruk av webinar og/eller video

Denne oppgaven handler om bruk av webinar knyttet til helsefremmende arbeid i grupper på helsestasjonen. Det er tidligere i oppgaven argumentert med at dette kan sees på som en læringssituasjon, en form for undervisning. Det vurderes derfor som relevant å se på andre studier som har sett på bruk av webinar knyttet til undervisning i andre sammenhenger. Gegenfurtner and Ebner (2019) gjennomførte en meta-analyse som så på hvor effektive synkrone webinarer er i læringssammenheng med fokus på læringsutbytte hos studenter i høyere utdanning og jobbsammenheng. I deres undersøkelse som inkluderte 12 andre studier fant de en positiv, om noe begrenset, effekt til fordel for webinarer sammenlignet med andre læringssituasjoner. Dette støttes av Wilson et al. (2010) som undersøkte effekt av bruk av video og skriftlig opplæringsmaterieil for pasienter med astma. Studien undersøkte hvilke av disse metodene som er mest effektive, og som er å foretrekke for å fremme langvarig læring. Funnene fra deres undersøkelser viser at både video og skriftlig materieil er effektive metoder for å formidle kunnskap knyttet til forebyggende tiltak for astma og opplæring i prosedyrer knyttet til astma som for eksempel inhalasjonsteknikker. De foreslår at valg av metode er avhengig av hva slags type informasjon som skal læres. For opplæring i prosedyrer hadde for eksempel video bedre effekt enn skriftlig informasjon. De så for øvrig en mer langvarig effekt av opplæring hos gruppen som fikk med seg informasjon hjem, og som i denne undersøkelsen kun var det skriftlige materialet. Som beskrevet tidligere i oppgaven kan webinarer være både synkrone og asynkrone. Resultatene til Wilson et al. (2010) viser at effekten av synkrone webinar ikke er like god som skriftlig informasjon på grunn av redusert tilgang til informasjon. Ebner and Gegenfurtner (2019) så nærmere på ulikhetene mellom blant annet asynkrone og synkrone webinar da de gjennomførte en meta-analyse av 5 RCT'er. Målsetning med denne meta-analysen var å se på en antatt sammenheng mellom tilfredshet og læringsutbytte ved bruk av henholdsvis webinar, asynkron online undervisning og ansikt til ansikt undervisning. Webinarer i denne studien er definert som synkrone. De fant ikke en statistisk signifikant forskjell i læringsutbytte mellom webinar og ansikt til ansikt undervisning sammenlignet med asynkron online undervisning. Når det gjaldt tilfredshet med de ulike formene for undervisning fant de at ansikt til ansikt var bedre enn webinar, og at asynkron online undervisning hadde dårligst resultat. De fant ikke en signifikant sammenheng mellom læringsutbytte og tilfredshet ved undervisningen.

Williams et al. (2020) vurderte effekten av webinar for pasienter med irritable tarmsyndrom utviklet av spesialister i NHS (National Health Service), tilbudt på NHS sin webside. Målgruppen var pasienter og pårørende til pasienter som nylig hadde blitt diagnostisert med irritable tarmsyndrom. Webinaret hadde som hensikt å gi opplæring knyttet til kosthold. Målet med studien var å se på mulighetene med et slikt webinar, mottakelighet hos deltakere, og om dette tilbudet ville være kostnadseffektivt for NHS. Dette var et «on-demand» webinar som betyr at det kunne bli sett så ofte en ville og når en ville. Det som i denne oppgaven er definert som asynkron webinar. Dette ga pasient og pårørende mulighet til å ta kontroll og bruke den tiden de ville og hadde behov for, for å kunne forstå relativt kompleks informasjon. Det at deltakerne ikke behøvde å ta fri fra jobb og bruke tid på reise økte muligheten til pasienten å delta på slik opplæring. Resultatet fra denne studien viste en reduksjon på 44% av henvisninger i løpet av første år etter diagnostisering. Dette utgjør store reduksjoner i kostnader og mulighet til å utnytte ressurser på en annen måte. Forfatterne konkluderte med at bruken av webinarer til pasienter med irritable tarmsyndrom er en ny måte å anvende digital teknologi til pasientopplæring som er kostnadseffektiv, tidsbesparende for pasienten og en effektiv metode å formidle kunnskap. Johnsen et al. (2021) så på fastleger i Norge sin erfaring med videokonsultasjoner under pandemien, og fant at fastlegene har en forventning om at videokonsultasjoner skal utgjøre ca. 20% av alle konsultasjoner også etter pandemien på grunn av nytteverdien. Spesielt relevant for denne oppgaven, er deres funn hvor de finner at fastlegene mener det er ulike pasientgrupper og problemstillinger som passer for slike konsultasjoner. For eksempel fungerer videokonsultasjoner bedre når de kjenner pasienten fra før enn når pasienten er ukjent, og for problemstillinger innen psykisk helse, kronisk smerte, utmattelse, søvnproblemer og ulike oppfølgingskontroller (Johnsen et al., 2021).

## 2.7 Motivasjon

I denne oppgaven var det viktig å belyse foreldre sin motivasjon for å delta i helsestasjonsprogrammet, da dette kan påvirke opplevelsen av webinaret. Når en snakker om motivasjon, er det ofte knyttet til hvor mye eller lite motivasjon et menneskene har til noe. Ser vi derimot mer på kvaliteten og type motivasjon snakker en ofte om indre og ytre motivasjon (Olafsen, 2018; Ryan & Deci, 2000). Den viktigste forskjellen mellom indre og ytre motivasjon er om kilden til motivasjonen ligger innenfor eller utenfor selve aktiviteten. Det

betyr at ved indre motivasjon er aktiviteten målet i seg selv, uavhengig av om det er knyttet til en form for belønning eller straff. En utfører en oppgave fordi det for eksempel gir glede eller en form for tilfredsstillelse. Ved ytre motivasjon er aktiviteten derimot et middel til å oppnå et annet mål. Indre motivasjon er forbundet med bedre læring og kreativitet enn ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Selvbestemmelsesteorien (Self-determination Theory) ser nærmere på kvaliteten på den indre motivasjonen (Olafsen, 2018; Podlog & Brown, 2016; Ryan & Deci, 2000). Denne teorien sier at vår adferd bygger på et ønske om dekke tre indre psykologiske behov; 1. Selvbestemmelse, 2. Kompetanse og 3. Tilhørighet (Olafsen, 2018; Podlog & Brown, 2016; Ryan & Deci, 2000). Når disse behovene er dekket, vil det igjen påvirke vår psykososiale funksjon, personlig utvikling og problemløsning i positiv forstand (Podlog & Brown, 2016). Denne oppgaven har ikke som hensikt å gå i dybden på motivasjon som fenomen, men informantenes motivasjon er samtidig viktig for å kunne forklare ulike holdninger til webinarer som metode på helsestasjonen.

### 3 Metode

Metode kommer av det greske *methodos* og betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen et al., 2016). Metoden er dermed en fremgangsmåte for å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. I dette kapitlet blir den metodiske tilnærmingen og oppgavens design presentert og begrunnet. Videre presenteres forskningsprosessen og inkluderer beskrivelse og begrunnelse for valg av utvalg, datainnsamlingsmetode, datanalyse, relevans og pålitelighet av oppgaven, etisk refleksjon og til slutt en beskrivelse av studentens forforståelse til oppgaven.

#### 3.1 Metodisk tilnærming og design

I denne oppgaven er det valgt å benytte en samfunnsvitenskapelig metode.

Samfunnsvitenskapelige metoder er et samlebegrep for ulike metoder, både kvalitative og kvantitative. Målet handler om å få informasjon om den sosiale virkelighet, hvordan denne informasjonen analyseres og videre gir oss kunnskap om samfunnsmessige prosesser (Johannessen et al., 2016). I samfunnsvitenskapelig forskning er det mennesker og menneskers meninger og oppfatninger om seg selv og andre, som studeres (Johannessen et al., 2016). For å besvare problemstillingen er det i denne oppgaven valgt en hermeneutisk

tilnærming. En slik tilnærming setter søkelys på de erfaringene mennesker har, og hvordan en fortolker disse. En hermeneutisk tilnærming vektlegger at fenomener kan forstås på ulike måter og at det ikke finnes en egentlig sannhet. Hermeneutikken utfordrer dermed påstanden om at en fortolkning er absolutt korrekt eller sann. Det vil uansett være en fortolkning (Nilssen, 2012). Denne oppgaven skal fra et foreldreperspektiv se om bruk av webinar på helsestasjonen kan ivareta målene med gruppekonsultasjon og om det er samsvar mellom helsestasjonens mål for gruppene og foreldres motivasjon. For å belyse perspektiver og erfaringer anbefaler Dalland (2007) å benytte kvalitative metoder hvor en går mer i dybden fremfor kvantitative hvor en gjerne går mer i bredden. Ved å benytte en kvalitativ metode kan en få mer detaljert og nyansert informasjon om menneskene som studeres og en kan se om det er spesielle mønstre som går igjen enn ved kvantitative metoder. Slik kan kvalitative metoder si noe om kvaliteten eller spesielle kjennetegn/egenskaper ved fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2016). Kvalitative metoder kjennetegnes også ved mer fleksibilitet i form av for eksempel intervju uten faste svaralternativer, hvor det i kvantitative undersøkelser er mer systematikk med mer faste svaralternativer (Dalland, 2007). En kvalitativ metode vil i denne oppgaven la foreldre komme med betraktninger og gi rom for egne fortolkninger og beskrivelser av egne opplevelser. Det er ønskelig å få forståelse av foreldre sine oppfatninger/meninger om webinarer og derfor er intervju vurdert som et hensiktsmessig verktøy. Intervju kan gjennomføres en-til-en eller i gruppe. De kan gjennomføres som strukturerte intervju, hvor alle informanter stilles de samme spørsmålene i samme rekkefølge eller ustrukturerte intervju hvor spørsmålene ikke er bestemt på forhånd, men er spontane. Alternativt kan en benytte det som ligger mellom disse ytterpunktene, semistrukturerte eller delvis strukturerte intervju. I denne undersøkelsen benyttes det semistrukturert eller delvis strukturert intervju.

### 3.2 Utvalg

I dette avsnittet beskrives utvalgsstrategi, og hvordan det er tatt bevisste valg ved utvalg av informanter for å kunne besvare oppgavens problemstilling. I kvalitative undersøkelser er det vanlig å gjøre en strategisk utvelgelse av informanter (Johannessen et al., 2016). Det vil si at en først bestemmer seg for målgruppe, i denne oppgaven foreldre som har deltatt på helsestasjonsprogrammet og mer spesifikt benyttet seg av tilbud om webinar, for å få samlet



nødvendig data. Videre finnes det en rekke ulike måter å sette sammen et strategisk utvalg (Johannessen et al., 2016). I denne undersøkelsen var det planlagt å benytte et tilfeldig utvalg for å få fram ulikheter mellom ulike mennesker da helsestasjonsprogrammet er et tilbud til hele befolkningen. Det var et ønske at helsestasjonen skulle bidra i rekrutteringsprosessen da helsestasjonen er en naturlig arena for å få kontakt med mulige informanter og for å gjøre undersøkelsen kjent for helsestasjonen. Det ble tidlig tatt kontakt med avdelingsleder ved helsestasjonen både for å drøfte problemsstilling samt å høre om deres mulighet til å hjelpe til ved rekrutering. På grunn av stor mengde forskningshenvendelser har Trondheim kommune som rutine at det skal sendes forskningshenvendelse til en sentral FoU ressursgruppe. Det ble derfor tidlig sendt henvendelse, men fikk som svar i slutten av mars 2022, at de dessverre ikke kunne bidra da hele kommunen var i en presset situasjon grunnet innføring av nytt journalsystem. På grunn av dette ble det valgt en alternativ strategi for rekrutering. Helsestasjonen ga samtykke til å henge opp plakat med informasjon om studien og kontaktinformasjon til student for aktuelle informanter på to av helsestasjonene i Trondheim. I tillegg ble det besluttet å benytte en såkalt snøballutvelgelse. Snøballutvelgelse er en fremgangsmåte som benyttes i tilfeller hvor det er vanskelig å få tak i informanter. En slik utvelgelse foregår ved at en informant videre rekrutterer andre informanter (Andrews & Vassenden, 2007). Det ble vurdert å være en hensiktsmessig framgangsmåte da foreldre med små barn ofte er satt sammen i barselgrupper knyttet til helsestasjonen. Slike barselgrupper er tilfeldig sammensatt av helsestasjonen. Slik kan en få et nokså tilfeldig utvalg av informanter til tross for at de ikke blir rekruttert gjennom helsestasjonen. En bakdel med slik snøballutvelgelse kan være at en informant rekrutterer blant for eksempel sine venner og kollegaer og dermed risikere å få en noe homogen gruppe av informanter (Andrews & Vassenden, 2007). Siden barselgruppene er tilfeldig sammensatt av helsestasjonen, ville man kunne unngå dette.

#### **Rekruttering ble derfor gjennomført slik:**

1. 2 ulike bekjente av studenten som har barn i riktig alder, ble rekruttert til prosjektet. En av disse var i pilot i undersøkelsen, den andre er ikke benyttet som informant fordi hun selv ikke hadde sett webinarne.
2. Disse to fikk tilsendt informasjonsskriv på e-post som de igjen distribuerte til sine barselgrupper.

3. Deltakerne i barselgruppene ble bedt om å ta kontakt med student som var ansvarlig for gjennomføring av prosjektet per SMS eller e-post dersom de ønsket å delta i undersøkelsen.
4. Plakat med informasjon om studien samt kontaktinformasjon til student ble hengt opp på to helsestasjoner i Trondheim.

Hvilket antall informanter som skal benyttes er avhengig av problemstilling og tid en har til rådighet. Når en benytter kvalitativ metode og semistrukturert intervju er det ønskelig å gå i dybden og det innebærer at antall informanter ikke kan være for stort (Dalland, 2007). Det ble planlagt å gjennomføre 6-10 intervju med foreldre som hadde deltatt på webinar. Det ble ikke satt noen begrensning på tidsrom da disse webinarne bare hadde vært tilbud siden våren 2020.

### 3.3 Datainnsamlingsmetode

I denne oppgaven er det som tidligere beskrevet valgt å benytte kvalitativ metode og spesifikt semistrukturert intervju eller dybdeintervju. Slike studier er beskrevet av blant annet (Dalland, 2007; Nilssen, 2012; Tjora, 2021). For å besvare oppgavens problemstilling er det behov for at informantene reflektere over deres erfaringer, holdninger og meninger knyttet til ulike metoder/former for å gjennomføre gruppekonsultasjoner på helsestasjonen. Semistrukturerte intervju er basert på en intervjuguide (Johannessen et al., 2016). Hvordan intervjuguide utformes avhenger blant annet av om det er en-til-en intervju eller gruppeintervju, og om intervjuene er semistrukturerte eller strukturerte. Intervjuguide besto av en rekke tema som hadde utspring fra problemstilling (Vedlegg 2). Intervjuguide besto av en innledning som hadde som hensikt å gi informantene nødvendig informasjon om undersøkelsen, informantenes rettigheter og hvordan datamaterialet vil bli håndtert. Intervjuet gikk deretter gjennom spørsmål i tre faser; oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avslutningsspørsmål (Tjora, 2021). I intervjuets første fase ønsket intervjuer å skape en trygg relasjon for intervjuet. Her ble det også stilt spørsmål som kan være med å forklare bakgrunnen og ståsted hos informant. Eksempler på faktaspørsmål var antall barn, om informant hadde deltatt på tilsvarende grupper tidligere osv. I andre fase ønsket en å åpne for refleksjon og mulighet for å gå i dybden i ulike deler av oppgavens problemstilling. I denne delen av intervjuet kommer nøkkelspørsmålene. Nøkkelspørsmålene

er den delen av intervjuet som er mest rettet mot problemstilling. Gjennom å stille åpne spørsmål gir en informantene mulighet til å selv utforme svar, gå i dybden der de ønsker det og åpner også for at informantene kommer inn på temaer som intervjuer ikke har tenkt på, på forhånd. Disse tema kan være relevante og dermed styrke oppgaven (Tjora, 2021). I den tredje fasen ble intervjuet avrundet ved å la informanten komme med avsluttende kommentarer, stille oppklarende spørsmål dersom noe var uklart og undersøke om det var noe informanten ønsket å tilføye. Det er viktig å finne en balansegang mellom å være bundet til intervjuguide og samtidig gi rom for informantens egne fortolkninger. Det ble gjennomført ett pilotintervju i forkant som en øvelse. Slik fikk intervjuer litt øvelse i å gjennomføre intervju og mulighet for å justere intervjuguide med for eksempel stikkord som kunne benyttes i oppfølgingsspørsmål for å sikre at viktige tema blir adressert grundig. Umiddelbart etter hvert intervju ble det skrevet ned notater fra intervjuet. Disse inneholdt hovedpunktene og inntrykk intervjuer satt igjen med etter fullført intervju.

For å skape en avslappet og trygg stemning rundt intervjuet fikk informantene bestemme hvor intervjuet skulle gjennomføres. Intervjuet kunne gjennomføres hjemme hos informant, på helsestasjon eller på NTNU. Det ble benyttet lydopptaker slik at intervjuene senere kunne transkriberes. For å sikre trygg oppbevaring og behandling av lydopptak ble det benyttet en *nettskjema-diktafon*, en løsning som gjør det mulig å samle inn data via nett. NTNU har databehandleravtale med universitetet i Oslo og løsningen er kun tilgjengelig med Feide-innlogging.

### 3.4 Transkribering

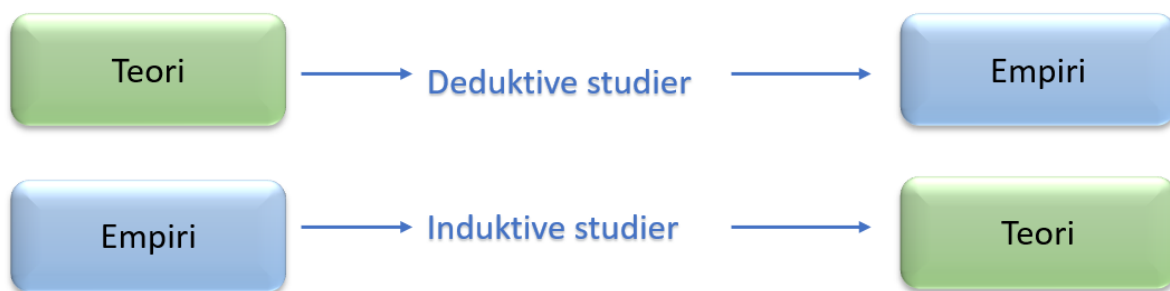
Transkribering ble for alle intervju, gjennomført samme dag som intervju. Lydfil ble avspilt i lavt tempo og transkribert fortløpende. Samme prosess ble gjentatt flere ganger til en ikke lenger kunne registreres feil eller mangler i transkripsjonene. Originalfil ble kopiert og kopi ble videre bearbeidet. Transkribering ble i hovedsak gjort ordrett, men endret til bokmål slik at ikke dialekt eller utenlandsk aksent kunne identifisere deltaker. Når muntlig dialekt ble skrevet om til bokmål måtte det gjøres enkelte omskrivninger. For å unngå et «fordummende» inntrykk av informantene er det valgt å ta bort enkelte ord som eh, mmm og muntlige formuleringer med grammatiske feil når sitater er tatt med teksten i denne

oppgaven. For å sikre at disse sitatene fremdeles har samme innhold og betydning som den transkriberte teksten, er de lest gjennom og kontrollert av tredjepart.

Alle navn ble byttet ut med fiktive navn og navn på arbeidsplass, navn på helsestasjon, fødselsdato og annen identifiserbar informasjon ble fjernet under transkribering.

### 3.5 Dataanalyse

Det skiller gjerne mellom studier som har som formål å teste teori, deduktive studier, og studier som har som formål å utvikle teori, induktive studier (figur 1) (Tjora, 2021). Det grunnleggende målet med denne oppgaven er å bidra til utvikling av ny teori.

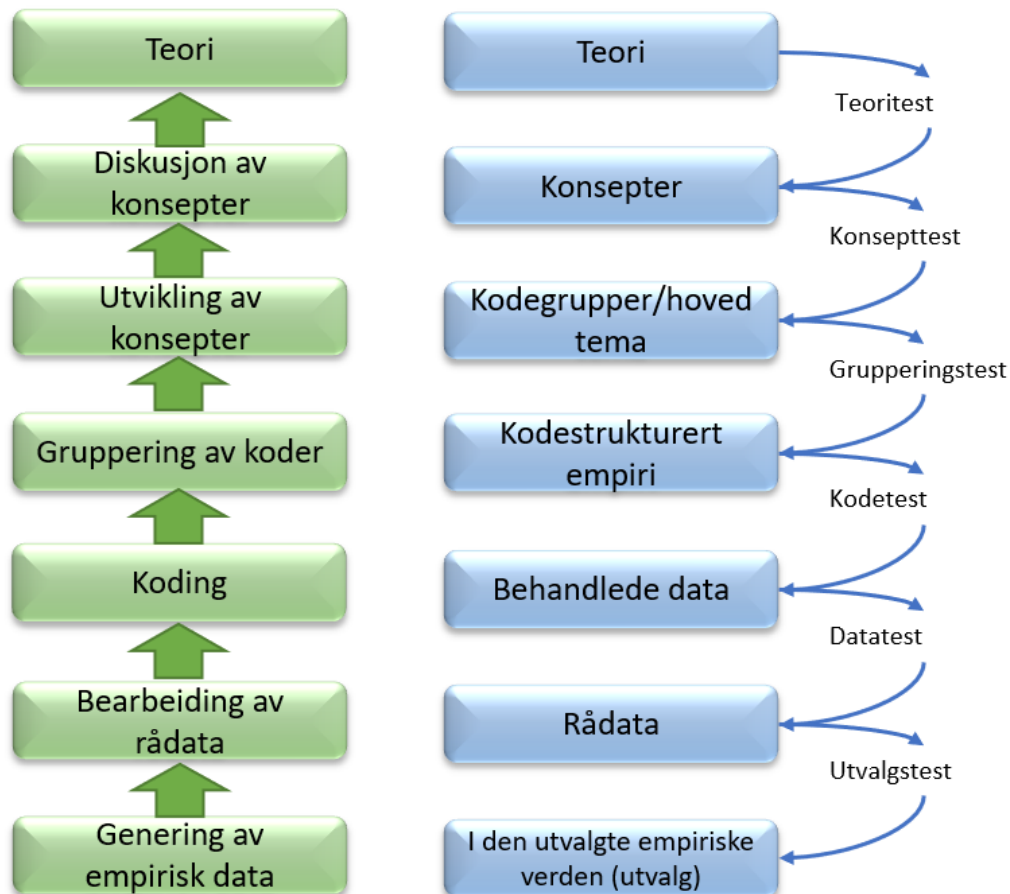


Figur 1 Deduktive og induktive studier

For å besvare oppgaven sin problemstilling er det valgt å benytte Stegvis deduktiv-induktiv modellen (SDI-modellen) for å analysere data fra intervju (figur 2). SDI-modellen er blant annet beskrevet av (Tjora, 2021). Et alternativ til SDI-modellen er for eksempel «grounded theory» (Nilssen, 2012). Gjennom «grounded theory» forsøker man å utvikle teori fra et datasett. Man ønsker å utvikle teori som forklarer et fenomen. For både SDI-modellen og «grounded theory» utvikler en teori fra empirien (Nilssen, 2012; Tjora, 2021). I SDI-modellen foregår det samtidig som den induktive prosessen en deduktiv prosess der man stadig sjekker fra det teoretiske til det empiriske. SDI-modellen har dermed en abduktiv tilnærming som starter fra empirien som induksjon, men som aksepterer betydningen av teori i forkant og underveis i forskningsprosessen.

SDI-modellen kjennetegnes av systematikk og tilrettelegger for god framdrift i et kvalitativt forskningsopplegg. SDI-modellen skal utvikle en tiltro til empirien ved å gå frem steg for steg og unngå forhastede slutninger og opprettholde en god systematikk i gjennomføringen av analysen. I SDI-modellen blir det jobbet etappevis fra rådata til konsepter eller teorier. Dette er i seg selv en induktiv prosess. Samtidig foregår det en deduktiv prosess der man stadig

undersøker fra det teoretiske til det empiriske. Figur 2 viser den oppadgående induktive prosessen og den nedadgående deduktive prosessen i SDI-modellen. Gjennom denne deduktive prosessen har SDI-modellen en tyngre teoretisk motivasjon enn mye annen kvalitativ forskning (Tjora, 2021). SDI-modellen vektlegger induksjon i koding og kodegruppering og abduksjon i konsept og teoriutvikling.



Figur 2 SDI-modellen (fritt etter Tjora, 2021 s.21)

### 3.5.1. Koding

Når datamaterialet er ferdig transkribert, begynner første steg i analysen som er koding. Et kjennetegn ved koding etter SDI-modellen er at kodene ligger tett opp til empirien, som empirinære koder. Kodene skal utvikles fra data og ikke fra teori. "Ett sett av koder som bare kunne vært generert fra empirien og ikke på forhånd, og som presist gjengir en detalj fra empirisk data, er god koding innenfor SDI - rammeverket" (Tjora, 2021, s. 224-225). Målet med kodingen i SDI-modellen er tredelt;

1) Å ekstrahere essensen i datamaterialet, 2) Å redusere datamaterialets volum og 3) Å legge til rette for idégenerering basert på detaljer fra datamaterialet (Tjora, 2021). Et kjennetegn ved kodene i SDI-modellens empirinære koding, er at man gjerne bruker begreper som allerede finnes i datamaterialet. Eksempelvis ord eller fraser som stikker seg ut.

Arbeidsmetoden består av å starte med analysedatadokumentet som i denne oppgaven er intervjutranskripsjonene og deretter opprette koder. Slik går en gjennom hele materialet og lager koder underveis. Dette betyr at kodene kan ligge tett opp til empirien og antallet koder kan bli svært stort. Kodene er dermed utviklet fra data og ikke fra teori, hypoteser, forskningsspørsmål eller planlagte temaer. Denne måten å kode på kan alene bidra til å peke ut interessante aspekter til den videre analysen. I analysearbeidet ble det benyttet Excel ark hvor hver transkripsjon ble skrevet i eget ark og fargekodet. Hver informant hadde hver sin farge. Dette ble gjort for å kunne skille informantene fra hverandre samt se sammenheng mellom de ulike svarene de ga. Kodene som ble valgt ble i stor grad setninger tatt ut fra intervjumaterialet. Et eksempel på en kode som ble opprettet er:

*Jo, på en måte så var det jo greit å ha på video sånn at vi kunne se på når vi ville, og også at vi kunne se det sammen. Hadde det vært fysisk på helsestasjonen så hadde bare jeg dratt (informant 4).*

For å se om kodene faktisk er empirinær koding foreslår (Tjora, 2021, s. 224) at det stilles to spørsmål til kodene:

“Spørsmål 1: Kunne man laget koden før kodingen?”

- a. hvis ja: a priori (unødig) koding - lag annen kode!
- b. hvis nei: potensielt god empirinær - gå videre til spørsmål 2!

Spørsmål 2: Hva forteller bare koden?

- a. tematiserer datasegmentet (fra intervju: hva det ble snakket om): unødvendig sorteringskode - lag annen kode!
- b. gjenspeiler konkret innhold (Fra intervju: hva som ble sagt): god empirinær koding!”

Denne gjennomgangen ble gjort for alle kodene og førte til at noen koder ble endret eller fjernet.

Etter at man har utarbeidet koder som første steg i analysen sitter man igjen med et kodesett og analysedata som er to ulike representasjoner av empirien.

### 3.5.2. Kodegruppering

Som neste steg i SDI-modellen skal de empirinære kodene grupperes. Man sitter som sagt ofte igjen med et betydelig antall koder etter den empirinære kodingen. I kodegruppering som neste trinn i analysen, ble kodene gruppert tematisk for å lage en struktur for videre analyse. Denne kodegrupperingen skal gjøres induktivt og gjøres ved å samle koder med like tema i grupper. Enkelte koder var irrelevante for å besvare oppgavens problemstilling og disse ble utelatt. Slik bidrar prosessen med kodegruppering til å redusere mengden data som tas med i den videre analysen og samtidig være med på å vise videre retning på oppgaven / analysen. Alle koder knyttet til hvert enkelt intervju ble gjennomgått og gruppert. Dette var ikke forutbestemte grupper, men tema som kodene var knyttet til. Det ble så laget en oversikt over hvilke tema/grupper som var brukt. Flere tema var synonymer av det samme og slått sammen. Andre var nært knyttet til hverandre og også slått sammen. Slik ble gruppene/tema redusert til 8. Ved svært mange kodegrupper kan det være hensiktsmessig å gjenta prosessen for å redusere antall og unngå smale tema. Det er anbefalt å ha 3-5 kodegrupper i det videre analytiske arbeidet i en masteroppgave (Tjora, 2021). 8 grupper er mer enn anbefalt av Tjora, men ble likevel valgt å gå for i det videre arbeidet av analysen, da det ble vurdert hensiktsmessig. Videre ble alle kodene tilhørende samme gruppe/tema samlet i tabeller. Fargekoding ble beholdt for å kunne ha en systematikk i analysearbeidet og mulighet for å gå tilbake til aktuelt intervju for å for eksempel se nærmere på kontekst koden var sagt i. Kodegruppene vil danne et utgangspunkt for hva som blir videre temaer i analysen. De 8 kodegruppene som ble benyttet var: 1. Bakgrunnsinformasjon, 2. Gjennomføring og deltakelse av webinar, 3. Motivasjon, 4. Innhold, 5. Fordeler og ulemper med fysisk gruppe versus webinar, 6. Sosialisering, 7. Kunnskapskilder og 8. Anbefaling fra informanter til helsestasjonene.

### 3.5.3. Utvikling av konsepter

Tema fra kodegruppene kan resultere i egne kapitler i den videre analysen. Når vi sitter igjen med disse kodegruppene eller tema, er analysen i ferd med å forlate den empiriske styrte prosessen. Videre er teori knyttet til de ulike tema eller konsepter aktuelt å dra inn i analysen. I denne fasen beskriver Tjora (2021) spørsmål vi skal stille oss; 1) Hva handler dette om, 2) Finnes det en merkelapp på fenomenet eller problemet vi har empiri på 3) Finnes det teori som omtaler fenomen eller som relevant på annen måte. Dette kalles konsepttest (figur 2).

### 3.5.4. Teoriutvikling

Når en analyserer etter SDI-modellen, arbeider en mot et mer teoretisk nivå. Som figur 2 viser, er teoritest siste del av den deduktive prosessen. Gjennom denne testen skal en kunne skille mellom konsepter og teori. Det er ulike meninger innenfor samfunnsforskning rundt hva en kan kalle for en teori. Samfunnsvitenskapelig forskning imøtekommer sjelden de strengeste kravene som sier at teori skal være et sett av lover (Tjora, 2021). For at et konsept skal ta status som teori må det ifølge Tjora (2021) være falsifiserbart og prøvbart. Falsifiserbart betyr å vise eller finne ut at en påstand ikke er riktig. Tjora (2021) argumenterer videre at dette kan være et for strengt kriterium for en teori og bryter med det som kalles teori i samfunnsvitenskap. Han løfter fram begrepet teoretisering gjennom utvikling av konsepter, og at vi kan anse konseptene som legitime resultater så lenge de er på et generisk nivå. I denne oppgaven er det nettopp disse konseptene som representerer «ny» teori.

## 3.6 Gyldighet og pålitelighet

Ved kvalitative metoder vil det være umulig for en annen forsker å gjenskape eksisterende forskning. Når det gjelder validitet sier Johannessen et al. (2016, s. 32) at «validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilke grad forskerens framgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten». Gyldighet (validitet) handler om at det som måles må ha relevans og være gyldig for problemstillingen. Måler vi det som kreves for å besvare problemstillingen? Det stilles ulike krav til data som har betydning for hva data kan brukes til og hva slags verdi de har for oppgaven. Dette er



krav som handler om hvilken relevans data har for problemstillingen og krav i forhold til hvor pålitelig de er samlet inn. At data skal være relevante for problemstillingen betyr at det er data som skal gi mest uttømmende svar på spørsmålene som problemstillingen reiser (Dalland, 2007).

Vurderingen og valg av metode i denne oppgaven er gjort med tanke på å benytte den metoden som best mulig besvarer problemstillingen. Ved intervju må derfor spørsmålene ses på bakgrunn av problemstillingene. Dette er lettere å ivareta ved strukturerte intervju enn ved ustrukturerte da intervjuguiden kan legge føringer for spørsmålene som blir stilt i større grad enn ved ustrukturerte intervju hvor det kan være vanskelig å avgjøre hva som er relevant (Dalland, 2007). I denne undersøkelsen ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide med hovedspørsmål og stikkord til eventuelt oppfølgingsspørsmål for å sikre at det blir samlet inn relevant data for å kunne besvare problemstilling.

Pålitelighet (reliabilitet) er knyttet til ulike sider ved oppgavens data. Hva slags data benyttes, hvordan er data samlet inn og hvordan er de bearbeidet (Johannessen et al., 2016). Dalland (2007) beskriver hvordan det kan være usikkerhet knyttet til kommunikasjonen, hvorvidt spørsmål er riktig oppfattet, hvorvidt og intervjuer har oppfattet svaret riktig og om svarene blir notert riktig. Johannessen et al. (2016) hevder at krav om reliabilitet kan være lite hensiktsmessig i kvalitativ forskning. Dette begrunner de med at det ikke benyttes strukturerte datainnsamlingsmetoder, at det er samtalen som styrer datainnsamlingen, at observasjoner er verdiladet og kontekstavhengig og at forskeren bruker seg selv som instrument. Som et tiltak for å øke påliteligheten i denne oppgaven ble det benyttet lydopptak som beskrevet under avsnittet «datainnsamlingsmetode». Transkribering ble for alle intervju gjennomført samme dag som intervju som et tiltak for å kvalitetssikre innhold, mens intervjuer fremdeles hadde intervju friskt i minne.

### 3.7 Etisk refleksjon

Etikk handler i hovedsak om hva vi som mennesker kan eller ikke kan gjøre mot hverandre. «Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om en handling er riktige eller gale» (Johannessen et al., 2016, s.83). All forskning må tilpasse seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Etiske problemstillinger oppstår for eksempel når forskning direkte berører mennesker, gjerne knyttet til observasjoner, intervju eller

eksperimenter (Johannessen et al., 2016). Den kvalitative forskningen gjøres ofte ved hjelp av direkte kontakt, i form av for eksempel intervju eller ved observasjon, med andre mennesker. Vanlig høflighet er derfor et godt utgangspunkt for etisk god forskning (Tjora, 2021).

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har vedtatt forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). NESH viser særlig tre typer hensyn som må vurderes når en skal gjennomføre forskning: 1. informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, 2. forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og 3. forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2016; De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021).

### 3.7.1. Informanter

En rekke etiske vurderinger er gjort i denne oppgaven;

1. Alle informanter i dette prosjektet skal ha fått nok informasjon om prosjektet til at de kan gi et informert samtykke.
2. All informasjon er anonymiseres og det skal ikke være mulig å identifisere noen av informantene. I et prosjekt med så få deltakere (6-10), blir det spesielt viktig å ivareta anonymiteten til informantene.
3. Integriteten til informantene skal ivaretas under selve intervjuet og i etterkant når resultatene skal analyseres, tolkes og presenteres.
4. Alle deltakerne er informerte om deres rett til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt underveis i prosjektet. Informantene skal selv bestemme hvor intervju skal gjennomføres og vil kunne velge mellom hjemme, på helsestasjonen eller på NTNU.

### 3.7.2. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Det vil ikke benyttes personidentifiserbar data og det vil ikke være bruk av noen helseopplysninger. Det ble likevel valgt å sende en "fremleggingsvurdering" til REK for å være på den sikre side. REK konkluderte med at prosjektet ikke er søknadspliktig.

### 3.7.3. Godkjenning Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Det skal samles inn personsensitiv informasjon om informantene samt tas lydopptak av intervju. Det er derfor søkt godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Søknad

ble sendt NSD 09.2.2022 og prosjektet ble godkjent 8.3.2022. Referansenummer NSD: 494619.

### 3.8 Forforståelse

Når en skal gjennomføre en kvalitativ undersøkelse eller andre undersøkelser gjøres det i lys av egen forforståelse. Med forforståelse forstår vi det forskeren bringer inn i undersøkelsen av for eksempel teoretisk rammeverk, erfaringer, verdier, kunnskap og holdninger til området som skal studeres (Dalland, 2007; Nilssen, 2012). Vår fortid vil alltid virke inn på hvordan vi tolker situasjoner (Dalland, 2007) og kunne medføre bias. Undertegnede er selv fysioterapeut og har tidligere holdt tilsvarende grupper, men har ingen erfaring fra video/webinar. I tillegg er undertegnede selv mor til to, og har fulgt helsestasjonsprogrammet som forelder selv. På grunn av egen rolle som fysioterapeut og erfaring som deltaker i rollen som mor, har undertegnede erfaring med tema og vil ha en forforståelse det er viktig å være bevisst i alle ledd fra intervjusammenheng, analyse og til konklusjon. Fordi undertegnede ikke lenger jobber innenfor feltet og ikke lenger er småbarnsmor, vil ikke resultatet påvirke undertegnede på noen måte. Hvis man derimot som forsker blir personlig påvirket av studiens resultat, vil det kunne føre til bias i gjennomføring og konklusjon i oppgaven.

## 4 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultater eller funn fra intervjustudien. Det ble totalt intervjuet 7 informanter hvor den første var pilot og ikke medberegnet i resultatene. Tre av informantene tok kontakt etter å ha sett plakaten om studien på helsestasjonen. De tre øvrige er rekruttert gjennom snøballutvelgelse. To kollegaer sendte ut informasjon om studien til sine barselgrupper. Ingen av barselgruppene var særlig aktive, men hadde kontaktinformasjon til hverandre. Henholdsvis en og to informanter ble rekruttert fra disse to gruppene. Kollega ble benyttet som pilot. Datamaterialet fra intervju med seks informanter er derfor grunnlag for videre analyse. Antallet er innenfor det som var planlagt som var 6-10. Resultatene presenteres knyttet til de kodegrupper/tema analysen resulterte i. De 8 kodegruppene er; 1. Bakgrunnsinformasjon, 2. Gjennomføring og deltakelse av webinar, 3. Motivasjon, 4. Innhold, 5. Fordeler og ulemper med fysisk gruppe versus

webinar, 6. Sosialisering, 7. Kunnskapskilder og 8. Anbefaling fra informanter til helsestasjonene.

Tabeller med koder knyttet til de ulike tema/grupper finnes i vedlegg 3.

#### 4.1 Bakgrunnsinformasjon

Utvalget besto kun av kvinner og de var i alderen 29-38 år, med en snittalder på 33,7 år. De var alle enten gift eller samboere. Alle informantene hadde høyere utdanning og var i jobb. Noen var i svangerskapspermisjon da de ble intervjuet. Det var to førstegangsmødre og fire som hadde 1 -2 barn fra tidligere. To av informantene hadde deltatt på alle tre gruppekonsultasjonene på webinar, tre av informantene på 4 måneders- og 8 månederskonsultasjon som webinar og en av informantene hadde kun deltatt på 4 månederskonsultasjon som webinar. Fem av informantene hadde erfaring med å delta på fysisk gruppekonsultasjon. Alle informantene hadde norsk som morsmål.

#### 4.2 Gjennomføring og deltakelse av webinar

Fire av informantene ble informert om webinar per SMS, en fikk et ark med informasjon og en fikk ingen informasjon fra helsestasjonen, men fra barselgruppen. De som hadde webinar under pandemien fikk i begrunnelse at det skulle være webinar på grunn av pandemi. De som hadde webinar etter at samfunnet ble åpnet igjen fikk som begrunnelse at helsestasjonen benyttet webinar på grunn av kapasitetsutfordringer grunnet innføring av nytt journalsystem.

*Den første var jo på grunn av korona sa de, men den her siste på 8 måneder, da var det plutselig ressursmangel eller et eller annet. Egentlig litt rart. De spurte også om jeg hadde behov for 6 måneders fordi de hadde dårlig kapasitet (informant 4).*

*For unnskyldningen tidligere var jo korona for alt som ble digitalt. Nå er unnskyldninga helseplattformen (Informant 3).*

Av de seks informantene i dette utvalget var det kun to hvor også partner hadde sett webinarene. En av de øvrige informantene mente at partner hadde deltatt dersom det hadde vært fysisk gruppe på helsestasjonen. Ingen av informantene hadde noen tekniske

utfordringer med å ta i bruk webinar, men en synes det var tungvint å skrive inn nettsadresse manuelt. Det ble benyttet smarttelefoner, nettbrett eller tv for å se webinarne. To av informantene hadde satt av tid sammen partner for å se webinarne.

*Vi, for jeg så på begge sammen med mannen min. Han er egentlig mer stressa og har mer spørsmål om alt mulig enn jeg har. Vi ordnet oss sånn at vi satt og så det på tv'en. Det var skikkelig lørdagsunderholdning det (informant 4).*

De fire øvrige informantene beskriver at de så dem for eksempel mens de ammet, gjorde husarbeidet eller i «forbifarten». Det ble uttalt at det kunne være lett å glemme når det bare var en lenke de selv måtte huske på å se på, og at det var vanskelig å finne tid i en travel hverdag til å se webinarne.

### 4.3 Motivasjon

Alle informantene fikk spørsmål knyttet til deres motivasjon for å delta på helsestasjonsprogrammet, både individuelt og gruppe/webinar. I tabell 2, er svarene informantene ga fremstilt delt opp i tre temaer; generelt for helsestasjonsprogrammet, for de individuelle konsultasjonene og for gruppekonsultasjoner.

	Helsestasjonsprogrammet generelt	Individuelle konsultasjoner	Gruppekonsultasjoner
<b>Informant 1</b>	Få vaksine, veiing og måling, påtvunget «man SKAL på helsestasjonen», føler at jeg må.		
<b>Informant 2</b>	Ikke et alternativ å ikke delta, nytt barn og er litt sårbar, vaksinasjon	Møte helsepersonell	Møte andre, utveksle erfaringer
<b>Informant 3</b>	Trygghet å ha noen å diskutere med	Følge med utvikling, stille spørsmål	Stille spørsmål, bli kjent med andre, utveksle erfaringer
<b>Informant 4</b>	Følge opp barnet mitt, få hjelp ved behov		Fordi vi følte vi burde. Kunne inneholde noe viktig (Webinar), møte andre foreldre viktigere enn innholdet
<b>Informant 5</b>	Første barn: trygghet i at andre ser barnet, andre barn: timen er satt opp		Hovedmotivasjon for grupper: å møte andre i samme situasjon, ikke innholdet, se variasjon, møte andre med samme fokus, møte andre

Informant 6		Å få snakke med noen som kan faget sitt, å få snakke med noen, dele bekymringer og tanker en sitter med.	Å få snakke med noen, dele bekymringer Ikke føle seg så alene, møte andre, erfaringsutveksling
-------------	--	--	--

Tabell 2 Motivasjon for deltagelse på helsestasjonen

#### 4.4 Innhold

Informantene opplevde informasjon som ble gitt i webinarne som lett å forstå, og formidlet på en god måte. Noen av informantene uttrykte at det ble litt mange tema på kort tid og litt høyt tempo i formidlingen.

*Vi var glade vi hadde pauseknapp da. Det var full fart med masse ulike ting eller tema (informant 4).*

Flere av informantene uttrykte at det var kjent informasjon og lite nytt bortsett fra førstehjelp som ble trukket fram av flere som positivt. I tillegg opplever flere at informasjon som ble gitt knyttet til ulike tema ble noe tynn eller overfladisk. Flere kunne tenkt seg at det ble gått mer i dybden rundt enkelte tema.

*Fint at vi har webinar, for det gir oss foreldre en slags påminnelse på en del ting og informasjon. De har gjort en god jobb. Det er veldig informative webinar og vi må tenke at, enten får vi det på webinar eller ingen ting (Informant 2).*

*Altså, noen tema tenkte jeg at det her er jo åpenbart på en måte. Det er jo egentlig ting som jeg tenker at jeg kunne snakket mer om eller hørt mer om og gått dypere inn på, men du får ikke den mulighet til å spørre eller snakke med noen. Eller få undersøkt med. Da må du heller ta det med til den neste individuelle eller ta kontakt med helsestasjonen (Informant 6).*

Flere av informantene husker dårlig hvilke temaer som ble tatt opp i de ulike gruppene.

*Det var veldig sånn fokus på at du ikke skulle riste ungen din. Det er vel det jeg sitter igjen med (Informant 1).*

*Det jeg sitter igjen med, det jeg husker at jeg så på, var vel innføring av fast føde og sånn. Det var jo greit å få det på en film sånn sett. Litt om rus og litt sånn også, var det ikke det (Informant 3)?*

Ingen av informantene mente at det var tema som var direkte uegnet på webinar, men uttrykte usikkerhet i forhold til verdien av enkelte tema. Her uttrykt av informant 4 og 5:

*Tror de at foreldre som ruser seg slutter fordi de har sett det på et webinar (Informant 4)?*

*Jeg tenker at det kan jo være noe som setter i gang noe for noen. Men, det blir litt tynt hvis en forventer at folk skal gjøre mye på egenhånd hvis de er i en situasjon som er veldig sårbar enten på grunn av situasjonen hjemme eller i forhold til egen psykisk helse. Det er ikke nødvendigvis sånn at en sånn snutt vil gjøre at du får dekket disse tingene da (Informant 5).*

#### 4.5 Kunnskapskilder

Fire av seks informanter sier de benytter helsestasjonen som kilde dersom de lurer på noe knyttet til barnet. De to øvrige informantene oppgir fastlege, helsenorge.no eller annen informasjon. Kilder som google, internett, bok fått på barsel, nasjonale veiledere, helsenett, retningslinjer og veileder blir også benyttet som kilder når informantene har spørsmål knyttet til barnet og barnets utvikling. Ingen oppgir at de har gått tilbake og sett på webinarne flere ganger, men flere er kjent med at det finnes informasjonsmateriell på hjemmesiden til helsestasjonen.

#### 4.6 Fordeler og ulemper med fysisk gruppe versus webinar

Alle informantene ble spurt om de kunne si hvilke fordeler og ulemper de så ved henholdsvis fysiske grupper og webinar. Tabell 3 og 4 viser en oversikt over de elementene som ble nevnt av deltakerne.

<b>Fordeler fysisk gruppe</b>	<b>Ulemper fysisk gruppe</b>
Kan se deltakerne og dermed tilpasse innhold etter gruppens deltakere (3)	
Lettere å stille spørsmål og få svar i nåtid (4)	
Sosial (4)	
Noen andre stille spørsmål du også egentlig lurert på (3)	
Lære av hverandre (3)	
Møte og bli kjent med andre (2)	
Mulighet til diskusjon/refleksjon (2)	
Lettere å skape en trygg relasjon til helsesykepleier (1)	
Foreldre sine ønsker om tema kan bli hørt (3)	
Tema som krever refleksjon, passer best i fysisk gruppe (1)	
Husker mer når en har snakket om det (1)	

Tabell 3 Fordeler og ulemper med fysisk gruppe på helsestasjonen

<b>Fordeler webinar</b>	<b>Ulemper webinar</b>
Slipper å møte opp på helsestasjonen (1)	Vanskelig å se alle deltakerne, og dermed ikke tilpasse innhold etter gruppens deltakere (3)
Se når det passer (2)	Kan ikke stille spørsmål og få svar i nåtid (4)
Kan sikre at alle tema faktisk blir tatt opp (1)	Terskel er høy for å ta kontakt ved evt. spørsmål (2)
Partner som er i jobb, kan se det (2)	Det fører til for langt opphold mellom fysisk møter på helsestasjonen (2)
Kan se på webinar flere ganger ved behov (2)	Gruppens behov ikke ivaretatt (3)
enkle faktabaserte tema kan passe på webinar (1)	

Tabell 4 Fordeler og ulemper med webinar på helsestasjonen

Vi ser at på fordeler for fysisk gruppe finner vi totalt 27 utsagn fordelt på 11 elementer for fordeler, men ingen ulemper. For webinar finner vi 9 utsagn fordelt på 6 elementer under fordeler og 14 utsagn fordelt på 5 elementer under ulemper. Disse tallene viser tydelig at informantene både ser mange flere elementer som taler til fordel for fysisk gruppe, men også at det totale antallet utsagn er i klar fordel fysiske grupper.

<b>Antall utsagn til fordel for fysisk gruppe</b>	<b>Antall utsagn til ulempe for fysisk gruppe</b>	<b>Antall utsagn til fordel for webinar</b>	<b>Antall utsagn til ulempe for webinar</b>
27	0	9	14

Tabell 5 Antall utsagn til fordel eller ulempe for henholdsvis fysisk gruppe og webinar på helsestasjonen

På spørsmål om de ville velge fysisk gruppekonsultasjon eller webinar dersom de kunne velge, svarte fire av fire at de vill velge fysisk gruppekonsultasjon. De to øvrige informantene ble ikke spurt om dette.



Informant 6 som er gravid ble spurt hva hun tenker om det blir webinarer for hennes neste barn:

*Da kjenner jeg at jeg blir skuffet. Jeg ønsker helst at det skal være oppmøte på helsestasjon, for det er jo mye av det jeg savnet på forrige runde. Da var det liksom ikke noe annet alternativ. Da var verden annerledes enn den er nå (informant 6).*

#### 4.7 Sosialisering

Fem av informantene mener gruppekonsultasjonen på helsestasjonen er viktig for å møte andre foreldre. Av utvalget i denne undersøkelsen uttrykker to at de føler seg ensomme. Av de seks informantene i dette utvalget er det kun en som er i en aktiv barselgruppe. Det har vært forsøkt startet opp flere, men liten eller ingen aktivitet begrunnes med pandemi, ikke behov eller aldri fått noen gruppe. Det beskrives ingen andre møteplasser i regi av helsestasjonen bortsett fra venterommet.

#### 4.8 Anbefaling fra informanter til helsestasjonene.

Alle informantene fikk mulighet til å komme med anbefalinger til helsestasjonen med tanke på helsestasjonsprogrammet, spesifikt knyttet til de konsultasjonen hvor det er benyttet fysisk gruppe eller webinar. Anbefalingene kan oppsummeres slik:

- Webinar kan benyttes til flergangsforeldre.
- Fysisk oppmøte for førstegangsforeldre.
- Kortere filmer knyttet til spesifikke tema.
- Tilby individuelle videokonsultasjoner ved behov.
- Gjennomfør fysiske gruppekonsultasjoner for å vurdere samspill og for å etablere et tillitsforhold mellom foreldre og helsepersonell.
- Ikke avlys oppsatte konsultasjoner.
- Lag temabaserte filmer, men ikke la de erstatte fysiske grupper.
- Lag filmer av enkle tema som «når kommer første tanna» osv., men tilby gruppekonsultasjoner for tema som krever mer refleksjon.
- Tilby foreldre en møteplass.
- Gå tilbake til fysiske gruppekonsultasjoner.

## 5 Diskusjon

I denne oppgaven var formålet å undersøke om *bruk av webinarer fra et foreldreperspektiv kan*;

1. *ivareta målene med gruppekonsultasjon, og*
2. *er det samsvar mellom helsestasjonens mål for gruppene og foreldres motivasjon?*

Gjennom en hermeneutisk tilnærming og ved å bruke SDI-modellen (Tjora, 2021), skal denne oppgaven utvikle teori ut fra foreldrenes «sannhet», men samtidig sette denne sannhet i sammenheng med gjeldende teori. Tre konsepter, utledet fra intervju og kodegruppene, er utgangspunkt for videre diskusjon. Disse konseptene blir satt i sammenheng med eksisterende teori. Følgende konsepter er utgangspunkt for videre diskusjon; «Gjennomføring og deltakelse», «Helsestasjonsprogrammet og helsestasjonen som arena for læring» og «Foreldres motivasjon for deltakelse på helsestasjonsprogrammet». Til slutt i kapitlet diskuteres metode/design og utvalg.

### 5.1 Gjennomføring og deltakelse

Begrunnelsen for bruk av webinar har i informasjon fra helsestasjonene skiftet fra en nødvendighet under pandemien til en løsning på kapasitetsutfordringer etter at samfunnet åpnet. Informantene ytrer positivitet knyttet til at helsestasjonen raskt fikk på plass et alternativt tilbud under pandemien, men uttrykker mer undring og negativitet for valget, når det begrunnes med kapasitet. Når helsestasjonen begrunner bruken av webinar som et tilbud på grunn av mangel på ressurser eller kapasitetsutfordringer, sier de vel samtidig at de egentlig ønsket å tilby noe annet. Ifølge Regjeringen (2014) skal digitalisering handle om å bruke teknologi for å fornye, forenkle og forbedre tjenester, det som tidligere i oppgaven er beskrevet som «best practice». Sett i lys av helsedirektoratets mål med helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2017) og foreldrenes holdninger til bruken av webinar og motivasjon for gruppekonsultasjoner er det vanskelig å se at bruk av webinar er kan anses som «best practice».

Bruk av webinar krever tilgang til internett og utstyr som mobil/nettbrett. Selv om 95 % av innbyggerne i Norge per 2014 har tilgang til internett (Difi, 2014) er ikke det tilstrekkelig med tanke på å kunne nyttiggjøre seg webinar som metode for å motta informasjon. Bruk av

webinar stiller også krav til kompetanse for å være i stand tilbenytte slik teknologi. Ingen av informantene utrykte noen vansker med tanke på å ta i bruk webinarene. De hadde det de trengte, både når det gjelder kompetanse og ressurser. Det tekniske fungerte godt. Dette er derimot ikke representativt for hele populasjonen helsestasjonsprogrammet er rettet mot, da vi vet at ca. 20-25% av befolkningen har for lav digital kompetanse til å nyttiggjøre seg kommunikasjon med offentlig forvaltning (Difi, 2014).

Det ble bemerket at en lenke på en SMS mottatt for lenge siden lett kunne gå i glemmeboken og at det kunne være vanskelig å sette av tid. En form for påminnelse når barnet nærmet seg aktuell alder kunne vært benyttet for å unngå deler av dette. Ved en eventuell videreføring av webinarer på helsestasjonen, bør utnyttelsesgraden etableres for å kunne vurdere effekt og nytteverdi av et slikt tilbud. Utnyttelsesgrad kan si noe om hvor god spredning det er på informasjonen fra disse webinarene. God spredning av informasjon ved at den når ut til mange er likevel ikke tilstrekkelig informasjon for å kunne si om webinar er en effektiv metode å formidle helseopplysninger på. Det spredning ikke kan fortelle oss er hvordan informasjonen er forstått. For å oppnå helsekompetanse som videre er avgjørende for mestringskompetanse, er det avgjørende å kunne forstå, vurdere og anvende helseinformasjon og dermed oppnå god helse (Tveiten, 2020). Pasient- og brukerrettighetsloven understreker at pasientene skal få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstand, og den påpeker at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Så lang det er mulig skal helsepersonell sikre at pasientene har forstått informasjonen som er gitt (Christiansen et al., 2020). Når asynkrone webinar benyttes som helsepedagogisk metode sitter vi igjen med en løsning hvor man antar at «one size fits all», og dermed ikke er tilpasset den enkelte deltaker. Resultatene fra denne oppgaven viser at en slik «one size fits all» løsning ikke ivaretar deltakernes behov da informantene blant annet at utrykker at det var for høyt tempo på formidlingen av informasjon, at det ble for mange tema på en gang, at informasjon ble overfladisk, mens andre opplevde informasjonen som lett å forstå og formidlet på en god måte.

Resultatene viser at det er en oppfatning blant informantene at en fordel med å benytte webinar er at begge foreldrene lettere kan få se på dette. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at av de seks informantene er det kun to hvor begge foreldrene har sett

på disse sammen. En informant sier at partner trolig hadde prioritert å delta dersom det var fysisk gruppe på helsestasjonene. Det ser derfor ikke ut som, til tross for deltakernes tanker om økt deltakelse blant fedre ved bruk av webinar, at det er i tråd med deres egne erfaringer. Høgmo et al. (2021) intervjuet i deres studie 10 fedre for å kunne beskrive fedres forventinger og erfaringer med helsestasjonen. De fant at fedrene så på foreldreskap som et felles prosjekt med mor, og hadde et ønske om økt involvering i barseltiden. De erfarte at all informasjon og kommunikasjon med helsesykepleier og helsestasjon gikk gjennom mor, noe som bidro til en følelse av å bli satt litt til side. Fedrene mente at skriftlig og muntlig informasjon fra helsestasjonen burde blitt gitt til begge foreldrene. Ifølge Pasient og brukerrettighetsloven, skal informasjon gis til den som har krav på det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Her kan webinar være et nyttig bidrag til lik informasjonskvalitet for begge foreldre.

## 5.2 Helsestasjonsprogrammet og helsestasjonen som arena for læring

Helsestasjonen er en arena for helsefremmende arbeid og som tidligere beskrevet er formålet med helsestasjonsprogrammet blant annet at foreldre skal få innsikt, forståelse og hjelp til å mestre foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2017).

I intervjuene var et av fokusområdene om hvorvidt webinar av foreldre oppleves som en egnet metode for helsefremmende arbeid, og da spesielt knyttet til innholdet på 4 ukers, 4 måneders og 8 måneders konsultasjon (tabell 1). Funnene til Johnsen et al. (2021) konkluderer med at ikke alle pasienter eller problemstillinger egner seg for videokonsultasjoner hos fastlegen. Dette viser at det er viktig å gjøre undersøkelser på de spesifikke gruppene og områdene innenfor helsesektoren en bruker eller planlegger å bruke digitale verktøy. Ulike metoder vil egne seg ulikt for ulike problemstilling og ulike pasient/brukergrupper.

Resultatene i tabell 3 og 4 viser fordeler og ulemper informanter ser ved henholdsvis webinar og fysiske grupper. Resultatene viser ingen ulemper ved fysisk gruppekonsultasjon. Informantene ser noen fordeler med bruk av webinar, men sett opp imot alle fordelene med fysiske grupper og også ulempene knyttet til webinar, er det klart at informantene ser betydelig mer fordeler med fysiske grupper enn med webinar. Disse resultatene kan forklares ut fra foreldrenes motivasjon til deltakelse og selvbestemmelsesteorien (Olafsen,

2018; Podlog & Brown, 2016; Ryan & Deci, 2000) som beskriver hvordan vår adferd styres av et ønske om å dekke tre indre psykologiske behov; selvbestemmelse, kompetanse og tilhørighet. Informantene har et sterkt ønske om å møte andre, at gruppekonsultasjonene i hovedsak er et sted å møte andre foreldre og ikke en arena for læring.

4 ukers-, 4 måneders- og 8 måneders konsultasjonen skal etter Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017) alle inneholde svært mange tema. Ifølge retningslinjen 10-14 tema (tabell 1), i tillegg til at det skal være rom for foreldrenes ønsker om innhold. Webinarene hadde en varighet på ca. 25min (4 ukers), ca. 14 min (4 måneders) og ca. 20 min (8 måneders). Resultatene viser at informantene opplever informasjon som ble gitt knyttet til ulike tema som tynn og overfladisk. Flere av informantene ytrer ønske om informasjon knyttet til ulike tema, men da informasjon som går mer i dybden. Det finnes eksempler på ulike studier som har sett på hva som egner seg for webinar. Studiene til Gegenfurtner and Ebner (2019), Wilson et al. (2010) og Williams et al. (2020) støtter bruken av webinar i læringsituasjoner og bruken av opplæringsmateriell som pasienter kan ta med seg hjem. Dette støttes for øvrig ikke av Ebner and Gegenfurtner (2019) som ikke kunne finne en signifikant forskjell mellom synkrone webinar og ansikt til ansikt undervisning sammenlignet med asynkrone online undervisning. De fant ellers bedre tilfredshet ved ansikt til ansikt undervisning framfor synkrone webinar. Dette støttes av funnene i denne undersøkelsen hvor informantene har et tydelig ønske om å møte andre foreldre og helsepersonell, og hvor deres motivasjon for deltakelse er særlig knyttet til dette.

De fleste av informantene hadde et ønske om å gjennom helsestasjonsprogrammet få veiledning, svar på spørsmål og bli trygghet på sitt eget barns utvikling. En ser på resultatene at fire av seks informanter benytter helsestasjonen som kunnskapskilde når de lurer på noe om sitt eget barn. Da gjerne i dialog med helsesykepleier. Ingen av informantene oppgir derimot økt kunnskap som motivasjon til gruppekonsultasjonene og oppgir heller ikke at de har gått tilbake og sett på webinarne flere ganger. En av fordelene ved å bruke asynkrone webinarer er mulighetene til å gå tilbake og se de flere ganger (Wilson et al., 2010). Det er ikke tilfellet blant disse informantene og begrunnes delvis med at webinarne er for lange og inneholder for mange tema slik at de må lete seg fram til det de lurer på. Alle nevner en

rekke digitale kilder de benytter når de har spørsmål knyttet til barnet. Kun én nevner helsestasjonen som digital kilde. Flere er kjent med at det finnes informasjonsmateriell på hjemmesiden til helsestasjonen og opplever informasjon gitt fra helsestasjonen på generelt grunnlag, som troverdig. At foreldre søker mange ulike kilder for å få kunnskap tolkes som et behov for kunnskap og viser at det er behov for økt helsekompetanse. Dersom helsestasjonen ønsker å være foretrukket kilde til informasjon og nå ut til flere, er det behov for utvikling av informasjonsmateriell slik at det er lett tilgjengelig og kjent blant foreldre. Dette uttrykkes av informantene i deres anbefaling til helsestasjonen, hvor flere oppfordrer helsestasjonen til å lage temabaserte filmer som går mer i dybden.

Når en ser nærmere på de ulike elementene som beskrives som fordeler og ulemper med henholdsvis fysisk gruppekonsultasjoner og webinar, viser resultatene at det er et svært fremtredende sosialt behov. Det uttrykkes tydelig et behov for å stille spørsmål og reflektere sammen med andre. Dette er i tråd med Helsedirektoratet (2017) sine retningslinjer, der grupperettet tilbud skal gi økt brukermedvirkning og likemannsarbeid. Dette anerkjenner verdien av å skape sosiale nettverk og ser en effekt av at foreldre kan støtte hverandre og lære av hverandres erfaringer (Helsedirektoratet, 2017). Dette underbygges videre om en ser på sosiokulturelle perspektiver hvor betydningen av det sosiale livet der læring skjer, betydning av det relasjonelle og samspill er for læring (Witteck, 2004). Bruken av asynkrone webinar hvor det ikke er rom for samhandling mellom verken helsepersonell og deltakere, eller mellom deltakerne selv, blir ut fra overnevnte forståelse og perspektiver, uegnet som metode for læring. Dette er også helt i tråd med informantenes oppfatning. I tillegg vil ikke helsepersonell ha mulighet til å sikre at deltaker har forstått innholdet og betydningen av opplysningene ved asynkrone webinar.

### 5.3 Foreldres motivasjon for deltakelse på helsestasjonsprogrammet

For å kunne si noe om webinar sammenlignet med fysisk gruppekonsultasjon, og for å forklare foreldre sin tilfredshet eller misnøye med et tilbud, er det i innledningen beskrevet at deltakernes motivasjon er vesentlig å kartlegge. Denne oppgaven undersøker om det er samsvar mellom foreldrenes motivasjon og målene for helsestasjonsprogrammet.

Resultatene viser at foreldrenes motivasjon er knyttet til at eget barn blir fulgt opp, og at

foreldrenes eventuelle spørsmål knyttet til eget barn blir besvart. Når det gjelder motivasjon til gruppekonsultasjonene spesifikt, er det et ønske om å møte andre for å utveksle erfaringer fra foreldre i samme situasjon, dele bekymringer, lære av andre og ikke minst bli kjent med andre og skape nettverk. Ingen av informantene beskriver konkret at de ønsker kunnskap om ulike tema som motivasjon til helsestasjonsprogrammet. Resultatene viser også at informantene sin motivasjon knyttet til deltakelse på helsestasjonsprogrammet er i tråd med selvbestemmelsesteorien hvor behov om selvbestemmelse, kompetanse og tilhørighet er av særlig betydning for vår adferd (Olafsen, 2018; Podlog & Brown, 2016). Vi ser her en diskrepans mellom foreldre sin motivasjon og deres mål med å delta på helsestasjonsprogrammet sammenlignet med helsedirektoratets mål for helsestasjonsprogrammet. Ut fra selvbestemmelsesteorien ser en at informantene i liten grad oppfatter å få dekt sine tre psykologiske behov om selvbestemmelse, kompetanse og tilhørighet ved deltakelse på webinar. Denne diskrepansen utfordrer bruken av webinar som en egnet metode å formidle de tema eller det innholdet som er i de ulike gruppene.

To av seks i denne undersøkelsen uttrykker ensomhet. Dette understreker behovet for et tilbud om sosiale møteplasser og muligheter for nettverksbygging. Behov for tilhørighet vil i stor grad påvirke informantenes motivasjon og adferd (Podlog & Brown, 2016) og forklare informantenes misnøye med bruk av webinar istedenfor gruppekonsultasjon. Om det er helsestasjonens oppgave å forebygge ensomhet kan kanskje diskuteres, men helsestasjonen skal være med å bidra til at foreldre opplever mestring i foreldrerollen, bidra til godt samspill mellom foreldre og barn samt fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn. Alt dette er avhengig av, eller påvirket av at foreldre selv har god psykososial helse noe ensomhet ikke bygger opp under.

#### 5.4 Diskusjon av metode/design

I denne oppgaven ble det valgt en kvalitativ metode, og mer spesifikt, semistrukturert intervju. Valget av metode gir muligheter, men også begrensninger. Semistrukturert intervju ble benyttet for å belyse de erfaringene mennesker har, samt for å kunne gå i dybden. Oppgaven er et bidrag som kan besvare bruken av webinar fra et foreldreperspektiv. Eksempler på aspekter som ikke berøres i denne undersøkelsen er for eksempel

helsepersonells erfaringer, faktisk kunnskapsutbytte og ikke bare erfart utbytte, samt kunnskap om hvor godt benyttet tilbudet er.

Helsestasjonsprogrammet er et tilbud til hele befolkningen og skal være et likeverdig tilbud. Helsestasjonen bør ifølge retningslinje tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov, for å sikre dette (Helsedirektoratet, 2017). Det var derfor ønskelig å rekruttere informanter som representerer et bredt spekter av befolkningen. Etter dialog med helsestasjonen var det planlagt at de skulle hjelpe til med rekrutteringen, men dessverre måtte planlagt utvalgsmetode fravikes grunnet kapasitetsutfordringer ved helsestasjonen. Det ble likevel vurdert at de alternative metodene ville kunne gi et representativt utvalg da barselgruppene er tilfeldig sammensatt og fordi alle som så plakater på helsestasjonene kunne melde seg som informanter. Slik kunne en nå ut til en heterogen gruppe og dermed rekruttere et bredt representativt utvalg. En bakdel ved å benytte snøballmetoden er at rekruttering gjøres av informantene selv. Slik kan utvelgelsen påvirkes ved at informantene videre kontakter de som de tenker kan passe til studien (Andrews & Vassenden, 2007). I denne oppgaven er dette forsøkt å unngå ved at det er brukt to bekjente som selv er i barselgruppe. Disse to har formidlet informasjon til hele deres barselgrupper som er tilfeldig sammensatt, og ikke til personer de tror er aktuelle for undersøkelsen. De bekjente er ikke inkludert som informanter i oppgaven. En annen svakhet ved slik utvelgelse er at en risikerer å bare rekruttere informanter fra samme nettverk (Andrews & Vassenden, 2007). Det er ikke tilfellet i denne oppgaven der de 6 informantene kommer fra to ulike barselgrupper i tillegg til at noen kommer fra to ulike helsestasjoner hvor de har sett plakaten som var hengt opp.

6 informanter ble inkludert i studien. Antallet er innenfor det som var planlagt (6-10). Et annet kriterium for hvor mange det bør være i et utvalg ved kvalitative studier er at en oppnår metning av informasjon informantene gir, altså at det ikke kommer noe ny informasjon til tross for flere informanter. Allerede etter 4 informanter var det en tydelig retning på svarene informantene ga, og lite nytt kom til ved de to siste. Det er verdt å presisere at en da snakker om en metning i informasjon fra gjeldende utvalg. Ser en på utvalget i denne undersøkelsen ser en at det er en relativ homogen gruppe. De er alle kvinner noe som kanskje ikke er veldig overraskende med hensyn til hvem som tradisjonelt sett er hjemme i permisjon med barna. Alder til kvinnene i utvalget er også relativt likt hvor det kun er en variasjon på 10 år.



Utvalget mangler mødre fra henholdsvis den yngste og den eldste aldersgruppen av mødre. Tall fra statistisk sentralbyrå viser at alder blant mødre i Norge varierer fra ca. 15-50 år (Statistisk sentralbyrå, 2022). Utvalget består kun av yrkesaktive kvinner med høyere utdanning, og alle informantene hadde norsk som morsmål. Det er derfor viktig at en konklusjon fra denne oppgaven ses i lys av utvalget. Utvalget hadde videre en spredning på første- og flergangsfødende, noe som vurderes til å være særlig relevant med tanke på at flere av mødrene har deltatt på tidligere helsestasjonsprogram der det ble gjennomført fysiske grupper. De hadde erfaring fra disse som de kunne ta inn i deres refleksjon. Å ha med førstegangsmødre, som ikke har noe erfaring med egne barn vil kunne bidra med andre refleksjoner og behov med tanke på helsestasjonsprogrammet og gruppekonsultasjonen som har særlig fokus i denne oppgaven.

## 5.5 Videre arbeid

En anerkjenner at en mer helhetlig vurdering av tilbudet med webinarer krever undersøkelser på flere områder hvor også andre aspekter ved tilbudet evalueres. En helhetlig vurdering av tilbudet krever også andre metodiske tilnærminger enn det som er benyttet i denne undersøkelsen. Eksempler på aspekter som ikke berøres i denne undersøkelsen er helsepersonells erfaringer, faktisk kunnskapsutbytte og ikke bare erfart utbytte, kunnskap om utnyttelsesgraden av tilbudet, erfaringer fra personer som ikke har norsk som morsmål eller personer med funksjonsnedsettelse som redusert syn og hørsel. Eksempelvis kunne en ha benyttet spørreskjema for å undersøke kunnskap som informant sitter igjen med før og etter intervensjon, for å kunne si noe mer om læringsutbytte. Videre kunne kvantitative data i form av tall på deltakelse gi nyttig informasjon på utnyttelsesgrad av webinar sammenlignet med gruppe.

## 6 Konklusjon

HelseDirektoratet har som mål å gjennom helsestasjonsprogrammet bidra til å skape sosiale nettverk hvor foreldre kan støtte hverandre og lære av hverandres erfaringer. Gjennom gruppekonsultasjonene skal helsestasjonen møte foreldre i samme situasjon med barn i samme alder. Dette blir ikke ivaretatt ved å bruke asynkrone webinarer.

Helsestasjonsprogrammet som helhet, skal videre bidra til at foreldre får innsikt, forståelse og hjelp til å mestre foreldrerollen. Innholdet i webinarene oppleves som omfattende, men overfladisk. Informantene har behov for mer kompetanse knyttet til foreldrerollen, men etterlyser muligheten av å lære av andre, lære gjennom refleksjon og ved å kunne stille spørsmål om tema de er usikre på. Dette får en ikke gjennom asynkrone webinar.

Temabaserte videoer som er tilgjengelige for foreldre på helsestasjonens hjemmeside er etterspurt og kan bidra til å ivareta noe av foreldrenes behov for informasjon.

Vi vet for lite om hvor god spredningen disse webinarene har, altså hvor mange som faktisk ser på dem. Asynkrone webinarer vil ikke kunne tilpasses de ulike deltakerne og det er et svært usikkert verktøy med tanke på å sikre at deltakerne faktisk har forstått informasjonen som er gitt. Ikke alle tema er like godt egnet for asynkrone webinar, og det bør gjøres en gjennomgang av hvilke tema og eventuelt for hvilke deltakere webinar kan benyttes for. Webinar vil ikke kunne tas i bruk av de som ikke har nødvendig digital kompetanse. Dette vet vi gjelder omtrent 20-25% av befolkningen. Videre bør informasjon om webinar gå ut til begge foreldre der det er aktuelt, slik at også den andre forelderen blir inkludert.

Det er en framtrødende diskrepans mellom helsestasjonens mål for de aktuelle gruppekonsultasjonene og foreldrenes motivasjon for deltakelse. Foreldre har i liten grad motivasjon med tanke på å lære noe, men har som hovedmotivasjon for gruppekonsultasjonen å møte andre. Dette bør ivaretas fra helsestasjonen siden det er et av formålene med helsestasjonsprogrammet. Når motivasjonen til foreldre handler om å bli kjent med andre, skape nettverk og reflektere sammen andre, er det klart at asynkrone webinar ikke imøtekommer disse behovene. Resultatene viser at dersom foreldre selv kunne valgt mellom fysiske gruppekonsultasjoner eller webinar, hadde valget falt på fysiske gruppekonsultasjoner. Resultatene fra denne undersøkelsen støtter ikke digitale samhandlingsverktøy som webinar som «best practice» for gruppekonsultasjoner på helsestasjonen fra et foreldreperspektiv.

Ved å bruke asynkrone webinar vil ikke helsestasjonen, fra et foreldreperspektiv, ivareta målene med gruppekonsultasjon, og det er en vesentlig diskrepans mellom helsestasjonens mål for gruppene og foreldres motivasjon.

## 7 Anbefaling til helsestasjonene

Funnene fra denne oppgaven kan gi følgende anbefaling til helsestasjonen:

- Tilstrebe fysiske møteplasser for foreldre.
- Sikre at deltakerne er i stand til å nyttiggjøre seg digital informasjon.
- Lage temabaserte videoer, og gjør de lett tilgjengelige for foreldre.
- Ha fokus på brukervennlighet i utvikling av webinarer, og bruk skreddersøm for individuelle behov slik at man forstår innholdet (språk, universell utforming osv.)
- Ved bruk av webinar bør helsestasjonen sende informasjon til begge foreldre for å involvere den andre forelderen i større grad.
- Synkrone webinar som erstatning med asynkrone webinar hvor det er rom for refleksjon, spørsmål og som et sosialt møtepunkt for foreldre i Trondheim kommune.

## Referanseliste

- Andrews, T., & Vassenden, A. (2007). Snøballen som ikke ruller. Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift*, 15(2), 151-162. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2007-02-02>
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2. utg. ed.). Natur och Kultur.
- Christiansen, B., Holmberg, V., Erichsen, T., & Vågan, A. (2020). Helsepedagogikk – fra begrep til praksis i helsefagutdanninger: Hva kjennetegner studentenes erfaringer? *Uniped (Lillehammer)*, 43(3), 235-246. <https://doi.org/10.18261/issn.1893-8981-2020-03-06>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2021), *FORSKNINGSETISKE RETNINGSLINJER FOR SAMFUNNSVITENSKAP OG HUMANIORA*, ISBN: 978-82-7682-101-7, Hentet 14.3.2022 fra [www.forskningsetikk.no](http://www.forskningsetikk.no)
- Difi (2014), *Kor mange innbyggjarar kan kommunisere med forvaltninga digitalt? Ein gjennomgang av statistikk om internettbruk og digitale ferdigheitlar hjå innbyggjarane*, ISSN: 1892-1728, Hentet 20.9.22 fra <https://www.digdir.no/media/478/download>
- Ebner, C., & Gegenfurtner, A. (2019). Learning and Satisfaction in Webinar, Online, and Face-to-Face Instruction: A Meta-Analysis. *Frontiers in education (Lausanne)*, 4:92. <https://doi.org/10.3389/feduc.2019.00092>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Strategi mot 2024*. <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelseinstituttets-strategi/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2018-10-19-1584>
- Friedman, A. J., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer, J., & Turnbull, G. (2010). Effective Teaching Strategies and Methods of Delivery for Patient Education: A Systematic Review and Practice Guideline Recommendations. *J Cancer Educ*, 26(1), 12-21. <https://doi.org/10.1007/s13187-010-0183-x>

- Gegenfurtner, A., & Ebner, C. (2019). Webinars in higher education and professional training: A meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Educational research review, 28*, 100293. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2019.100293>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Helsedirektoratet. Hentet 30.01.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Høgmo, B. K., Bondas, T., & Alstveit, M. (2021). Going blindly into the women's world: a reflective lifeworld research study of fathers' expectations of and experiences with municipal postnatal healthcare services. *Int J Qual Stud Health Well-being, 16*(1), 1918887-1918887. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1918887>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Abstrakt forlag.
- Johnsen, T. M., Norberg, B. L., Kristiansen, E., Zanaboni, P., Austad, B., Krogh, F. H., & Getz, L. (2021). Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners [Original Paper]. *J Med Internet Res, 23*(2), e26433. <https://doi.org/10.2196/26433>
- Meld. St. 7 (2019-2020) *Nasjonalt helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194\\_b\\_kortversjon\\_nasjonalt\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonalt_helse.pdf)
- NAV. (2021). *NAVs bedriftundersøkelse 2021*. [https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2021/2/m-5101/NAVS\\_BEDRIFTSUNDERS%26%20%26%20KELSE\\_2021](https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2021/2/m-5101/NAVS_BEDRIFTSUNDERS%26%20%26%20KELSE_2021)
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K., & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services - a longitudinal case study. *BMC Health Serv Res, 16*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>

- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget.
- Olafsen, A. H. (2018). Selvbestemmelsesteorien: et differensiert perspektiv på motivasjon i arbeidslivet. *Magma - Tidsskrift for økonomi og ledelse*, 21(2), 54-61.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Perleth, M., Jakubowski, E., & Busse, R. (2001). What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy*, 56(3), 235-250.  
[https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00138-X](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00138-X) (Health Policy)
- Podlog, L. W., & Brown, W. J. (2016). Self-determination Theory: A Framework for Enhancing Patient-centered Care. *Journal for nurse practitioners*, 12(8), e359-e362.  
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.04.022>
- Regjeringen. (2014). *Digitalisering i offentlig sektor*. Hentet 29.01.22 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltning/ikt-politikk/digitaliseringen-i-offentlig-sektor/id2340245/>
- Regjeringen. (2019). *Én digital offentlig sektor, Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2021*. Hentet 29.01.22 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-digital-offentlig-sektor/id2653874/>
- Regjeringen. (2020). *Oppfordrer helsetjenesten til å bruke videokonsultasjon*. Hentet 29.01.22 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2020ny/oppfordrer-helsetjenesten-til-a-bruke-videokonsultasjon/id2693883/>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemp Educ Psychol*, 25(1), 54-67.  
<https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Statistisk sentralbyrå. (2012), *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035*. Hentet 15.3.2022 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/arbeidsmarkedet-for-helse-og-sosialpersonell-fram-mot-aar-2035>, ISBN: 978-82-537-8358-1

- Statistisk sentralbyrå. (2022), Økt fruktbarhet for første gang på 12 år. Hentet 20.9.22 fra <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/okt-fruktbarhet-for-forste-gang-pa-12-ar>
- Store Norske Leksikon. (2020), *Motivasjon*. Hentet 13.3.2022 fra <https://snl.no/motivasjon>
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. ed.). Gyldendal forlag.
- Trondheim kommune (2022), *Helseopplysning fra Helsestasjoner i Trondheim*. Hentet 13.3.2022 fra <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/helseopplysningigrupper/hovedside>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Williams, M., Barclay, Y., Harper, L., Marchant, C., Seamark, L., & Hickson, M. (2020). Feasibility, acceptability and cost efficiency of using webinars to deliver first-line patient education for people with Irritable Bowel Syndrome as part of a dietetic-led gastroenterology service in primary care. *Journal of human nutrition and dietetics*, 33(6), 758-766. <https://doi.org/10.1111/jhn.12799>
- Wilson, E. A. H., Park, D. C., Curtis, L. M., Cameron, K. A., Clayman, M. L., Makoul, G., vom Eigen, K., & Wolf, M. S. (2010). Media and memory: The efficacy of video and print materials for promoting patient education about asthma. *Patient Educ Couns*, 80(3), 393-398. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.011>
- Witteck, L. (2004). *Læring i og mellom mennesker: en innføring i sosiokulturelle perspektiver*. Cappelen akademisk forlag.

## Vedlegg

Vedlegg 1: Helsestasjonsprogrammet

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Oversikt kodegrupper



## Vedlegg 1: Helsestasjonsprogrammet

## Helsestasjonsprogrammet 0-5 år

**Hjemmebesøk av jordmor:** I tillegg til konsultasjonene i tabellen anbefaler Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen hjemmebesøk av jordmor, se [Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen](#) for mer informasjon.

**Barns miljø og sikkerhet:** Det vises til informasjonsbrosjyrer, se lenke: [Barns miljø og sikkerhet / når barnet skader seg](#) Informasjon må gis i tråd med barnets utvikling og alder.

**Barnevaksinasjonsprogrammet:** Se informasjon om vaksiner og tidspunkt på [FHIs nettsider](#)

Konsultasjon	Foreldreveiledning/ Helseopplysning	Helseundersøkelser og vaksiner	Helsepersonell
<b>7-10 dager etter fødsel:</b> Hjemmebesøk	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomgang familieanamnese, svangerskap og fødselsopplevelse</li> <li>Informasjon om helsestasjonstilbudet</li> <li>Barnets vektøkning og trivsel</li> <li>Amming/ evt. behov for morsmelkerstatning</li> <li>Evt. D-vitamintilskudd</li> <li>Samspill/tilknytning</li> <li>Barns miljø og sikkerhet, 0-6 måneder</li> <li>Søvn/sovestilling</li> <li>Barnestell</li> <li>Forebygging av ulykker/ skader,</li> <li>Vold /omsorgssvikt (vugging vs. filleristing, barnegråt og stress)</li> <li>Familiesituasjon</li> <li>Foresattes psykiske helse og trivsel, sykdom</li> <li>Nettverk</li> <li>Tobakksfritt miljø</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vekt og hodeomkrets</li> <li>Observasjon i rygg og mageleie</li> <li>Vurdere barnets stalleplass</li> <li>Øyne (blikkontakt/Stilling/infeksjon)</li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul> <p><b>Generell vurdering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Temperament, våkenhet</li> <li>Hudfarge/perifer sirkulasjon; blekhet, cyanose, ikterus?</li> <li>Pustemønster (rask? anstrengt?)</li> <li>Bevegelsesmønster (alternerende, sidelikt? Symmetri?)</li> <li>Tonus (normal, hypoton, hyperten, ubalanse fleksorer/ekstensorer)</li> <li>Hode/Hals: skjevhet/torticollis</li> </ul> <p><b>Vaksine, se <a href="#">FHIs nettsider</a></b></p>	Helsesykepleier

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rusmiddelbruk (alkohol og annen rusbruk)</li> </ul>		
<b>4 uker:</b> Gruppekonsultasjon	Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.  <b>Aktuelle tema på gruppekonsultasjon kan være:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amming/ evt. morsmelkerstatning /</li> <li>D-vitamintilskudd</li> <li>Samspill</li> <li>Barnegråt, uro, <a href="#">Koliikk</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vekt og hodeomkrets (ved behov og etter foreldres ønske)</li> </ul> <b>Generell observasjon:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul>	Helsesykepleier og ev. fysioterapeut

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt, (vugging vs. filleristing)</li> <li>• Bevegelsesutvikling</li> <li>• Mobil- og skjermbruk hos foreldre og bruk av sosiale medier</li> <li>• Infeksjonssykdommer</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 0-6 måneder</li> <li>• Barnevaksinasjonsprogrammet</li> <li>• Søvn/sovestilling</li> <li>• Rusmiddelbruk (alkohol og annen rusbruk)</li> <li>• Informere om kontroll for mor etter fødsel</li> </ul>		
<b>6 uker:</b> Individuell konsultasjon	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming/ evt. morsmelkerstatning og D-vitamintilskudd</li> <li>• Samspill</li> <li>• Bevegelsesutvikling</li> <li>• Søvn</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 0-6 måneder</li> <li>• Foreldres trivsel og psykiske helse, (samliv)</li> <li>• Informere om barnevaksinasjonsprogrammet</li> </ul> <p><b>Tema etter individuell vurdering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tobakksfritt miljø</li> <li>• Kjønnslærestelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt og hodeomkrets</li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul> <p><b>Generell vurdering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ernæringsstatus</b></li> <li>• <b>Syn:</b> rød refleks/øyebevegelser/blikkontakt, skjeling mv.</li> <li>• <b>Psykomotorisk utvikling:</b> Oppmerksomhet, mulig smil, hørselreaksjon, bevegelsesmønster,</li> <li>• <b>Hudfarge/perifer sirkulasjon</b></li> <li>• <b>Pustemønster</b></li> </ul> <p><b>Spesiell oppmerksomhet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hud:</b> utslett, skurv, sår, fødselsmerke, ikterus, cyanose og blekhet</li> <li>• <b>Hodet:</b> hodeomkrets, form, sømmer, fontanelle. Obs skjevhet/ torticollis</li> </ul>	Helsesykepleier og lege

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rød refleks</b></li> <li>• <b>Munnhule:</b> anomalier, sopp</li> <li>• <b>Hjerte:</b> rytme, bilyder, perifer sirkulasjon, eventuelt lyskepuls dersom bilyd.</li> <li>• <b>Luftveier:</b> respirasjonsfrekvens, hørbar pust, anstrengt pust, auskultasjon</li> <li>• <b>Abdomen:</b> navle (obs granulom), lever, milt, oppfyllninger</li> <li>• <b>Genitalia:</b> Vaginalåpning, testikler i skrotum, penis (anomalier), brokk</li> <li>• <b>Nevrologi:</b> tonus i fleksorer (traksjon) og ekstensorer (holdt med ryggen opp). Symmetri av Moro og gripereflekser</li> <li>• <b>Hofter:</b> Hudfolder, benlengde, abduksjon. Ortolanis/Barlows test</li> <li>• <b>Ekstremiteter og rygg:</b> Bevegelsesutslag, feilstillinger, myk fot uten fikserte feilstillinger</li> <li>• <b>Munnhulen:</b> sopp (trøske) og malformasjoner</li> </ul>	
<b>3 måneder:</b> Individuell konsultasjon	Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming/ evt. morsmelkerstatning og D-vitamin tilskudd</li> <li>• Stimulering av språkutvikling</li> <li>• Samspill</li> <li>• Bevegelsesutvikling</li> <li>• Søvn</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 0-6 måneder</li> <li>• Nettverk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt, lengde, og hodeomkrets</li> <li>• Hode; form (skjevhet/torticollis? vurdere henvisning til fysioterapeut)</li> <li>• Syn, hørsel, språk og kontakt</li> <li>• Psykomotorisk utvikling: Oppmerksomhet; kontaktevne, responsivt smil</li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul> <p><b>Vaksine, se <a href="#">FHIs nettsider</a></b></p>	Helsesykepleier

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stell/håndtering</li> <li>• Foreldres trivsel og psykiske helse</li> </ul>		
<b>4 måneder:</b> Gruppekonsultasjon	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <p><b>Aktuelle tema i gruppekonsultasjon kan være:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming/ evt. morsmelkerstatning/ vurdere informasjon om fast føde og D-vitamintilskudd</li> <li>• Samspill</li> <li>• Infeksjonssykdommer (feber og øvre luftveisinfeksjoner)</li> <li>• Tannhelse: Tannpuss</li> <li>• Søvn</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 0-6 måneder</li> <li>• Rusmiddelbruk (alkohol og annen rusbruk)</li> <li>• Info om Barnehageplass</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt, lengde, og hodeomkrets på indikasjon eller etter foresattes ønske</li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul>	Helsesykepleier og ev. fysioterapeut
<b>5 måneder:</b> Individuell konsultasjon, evt. gruppekonsultasjon	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming/ evt. morsmelkerstatning/ vurdere informasjon om fast føde og D-vitamintilskudd</li> <li>• Samspill</li> <li>• Bevegelsesutvikling</li> <li>• Tannhelse: Tannpuss</li> <li>• Søvn</li> <li>• Foreldres trivsel og psykiske helse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt, lengde, og hodeomkrets</li> <li>• <b>Psykomotorisk utvikling</b></li> <li>• <b>Språkutvikling</b></li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul> <p><b>Vaksine, se <a href="#">FHIs nettsider</a></b></p>	Helsesykepleier

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barns miljø og sikkerhet, 0-6 måneder</li> </ul>		
<b>6 måneder:</b> Individuell konsultasjon	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amming/ evt. morsmelkerstatning/ introduksjon av fast føde og D-vitamintilskudd</li> <li>Tannhelse: tannpuss</li> <li>Søvn</li> <li>Bevegelsesutvikling</li> <li>Barns miljø og sikkerhet, 0-6 måneder</li> <li>Samspill</li> <li>Mobil- og skjermbruk hos foreldre og bruk av sosiale medier</li> <li>Foreldres trivsel og psykiske helse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vekt, lengde, og hodeomkrets</li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul> <p><b>Generell vurdering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Ernæringsstatus/kroppsporsjoner</b></li> <li><b>Psykomotorisk utvikling:</b> Oppmerksomhet, kontakt, språk (lydmønster), kroppskontroll, bevegelsesmønster</li> <li><b>Hudfarge/perifer sirkulasjon</b></li> <li><b>Pustemønster</b></li> </ul> <p><b>Spesiell oppmerksomhet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hud/underhud:</b> farge, utslett, sår, blødninger, lymfeknuter og kuler</li> <li><b>Hodet:</b> omkrets, form, sømmer, fontanelle. Obs skjevhet/ torticollis</li> <li><b>Øyne:</b> rød refleks, blikkontakt, skjeling</li> <li><b>Hjerte:</b> rytme, bilyder, perifer sirkulasjon, eventuelt lyskepuls dersom bilyd.</li> <li><b>Luftveier:</b> respirasjonsfrekvens, hørbar pust, anstrengt pust, auskultasjon</li> <li><b>Abdomen:</b> lever, milt, oppfyllinger</li> <li><b>Genitalia:</b> Vaginalåpning, testikler i skrotum, brokk</li> <li><b>Hofter:</b> Hudfolder, benlengde, abduksjon</li> <li><b>Ekstremiteter og rygg:</b> Bevegelsesutslag, feilstillinger,</li> </ul>	Helsesykepleier og lege

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Psykomotorisk utvikling:</b> Holder hodet og kroppen rett når sitter på fanget, står når holdes, håndgrep, symmetrisk bevegelsesmønster</li> <li>• <b>Munnundersøkelse:</b> undersøk munnhule og tenner</li> </ul>	
<b>8 måneder:</b> Individuell konsultasjon, evt. gruppekonsultasjon	Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming/ evt. morsmelkerstatning/ fast føde og D-vitamintilskudd</li> <li>• Tannhelse: Tannpuss</li> <li>• Samspill</li> <li>• Språk/ lek</li> <li>• Søvn</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 6 måneder - 2 år</li> <li>• Forberedelse til barnehage</li> <li>• Foreldrenes trivsel og psykiske helse</li> </ul> <p><b>Tema etter individuell vurdering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tobakksfritt miljø</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt, lengde, og hodeomkrets på indikasjon</li> <li>• Barnets helse og allmenntilstand</li> <li>• Syn, hørsel og språk</li> <li>• <b>Psykomotorisk utvikling:</b> Observere barnet under aktiviteter med tanke på oppmerksomhet og motoriske ferdigheter</li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul>	Helsesykepleier
<b>10 måneder:</b> Individuell konsultasjon, evt. gruppekonsultasjon	Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming/ evt. morsmelkerstatning/ fast føde og D-vitamintilskudd</li> <li>• Tannhelse: Tannpuss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt, lengde, og hodeomkrets</li> <li>• Barnets helse og allmenntilstand</li> <li>• <b>Syn:</b> skjeling?</li> <li>• <b>Hørsel:</b> reagerer adekvat, snur hodet etter lyd.</li> <li>• <b>Språk:</b> språkuttrykk</li> </ul>	Helsesykepleier



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samspill</li> <li>• Søvn</li> <li>• Bevegelsesutvikling</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 6 måneder - 2 år</li> <li>• Rusmiddelbruk (alkohol og annen rusbruk)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Psykomotorisk utvikling:</b> Observere barnet under aktiviteter med tanke på temperament, oppmerksomhet og fin- og grovmotorikk</li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul>	
<p><b>12 måneder:</b> Individuell konsultasjon</p>	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming/ evt. morsmelkerstatning/ fast føde og D-vitamintilskudd</li> <li>• Bevegelsesutvikling (Aktivitet/lek)</li> <li>• Søvn</li> <li>• Samspill</li> <li>• Tannhelse: Tannpuss</li> <li>• Vaksinasjoner</li> <li>• Infeksjoner (luftveier mv)</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 6 måneder - 2 år</li> <li>• Barnehage</li> </ul> <p><b>Tema etter individuell vurdering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tobakksfritt miljø</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt, lengde, og hodeomkrets</li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul> <p><b>Generell vurdering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ernæringsstatus/ kroppsproporsjoner</b></li> <li>• <b>Psykomotorisk utvikling:</b> Oppmerksomhet, kontakt, samspill, språk, bevegelsesmønster</li> <li>• <b>Hudfarge/perifer sirkulasjon</b></li> <li>• <b>Pustemønster</b></li> </ul> <p><b>Spesiell oppmerksomhet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hud/underhud:</b> farge (blek), utslett, sår, blødninger, lymfeknuter, kuler</li> <li>• <b>Hodet:</b> omkrets, form (skjevhet?), sømmer, fontanelle</li> <li>• <b>Øyne/syn:</b> rød refleks, blikkontakt, skjeling, plukker små gjenstander med vanlig synsavstand</li> <li>• <b>Hørsel:</b> Snur seg til lyd, normal språkutvikling</li> <li>• <b>Hjerte:</b> rytme, bilyder, perifer sirkulasjon, eventuelt lyskepuls dersom bilyd.</li> <li>• <b>Luftveier:</b> respirasjonsfrekvens, hørbar pust, anstrengt pust, auskultasjon</li> </ul>	<p>Helsesykepleier og lege</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Abdomen:</b> lever, milt, oppfylninger</li> <li>• <b>Genitalia:</b> Vaginalåpning, testikler i skrotum, brokk</li> <li>• <b>Hofter:</b> Hudfolder, benlengde, abduksjon</li> <li>• <b>Ekstremiteter og rygg:</b> Bevegelsesutslag, feilstillinger,</li> <li>• <b>Psykomotorikk utvikling:</b> Bevegelsesmønster, krabber, setter seg opp og sitter støtt med rett rygg, trekker seg opp til stående, skifter fra hånd til hånd, pinsettgrep</li> <li>• <b>Munnundersøkelse:</b> tannstatus, hygiene, sår, sopp</li> </ul> <p><b>Vaksine, se <a href="#">FHIs nettsider</a></b></p>	
<b>15 måneder:</b> Individuell konsultasjon	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosthold, måltidsvaner</li> <li>• Samspill</li> <li>• Søvn</li> <li>• Språk</li> <li>• Tannpuss</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 6 måneder - 2 år</li> <li>• Barnehage</li> </ul> <p><b>Tema etter individuell vurdering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tobakksfritt miljø</li> <li>• Familiesituasjon, søsken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt, lengde</li> <li>• Barnets helse og allmenntilstand</li> <li>• <b>Psykomotorisk utvikling:</b> fin og grovmotorikk</li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul> <p><b>Vaksine, se <a href="#">FHIs nettsider</a></b></p>	Helsesykepleier

<p><b>17-18 måneder:</b> Gruppekonsultasjon</p>	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <p><b>Aktuelle tema i gruppekonsultasjon kan være:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosthold, måltidsvaner</li> <li>• Samspill</li> <li>• Søvn</li> <li>• Bevegelsesutvikling</li> <li>• Foreldrenes trivsel og psykisk helse</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 6 måneder - 2 år</li> <li>• Barnehage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt, lengde</li> <li>• <b>Psykomotorisk utvikling:</b> Bevegelsesutvikling-herav fin og grovmotorikk</li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul>	<p>Helsesykepleier</p>
<p><b>2 år:</b> Individuell konsultasjon</p>	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosthold, måltidsvaner</li> <li>• Tannhelse: Tannpuss (smokk- og fingersuging)</li> <li>• Fysisk aktivitet og lek (utendørsaktiviteter, stillesitting mv.)</li> <li>• Samspill</li> <li>• Mobil- og skjermbruk og bruk av sosiale medier</li> <li>• Barnets seksuelle utvikling</li> <li>• Språkutvikling</li> <li>• Søvnvaner</li> <li>• Barns miljø og sikkerhet, 2- 4 år</li> <li>• Foreldrenes psykiske helse og trivsel (familieforhold, sosialt nettverk)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt, høyde</li> </ul> <p><b>Generell vurdering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ernæringsstatus/kroppsproporsjoner</b></li> <li>• <b>Psykomotorisk utvikling</b></li> <li>• <b>Hudfarge/perifer sirkulasjon</b></li> <li>• <b>Pustemønster</b></li> </ul> <p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> </ul> <p><b>Spesiell oppmerksomhet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hud/underhud:</b> farge, utslett, sår, blødninger, lymfeknuter, kuler</li> <li>• <b>Øyne/syn:</b> Rød refleks, skjeling, plukker små gjenstander med vanlig synsavstand</li> <li>• <b>Hørsel:</b> Normal språkutvikling</li> <li>• <b>Munnhule:</b> tannstatus, hygiene, sår, sopp</li> </ul>	<p>Helsesykepleier og lege</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rusmiddelbruk (alkohol og annen rusbruk)</li> </ul> <p><b>Tema etter individuell vurdering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tobakksfritt miljø</li> <li>Kjønnslemlestelse</li> <li>Søsken og evt. søskensjalousi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hjerte:</b> rytme, bilyder, perifer sirkulasjon, eventuelt lyskepuls dersom bilyd.</li> <li><b>Luftveier:</b> respirasjonsfrekvens, hørbar pust, anstrengt pust, auskultasjon</li> <li><b>Abdomen:</b> lever, milt, oppfylninger</li> <li><b>Genitalia:</b> testikler i skrotum</li> <li><b>Psykomotorisk utvikling:</b> Bevegelsesmønster, gangmønster, håndfunksjon, oppmerksomhet, kontakt, samspill, språk</li> </ul>	
<p><b>4 år:</b> Individuell konsultasjon</p>	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kosthold, måltidsvaner</li> <li>Samspill (sosial og emosjonell kontakt)</li> <li>Bevegelsesutvikling</li> <li>Søvn</li> <li>Barns seksuelle utvikling</li> <li>Barns miljø og sikkerhet, 4- 6 år</li> <li>Mobil- og skjermbruk og bruk av sosiale medier</li> <li>Rusmiddelbruk (alkohol og annen rusbruk)</li> <li>Tobakksfritt miljø</li> <li>Barnehage og skoleforberedelse</li> </ul>	<p><b>Generell observasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vold, overgrep, omsorgssvikt</li> <li>Vekt, høyde</li> <li>Barnets helse og allmenntilstand</li> <li>Syn, hørsel og språk</li> <li>Hud</li> </ul> <p><b>Psykomotorisk utvikling:</b> Bevegelsesmønster, gå, løpe, hoppe, tegne</p>	Helsesykepleier

## Vedlegg 2: Intervjuguide

# Intervjuguide

## Fysisk gruppe konsultasjon versus webinar på helsestasjonen

### Informasjon til deltaker fra informasjonsskriv

- Formål
- Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?
- Hvorfor får du spørsmål om å delta?
- Hva innebærer det for deg å delta?
- Det er frivillig å delta
- Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger
- Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?
- Dine rettigheter
- Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?
- Hvor kan jeg finne ut mer?

### Oppvarmingsspørsmål

- Kan du si litt om deg selv?
  - alder
  - antall barn
  - partner
  - yrkesaktiv/student/permisjon
  - Deltakelse i barselgruppe
- Har du deltatt på gruppetimer på helsestasjon med tidligere barn?
  - når
  - fysisk/digitalt

### Hoveddel

Jeg har noen spørsmål knyttet til din deltakelse på webinar/gruppe på video.

#### I forkant av gruppen:

- Kan du si noe om forberedelser til gruppen?
  - Hvordan ble du informert om timen/webinar
  - informasjonsskriv/innkalling/lenke til video/webinar?
  - Tilbud om individuell konsultasjon ved behov?
  - Viste du på forhånd hva denne timen/webinaret skulle handle om?
- Tilgang til internett og kompetanse til å gjennomføre/benytt tilbud?
  - Hvordan gikk det å koble seg opp/delta?
- Motivasjon for deltakelse på helsestasjonsprogrammet og gruppetimene spesielt
  - Kan du si noe om hvorfor du deltok på helsestasjonsprogrammet og gruppetimene spesielt?

#### Gjennomføring:

- Kan du si noe din deltakelse på gruppen?
  - deltok på denne alene, eller var også din partner med?
  - vet du om din partner også har sett webinar på egenhånd?
  - Dersom denne gruppen hadde vært gjennomført som oppmøtegruppe - ville da begge dere foreldre deltatt?

- Har du gått tilbake og sett den igjen?

### **Verdi/erfaring:**

Tema for 4 ukers/4mnd gruppe/8 mnd gruppe er (vedlegg):

- Hvordan synes du disse tema egner seg for video eller web?
  - Gikk det fint å forstå informasjon som ble gitt?
  - Var det noe av det som ble sagt som du synes var vanskelig å forstå eller som du kunne tenkt deg å stille oppfølgingsspørsmål til?
- Helsestasjonsprogrammet har som mål å blant annet styrke foreldre gjennom økt kompetanse knyttet til de tema som ble informert om på gruppen/webinaret?
  - Kan du si noe om hvordan du opplever at dette deltakelse har påvirket kunnskapen din om aktuelle tema?
- Hvordan opplever du det var å få informasjon ved bruk av webinar?
  - Kvalitet på informasjon
  - Troverdighet
  - Egne spørsmål som kom underveis som du skulle fått besvart?
  - Hadde du behov for ekstra kontakt med helsestasjon i etterkant av webinar?
  - Ser du noen gevinster ved å gjennomføre konsultasjon henholdsvis som webinar og som fysisk gruppe?
  - Hvis du kunne valgt om du skulle delta i gruppe fysisk eller per video, hva ville du foretrukket?
  - Har erfaringene du har fra pandemien endret ditt syn på bruk av digitale verktøy som video/webinar i møte med helsevesenet?
- Helsestasjonen skal også være en arena for å møte andre foreldre og utveksle erfaringer. Ved bruk av webinar er det naturligvis ikke mulig på samme måte.
  - Har du noen tanker rundt dette?

### **Avslutning**

- Har du noe du ønsker å utdype eller noe du mer du ønsker å si knyttet til deltakelse på gruppetimer som vi ikke har vært inne på?
- Anbefaling til helsestasjonen
- Dette intervjuet vil videre bli transkribert og analysert sammen øvrige intervjuer og benyttet for å besvare undersøkelsens spørsmål/problemstilling
- Dersom du har spørsmål, kan du ta kontakt med meg på telefon: 930 87 046 eller på e-post: [ingerkvisvik@hotmail.com](mailto:ingerkvisvik@hotmail.com)

**Takk for deltakelsen.**

## Vedlegg 3: Oversikt kodegrupper



**Bakgrunninformasjon (navn, alder, antall barn, utdanning, arbeid, type gruppe osv)**

Ja, jeg er 34 år, er tobarnsmor, har ei jente på 5 ½ og ei på 1 ½. Jeg er gift med pappaen til jentene mine og vi bor i en enebolig i Trondheim. Er utdannet sykepleier med tilleggsutdanning innen helseinformatikk og jobber med journalsystemer.

Jeg innbiller meg at jeg har trykt på alle de her linkene.

Hun første var jeg på fysiske oppmøter på helsestasjonen, men med hun siste var jeg med de lenkene jeg fikk på et papirark.

4mnd på grunn av kapasitet covid.

8mnd pga midlertidigt redusert drift ved helsestasjonen.

sms både for 4 mnd og 8mnd. Det står bare at det er avlyst viktig tema og gå inn på nettside. Også må du ta kontakt hvis du lyst på for individuell kontakt

35år. 2 barn, ei på 3 som blir fire i desember og Marcus da som er 8 og blir 9 måneder. Mammapermisjon, fast full jobb i fylkeskommunen. Gift.

38 år. Barn nummer 3, også har jeg en gutt på 10 og jente på 8 fra før. Jobber fulltid til vanlig. Er utdannet byggingeniør. Permisjon, gift.

Vi har fått en barselgruppe, men det har vært en ikke så aktiv barselgruppe.

Jeg tror vi hadde gruppekonsultasjon når vi fikk barselgruppe, men etter det, tror jeg bare at det har vært sånn med helsesøster hver måned. Eller på de fastsatte tidspunktene da.

4 mnd webinar, 8mnd planlagt digital.

Jeg er 29 år, jobber egentlig som lærer, men er i permisjon nå så klart. Sanne er mitt første barn, jeg er gift med pappan hennes.

Hun er 10 måneder

Ikke hørt om noe barselgruppe

4 og 8 mnd som webinar

35 år, har to barn. Eldste er litt over 2 ½, yngste 3 mnd. Bodd i Trondheim siden 2005, samboer. Nå i permisjon, men til vanlig så jobber jeg delt mellom *universitet* og *helseforetak* som psykolog og stipendiat.

Det blir jo begge på grunn av helseplattformen. Hun eldste hadde vi en ordinær gruppesamling, også kom pandemien. Mener det var en gruppesamling også har resten vært på web. For han yngste så har det vært ei gruppemøte også kommer resten til å bli på web.

4 og 8 mnd

Ja, jeg heter Maria og er 31 år. Jeg jobber som lærer, har en master i spesialpedagogikk og har jobbet siden 2015. Jobber som kontaktlærer. På 2.trinn har jeg gjort den siste tiden. Jeg er gift og har ei datter på to år og er gravid igjen da.

Jeg har sett gjennom meldingene mine så det var 4 ukers, 4 mnd og 8 mnd tror jeg.

Så det var under pandemien ja.

## Sosialisering

Og kanskje har de her webinarne bidratt til at det ikke har vært noe mye kontakt etterpå. Jeg kan jo ikke si det for sikkert. Det har jo kanskje gjort barseltida mer usosial.

vi var igjen råheldig at det var åpent når det gjaldt 4 uker så da hadde vi 4 ukers konsultasjonen som gjorde og at vi fikk barselgruppe

Nei, det er jo på venterommet i så fall. Når du møter noe tilfeldig, men ikke noe oppsatt nei.

Jo, egentlig savner jeg barselgruppe eller i alle fall noen å møte og snakke med på dagene.

Blir litt ensomt på en måte.

Helt klart gruppe. Savner og møte andre. Jeg trudde jo egentlig helsestasjonen skulle være et sted hvor vi kunne komme i kontakt med andre foreldre, men er jo ikke akkurat det nå. Nå er det jo som om man går til fastlegen. Kan jo ikke skylde på pandemi lenger heller.

Ja, det var det samme nå egentlig. At den gruppen som vi hadde på 4 ukers skulle være barselgruppen, men vi kommer ikke til å treffe hverandre uten at vi selv tar initiativ til det da.

Jeg har ikke noe stort udekt behov selv nei.

Ja, jeg gjorde jo egentlig det da. For det var jo ei anna tid da enn det er nå. alle var jo litt mer forsiktig og innestengt på en måte det var jo ingen barselgruppe heller

Jeg tror det er viktig bare det å ikke føle seg så alene for det kan være litt tøft egentlig.

## Gjennomføring og deltakelse (informasjon, deltakelse partner, digital kompetanse, forventninger)

Kanskje jeg lå og ammet også for alt jeg vet.

Jeg føler at jeg fikk et ark i hånda omtrent på vei ut, med en kommentar om at "her er din neste konsultasjon".

Tilbud om individuell konsultasjon: Det var; her er den neste når du skal tilbake på konsultasjonen, som er neste i rekkefølgen.

Ja, det som jeg synes var tungvint med det, var at det sto på et papirark. At jeg måtte gå inn og skrive inn nettadressen. Jeg kunne heller ha tenkt meg å få de her brevene på en e-post eller et eller annet som jeg kunne trykt på å kommet rett til siden.

Han har ikke brydd seg om å se på det.

Ja, de har utviklet seg som de skal både nummer en og nummer to.

Nei, jeg hadde nok sikkert dratt alene da også, for han er i jobb da. Mulig han hadde vært med hvis han hadde fri eller ikke vært på jobb da.

Jeg er veldig glad for at jeg har barn nummer to i korona og ikke første.

Vi var igjen råheldig at det var åpent når det gjaldt 4 uker så da hadde vi 4 ukers konsultasjon som gjorde at vi også fikk barselgruppe.

Sms om det.

Det skal jeg ikke si at han har gjort og han har tilbudet. på 4 mnd snakket vi om de . Jeg tok en oppsummering, men han har ikke

Sms både for 4 måneder og 8 måneder. Det står bare at det er avlyst, viktig tema og gå inn på nettside. Også må du ta kontakt hvis du lyst på for individuell kontakt.

For unnskyldningen tidligere var jo korona for alt som ble digitalt, og nå er unnskyldninga helseplattformen.

Fikk informasjon fra barselgruppa på grunn av en feil.

Ja, jeg så bare de filmene kjapt på telefonen tror jeg.

Nei, jeg tror ikke jeg har sendt det til han heller.

Den første var jo på grunn av korona sa dem, men den her siste på 8 måneder, da var det plutselig ressursmangel eller et eller annet. Egentlig litt rart. De spurte også om jeg hadde behov for 6 måneders fordi de hadde dårlig kapasitet.

Hvordan det var å ta i bruk webinar: Ikke noe problem. Vi, for jeg så på begge sammen med mannen min. For han er egentlig mer stressa og har mer spørsmål om alt mulig enn jeg har. Vi ordnet oss sånn at vi satt og så det på tv'en. Det var skikkelig lørdagsunderholdning det he he.

Nei, jeg fikk bare den her sms'en eller sms'ene som sa at gruppene ble webinar og med lenke.

Jo, på en måte så var det jo greit å ha på video sånn at vi kunne se på når vi ville, men og ja, også at vi kunne se det sammen. For hadde det vært fysisk på helsestasjonen så hadde jo bare jeg dratt.

Nei, men det kan jo være at de har sagt det en gang jeg har vært på helsestasjonen eller noe. Får ikke med meg alt ser du, men tror ikke jeg har fått noe skriftlig nei. Skjønne jo på en måte at de innehold informasjon om babyer.

Gikk ut melding om at alle timer som ikke inneholdt vaksinerings var avlyst på helsestasjonen. Så var det en link til de her

Bare sånn at de tema som ville vært på gruppe vil bli lagt ut. Ikke noe informasjon om hvilke tema det var.

Men, jeg mener det var bare sånn sms "den er avlyst".

Individuelle behov: Ja, det mener jeg at det var en sånn, det går an å ta en telefon, men inntrykket var jo litt at det ikke var mulig å komme inn.

Teknisk så var det greit. Var verre sånn praktisk å finne tid til det. På avtalen så setter du jo av tid, men når du er hjemme med en 4 måneder gammel unge så er det litt vanskeligere å finne tid til å sitte med en skjerm.

Jeg så det alene.

Ikke sett gruppene mer enn en gang

Far hadde deltatt i tillegg dersom det hadde vært fysisk gruppe.

Jeg har sett gjennom meldingene mine så det var 4 ukers, 4 måneders og 8 måneders, tror jeg.

Da sa helsesykepleier der, at på grunn av pandemi er det webinar og du vil få ei tekstmelding og innkallelse. Hun snakket veldig varmt om det også fikk jeg melding der da sto at det utgår pga pandemi og her er linken.

Ikke tilbud om individuell.

Nei, det viste jeg ikke. De sa vel litt på introen på de her videoene hvilke tema det var, men viste ikke noe på forhånd nei.

Det har gått fint sett de på ipad eller telefon. Ikke noe problem å komme seg inn å se dem nei. Det gikk fint.

Vi ble oppfordret til å se sammen med partner husker jeg . Jeg tror kanskje han så to sammen meg og jeg så alle tre.

Ja, det synes jeg var helt sånn tydelig og enkelt og greit. Ikke noe rom for misforståelse synes jeg. Det var helt greit og se det. Det var jo mer slik at en kanskje så det fordi en følte at en måtte på en måte. Jeg vet ikke hva jeg skal si. Det var helt greit å sette av den tiden og gjøre det på en måte. Satt ikke igjen med så veldig mye kanskje.

Det kan jo fort glemmes av også på en måte når en bare får en melding med en link. Det spørs jo litt hvor mye interesse du har av det selv også da.

Motivasjon
Min motivasjon for å dra på helsestasjonen er vel for at ungene skal få vaksine og for å se at de vokser som de skal, altså veiing og måling. Sånn utenom det føler jeg ikke noe stort behov for å være på helsestasjonen. Egentlig jeg synes det er litt påtvunget selv om dette er et frivillig tilbud.
Det er ikke det bra hvis jeg ikke drar på helsestasjonen. Man skal på helsestasjonen.
Jeg føler meg tvunget til å dra å snakke egentlig bare sånn tull med hun helsesykepleieren.
SPM: Forskjellig mellom 1. og 2. barn?: Litt begge deler. Jeg føler ikke jeg får noe sånn konkret ut av de her timene på helsestasjonen.
Jeg er der fordi jeg føler at jeg må.
Det er ikke et alternativ å ikke være med. For det merker en når en har fått et helt nytt barn og ting er litt sårbare. For de som velger det bort, må være virkelig trygge på seg selv og de har virkelig stålkontroll på at ungen sin vokser rett da. Og det her med vaksinasjon synes jeg også er veldig fint da. Heldig at det var åpent et lite vindu i i korona i okt 2021 for det å faktisk møte andre. Det er jo noe med å føle trygghet og det ha noen andre i samme situasjon. Det har veldig mye å si.
Å møte andre: Det er veldig viktig.
På mellommenneskelig plan og på en måte det her med å få se andre og det å få utveksle erfaringer med andre. Man skal være forsiktige med å sammenligne og alt sånn som det, men begge barselgruppene jeg har vært i har vært positive og heller støttet opp istedenfor.
Helsestasjonen generelt fordi om jeg har to fra før, så føles det som en trygghet å ha noen som du kan diskutere med, snakke med, spør reom små og mindre ting og som kan se at hennes utvikling er som ønsket. Og de gruppetimene, jeg tenker jo at det hvis det hadde vært fysisk, så hadde det vært en fin måte å bli kjent med flere og kunne diskutere og snakke om ting. Den rene informasjonen som du kan lese deg til, den klarer du å hente opp annet sted uansett, men kanskje det er det fysiske møtet som er mer verdifullt da.
Motivasjonen min er vel egentlig at noen følger opp Sanne og vi får hjelp hvis vi trenger det. Grunnen til at vi så på webinarne var vel mest at vi fikk de tilsendt og følte at vi burde. Kunne jo være noe viktig som ble sagt i dem.
Jeg skulle egentlig ønske at gruppene faktisk var grupper, for da hadde vi jo møtt andre. Kanskje det som hadde vært viktigst for meg. Ikke akkurat innholdet
Jeg tenker at det lit forskjellig fra første til andre barn. Til første er det kanskje mer man er usikker på og bare vil at noen andre skal se barnet enn seg selv. Og litt sånn at man er redd for at man har glemt bort noe. Til han minste er det mer bare at timene er satt så derfor så møter men opp.
Å kunne møte andre som var i samme situasjon. Jeg tror kanskje det var hovedmotivasjonen for de gruppene mer enn kanskje innholdet. Det er jo mange måter å gjøre ting på med et så lite barn og det er litt okei å se litt variasjon og kunne snakke med noen som står i de samme tingene, for de som ikke gjør det kan jo blitt lei av høre om soving. Man har litt mer felles fokus. Er inne i ei boble.
Møte andre
Som førstegangsmor så føler en seg ganske fersk på det meste og jeg viste ikke så mye hva jeg gikk til. For å gå individuelt er jo for å få informasjon og få snakket med noen som kan faget sitt og som kan trygge deg litt hvis en har bekymringer og sånn. Så det kjente jeg veldig på. Å bare få snakket med noen. Det gjelder kanskje også det samme for gruppe også. Det å ikke føle seg så alene på en måte. Å møte flere i samme situasjon. Det utgår jo veldig da, når du får ei melding og du skal se det her webnaret hjemme alene på en måte. Det å møte andre i samme situasjon og få høre deres erfaringer og ikke føle seg så alene da.
Ja, akkurat på gruppe tenker jeg det og kunne høre på andre sine erfaringer i samme situasjon, og heller på den individuelt komme med de her bekymringene og tankene du sitter med selv da på en måte

## Fordeler og ulemper med fysisk gruppe versus webinar

Tenker det kan være vanskelig å treffe alle sammen når du lager en video, i forhold til hvis det skulle være oppmøte på en helsestasjon. Hvis kliniker er så flink at de ser deltakerne, kan de tilpasse litt individuelt selv om det er en felles gruppe.

Det er lettere å stille stille spørsmål hvis man har et fysisk oppmøte og terskelen for å spørre er jo for min del i alle fall veldig mye lavere når jeg sitter der og får svar med en gang, i forhold til om en video forteller meg at jeg kan ta kontakt og så få ordnet en time. Nei, da er terskelen høy ja.

Ja, med webinar så slipper man jo å møte opp på helsestasjonen. Det kan jo være en fordel, kan ta det når det passer seg. Tida som nybakt mor kan jo være, den går jo i ett og ikke alltid man har kontroll på klokka. På helsestasjon kan en jo være sosial hvis man er av den typen. Nå vet jeg ikke om jeg er av den typen og og bryr meg om det, men jeg ser at det kan være en fordel. Pluss at det kanskje er lettere å stille spørsmål og få feedback der og da.

Ja, ved webinarne da sitter man der selv og og kneika for og terskel for å ta kontakt kan være høyere. Folk er jo ikke like. I forhold til det fysiske oppmøte hvor du kan stille spørsmål tilbake og kanskje føle at du blir sett. På gruppetimer så tenker jeg kanskje noen andre spør om noe du ikke visste du lurte, på men som du da får svar på fordi at noen andre spurte. På en individuell time så tørr du kanskje å spørre om litt mer private ting.

Også er det noe med at når en har en fysisk kontroll og i hvertfall dersom vi fire (*barselgruppen*) hadde hatt en fysisk kontroll, hadde dynamikken vært veldig fin og det hadde kommet opp spontane spørsmål. Da kunne vi andre lært noe samtidig.

Styrken på webinarne er at temaene faktisk blir tatt opp.

foretrukket: Uten tvil, fysisk. Jeg vet hvordan fysisk fungerer og synes det er helt topp og har noen ting i minnet fra den fysiske. Men det å være førstegangsmor i pandemien, jeg er så glad for at jeg ikke er det for det er så mange ting de går glipp av.

For lang tid mellom fysiske møter på helsestasjonen

Hvis du fikk velge selv?: Da hadde jeg valgt fysisk, uten tvil.

Enkelte ting kan jo være enklere å spørre om hvis du sitter med skjermen, men du får jo større avstand da. Mindre fortrolighet, ikke er samlet. Men du mister begge de mulighetene når du sitter å ser på en tv-sending.

Det er jo en del ting der som jeg tenker man kunne sikkert tenkt at man kunne sikkert fått mer ut av da hvis man hadde snakket sammen liksom, men den rene informasjonshentinga får du uansett hvis du ser de filmene. Du husker kanskje mer hvis du har sittet sammen og snakket sammen da.

Nei, jeg ser egentlig ingen fordeler med å ha de digitalt. Det kunne jo være at det for far er en mulighet til å se filmen som uansett ligger ute. Vi går jo uansett hjemme i permisjon så vi har uansett tid til å møte opp på helsestasjonen en time eller to liksom. Så ser ingen fordeler med å ha det digitalt egentlig. Så fordelene med å ha det fysisk må jo være at man møtes og kan diskutere stoffet og bli kjent med andre da.

Valgt fysisk hvis mulig.

Det er jo viktig at foreldre eller, det er lettere at foreldre snakker åpent og ærlig til helsesykepleier hvis man føler man har en relasjon, og det er det lettere å skape når man er fysisk samlet.

6 mnd ble avlyst: Så da har du ikke møte med helseperson mellom 5 måneder til 10 måneder.

Terskelen for å ringe nedpå der er større enn å spørre når du er nedpå der.

Jo, på en måte så var det jo greit å ha på video sånn at vi kunne se på når vi ville, og også at vi kunne se det sammen. For hadde det vært fysisk på helsestasjonen så hadde bare jeg dratt.

Men det står jo her (*retningslinje*) at de også skal spørre foreldrene om de lurer på noe. Det går jo ikke på en sånn film.

Hvis det hadde vært fysiske grupper så hadde kanskje innholdet blitt tilpasset den gruppen som var der sammen. I alle fall de som får seg til å spørre, sånne som meg. Ja, du har kanskje skjønt at jeg ikke er redd for å snakke.

Som jeg sa i sted så er det jo fint å kunne se sammen, ja sammen med mannen sin også når det passer. Også går det jo selvfølgelig an å se de flere ganger.

Jeg tror fordelene med gruppe må være at man faktisk møter andre. Det er det viktigste for meg, og som jeg sa tidligere at man kan spørre spørsmål om ting som du faktisk lurer på. Kan jo være litt skummelt å spørre forran folk du ikke kjenner, men kanskje noen andre spør om ting du også lurer på eller som du ikke viste at du lurte på.

Da ville jeg hatt fysisk gruppe for jeg føler vel kanskje ikke jeg får noe særlig ut av de her temaene og det forsvinner helt med de her webinarne så jeg skulle nok ønsket meg at de var fysisk ja.

Jeg tenker jo at kanskje de tingene som er rent sånn faktabasert sånn «pusse tenner når det kommer tenner» fungerer ganske greit på webinar men mer sånne ting hvor man kanskje har mer utbytte av hvis man hører andre sine erfaring som handler om språk eller samspill nok kanskje egner seg bedre i fysisk grupper for man for høre andre. Gitt at de i gruppen snakker da, men er mer nyttig

Det er vel kanskje at det er fleksibelt da. Det at du kan gjøre det når du vil og at da gjør det også at partner kan være med å se hvis det er en jobb som ikke er så lett å ta seg fri fra. Da kan begge se det sammen. At det er lettere å inkludere begge.

Jeg tenker jo at det kanskje er det som er det som kjipest med at det er webinar for jeg tenker det mye man kan kompensere med å lese på nett, men det å høre andre og ha det samspillet i gruppen det mister man helt og det er vanskelig å kompensere for hvis man ikke kjenner andre som har unger på omtrent samme alder

Nei, jeg tenker kanskje at webinar kan fungerer greit hvis det ikke er noen problemer. Hvis man ikke har noe man er bekymret for eller trenger å få input på og hvis man på en måte har ressurser rundt seg. Men hvis man ikke har det, for jeg er mer bekymret for de som er mer sårbare. De som jeg tenker det fungerer dårligst for.

Jeg synes jo at det hadde vært best om de hadde vært fysisk da, men hvis det skulle vært webinar måtte det være en måte å kunne chatte med noen og kunne stille spørsmål til en fagperson. Hvis en sitter inne med noe at en kunne fått kommunisert digitalt. Eventuelt chatte med de som er i den gruppa og med en helsesykepleier

Hvis det blir webinar med neste barn: Altså da kjenner jeg at blir skuffet for jeg ønsker helst at det skal være oppmøte på helsestasjon for det er jo mye av det jeg savnet på forrige runde. Da var det liksom ikke noe annet alternativ. Da var verden annerledes enn den er nå.

Det å møtes og kunne snakke sammen. Litt som jeg har sagt tidligere. Å kunne snakke sammen og kunne spørre direkte spørsmål og få svar med en gang da.

Jeg tror jeg hadde vegret meg litt i starten i alle fall med å spørre spørsmål. Det tror jeg nok, men det kan jo nok være andre som har de samme spørsmålene som turt og stilt spørsmål, også får jeg svar likevel

*Webinar:* Det er jo tilgjengelig i etterkant hvis en ville gått tilbake å se hvis det var noe som var uklart. Å se det og høre det igjen. Det må jo være en stor fordel. Og ja, du kan se det og høre det når du vil. Når det passer i en travel hverdag er det ikke sikkert så enkelt for alle.

## Kunnskapskilder (kilder til kunnskap, ubesvarte spørsmål, utbytte)

Nei, hvis jeg ikke så på de 2 ganger på kort tid, men det kan jeg ikke si hverken ja eller nei på.

*Ved evt spørsmål:* Så hadde jeg dratt til fastlegen. Jeg er ikke så stor på Google for der er jo alt farlig og skummelt uansett. Er jo litt sånn kildekritisk. Har det vært barnesykdommer og sånn, så har jeg vært inne på Helsenorge.

*Deltakelse påvirket kunnskap:* Nei

Det er kanskje eneste som er greit når man står midt opp i det. At man får en påminnelse om at man ikke nødvendigvis må å få ungen til å slutte å skrike når de er veldig små, men bare være der og trøste. Det er er kanskje den eneste påminner som jeg kan dra frem at jeg synes var grei da akkurat da jeg fikk høre den.

Glad for at Magnus er nummer to for da er jeg litt mer tryggere selv.

*Kunnskapskilde:* oi da er svaret annen info.

Hvis det hadde vært problemer, tror jeg hadde ringt helsestasjonen for å få diskutert det få tilbakemelding på akkurat det vi sto i.

Så var vel det noen ting som jeg, i forhold til innføring av fast føde og sånn, som jeg tror jeg tenkte at det var nye formuleringer i forhold til 10 år siden. I forhold til hva man bør og ikke bør, men jeg fikk jo frisket opp litt ting.

Jeg fikk jo frisket opp litt ting.

Søker jo litt på nettet, også fikk vi en bok på barsel som er grei. Ellers så spør jeg helsesøster.

Nei, det var jo egentlig ikke noe vi ikke viste fra før i de. Jo, forresten. Førstehjelp tror jeg kanskje jeg kunne ha gått inn å sett flere ganger.

Jeg synes det var greit forståelig, også var det vel kanskje sånn at ting jeg lurte mer på, det søkte jeg informasjon om selv. Både gjennom det som ble linket, for det er en del ting de har linket, informasjonshefter og ellers. Så det var ikke behov for å se selve videoene på nytt synes jeg.

Det kommer an på hva det er men ofte nasjonale veiledere, helsenett, eller det er jo ofte i forbindelse med sykdom eller somatisk ting da, hva som er normalvariasjon ift diverse, stort sett retningslinjer og veileder ja.

Nettside til helsestasjon ikke benyttet som kilde.

På enkelte ting som for eksempel mat og ernæring og sånne ting som vi kanskje har strevd med med dattera vår da, som jeg kunne tenkt meg å snakket med noen da for det var jo ikke mulighet for det, det savner jeg.

Jeg synes jo at det hadde vært best om de hadde vært fysisk da, men hvis det skulle vært webinar måtte det en måte å kunne chat med noen og kunne stilt spørsmål til en fagperson da hvis en sitter inne med noe at den kunne fått kommunisert digitalt da. evt chat med de som er i den gruppa, og da eller og med en helsesykepleier

Jeg har googlet, men det er jo ikke bestandig at det er like lurt, men jeg har også ringt helsestasjon flere ganger. Snakket med helsesykepleiern vår der eller tatt kontakt med lege eller andre fagfolk da.

Det kan jo være enkelt ting jeg ble mer bevist på da, med tanke på, nå husker jeg jo ikke alle tema jeg da, men søvn og ernæring og sånn da, men skulle gjerne ha kunnet spurt og snakket med det mer da noen ting begynte jeg å tenke mer på og tok med seg og ville finne ut mer om da.

Jeg tror nok at det hadde vært bedre fysisk for å få den dialogen som jeg tenker er viktig.

Jeg det ligger noe hefter ja, nå er det ei lita stund siden da, men jeg mener jeg har sett på ja mat og kosthold har jeg i hvert fall vært inne på.

*Hjemmeside helsestasjon:* Ja, den har jeg faktisk vært inne på flere ganger på. Lett opp hefter der. Ikke på de webinarne, sett de om igjen nei, men heftene har jeg vært inne på flere ganger.

*informasjon fra helsestasjon:* Ja det kommer fra sikre kilder tenker jeg. Det er bedre å gå der enn å google eller søke seg frem til diverse. At det er mer sikre kilder ja.



Innhold (teknisk, tema, interaksjon, gevinster, fysisk versus gruppe, innhold)
Også var det veldig sånn fokus på at du ikke skulle riste ungen din. Det er vel det jeg sitter igjen med.
Men samtidig som jeg kanskje ikke er så begeistret for de her videoene, at jeg synes det var litt tull, så vet ikke jeg om jeg personlig hadde følt det oppmøte på helsestasjonene noe mye bedre enn de andre helsestasjonskonsultasjonen.
Da hun første da vi var på de her og det var snakk om fysioterapeut, da så jeg for meg at de skulle se på ungen min og hvordan hun var. Men jeg satt igjen med at de bare fortalte generelt om barn og motorikk.
Jeg føler jo at all den her informasjon her er sånn som går igjen og igjen og igjen på en måte, så det er litt sånn som jeg sier, det er litt sånn svevende det som jeg får igjen fra helsestasjonen da.
Jeg synes det blir for lite individuelt sånn som unger de utvikler seg så forskjellig fra hverandre Men temaene de er greie de. De handler jo om ungene.
Det står i den boka du får også på en måte, jeg husker ikke hva den heter men lysbeige bok. Sikkert fra helsedirektoratet den også.
<i>Ubesvarte spørsmål:</i> Nei, det har jeg ikke brydd meg noe om selv om jeg fikk følte jeg fikk noe igjen av den der videoen.
Men dem var greie videoene. Det var lett å høre på hva de sa og lett å oppfatte innholdet selv om jeg ikke husker alt like godt. Så rent sånn webinar altså sånn rent teknisk så er det helt topp.
Fint at vi har webinar for det gir oss foreldre en slags påminnelse på en del ting og informasjon. De har gjort en god jobb så de er veldig informative webinar og vi må tenke at okei, enten får vi det på webinar eller ingen ting.
<i>Varighet:</i> Blir plutselig en liten bøyg når de blir så lange.
<b>Mer som en tv-sending.</b>
Det var ikke så mye nytt der sånn sett.
Det jeg sitter igjen med, det jeg husker at jeg så på var vel innføring av fast føde og sånn. Det var jo greit å få det på en film sånn sett. Litt om rus og litt sånn også var det ikke det?
Det er litt begrenset hvor mye man husker da. I hvert fall når man bare har sittet alene og sett det. Hadde det vært bare noen få tema.
<b>Ja, det var lettforståelig ja.</b>
Vi var glade vi hadde pauseknapp da. For det var full fart med masse ulike ting eller tema da.
<i>Tempo:</i> Ja, spesielt på den 8 måneder filmen. Da vart vi egentlig litt irritert.
Ja, det var litt sånn pekefinger følte vi og ble litt sånn obs vi må skjerpe oss.
Det føltes litt sånn at det var så veldig mye som skal gjøres sånn eller slik.
Ja, og det kan jo kanskje bli litt i overkant til en sånn film.
Tror de at foreldre som ruser seg slutter fordi de har sett det på et webinar?
Ja, mye er jo viktig, men vi lærte liksom ikke noe nytt. Det ble litt overfladisk.
Og så har de jo webinar på grunn av dårlig kapasitet så vil jo ikke bry de med unødvendige spørsmål heller.
Nei, det var jo egentlig ikke noe vi ikke viste fra før i de. Jo forresten. Førstehjelp tror jeg kanskje jeg kunne ha gått inn å sett flere ganger.
Det var jo for så vidt ikke så mye nytt stoff som på en måte ble presentert.
<i>Noe som er uegnet for webinar:</i> Ikke som er uegnet, men jeg tenker at for noen så er det litt tynt kanskje. Jeg er jo mest opptatt av psykisk helse da.
Jeg tenker det kan jo være noe som setter i gang noe for noen, men det blir litt tynt hvis en forventer at folk skal gjøre mye på egenhånd hvis de er i en situasjon som er veldig sårbar enten på grunn av situasjonen hjemme eller i forhold til egen psykisk helse så er det ikke nødvendigvis en sånn snutt vil gjøre at du får dekket disse tingene da.
<i>Informasjon:</i> Forståelig
Altså noen tema tenkte jeg at det her er jo åpenbart på en måte. Det er jo egentlig ting som jeg tenker at jeg kunne snakket mer om eller hørt mer om igjen, å gått dypere inn på, men du får ikke den mulighet til å spørre eller snakke med noen da, eller få undersøkt med. Da må du heller ta det med til den neste individulle eller ta kontakt med helsestasjonen da.
Satt ikke igjen med så veldig mye kanskje.
Ja, det synes jeg var helt sånn tydelig og enkelt og greit. Ikke noe rom for misforståelse synes jeg. Det var helt greit og se det. Det var jo mer slik at en kanskje så det fordi en følte at en måtte på en måte. Jeg vet ikke hva jeg skal si. Det var helt greit å sette av den tiden og gjøre det på en måte. Satt ikke igjen med så veldig mye kanskje.

Jo, de er jo informative og de er jo innom alle de tema de skal sånn sett så det er jo med sånn sett å gi informasjon, men jeg vet ikke hvordan oversikt eller kontroll på hvor mange som faktisk ser dette her da. Det blir jo sendt ut melding om at det her bør du se, men det virker ikke som alle gjorde det da.

## Anbefaling fra informanter til helsestasjonene

Hvis det har vært mitt barn nummer 3 så hadde jeg sikkert takket ja til webinar og kanskje ikke sett video. Hvis det har vært nå mitt første barn så ja, ung nybakt mor, det hadde kanskje kunne ha vært greit med fysisk oppmøte.

De kunne også ha laget kortere filmer på en måte (knyttet til spesifikt tema)

Hvis det er ehh, sånn, ringer helsesøster og jeg er bekymret kan vi ta en kort prat liksom så kunne det vært fint og kunne hatt et teams møte med kamera, men de fastsatte kontrollene hvor de skal se barnet og foreldre og barn fungerer sammen og man skal ha et tillitsforhold til den man snakker med, så har det kanskje vært litt rart.

Ikke kutt ut 6 måneder og gå tilbake til fysiske møter på 4 måneder og 8 måneder.

Når de først skulle ha film, så kunne de kanskje ha laget flere korte sånn temabaserte filmer

Nei, jeg synes det er fint at de lager filmer som er tilgjengelige for foreldre, men de kunne vært kortere og mer temabasert. Også skulle de ikke hatt erstattet gruppe. Tror mange har behov for å møte andre. Selv om det kan være litt travelt med liten baby, så blir det litt ensomt.

Jeg tror jo at de fleste googler en del sånn «når kommer første tanna» og sånne ting. At det kunne fungert som webinar fortsatt og som man kunne sett etter behov. Også kjørt en sånn hybrid løsning en del med webinar og del med fysisk gruppe, for det er jo kort tid når man sitter der og mange tema og kanskje kunne brukt mer tid på noen tema på fysisk gruppe og hatt en del ressurser på nett i tillegg.

*Hvis det blir webinar med neste barn:* Altså da kjenner jeg at blir skuffet for jeg ønsker helst at det skal være oppmøte på helsestasjon for det er jo mye av det jeg savnet på forrige runde for da var det liksom ikke noe annet alternativ. Da var verden annerledes enn den er nå.

Jeg er jo for at det skal være fysisk så lenge det går. At det er mulig. Jeg har jo ikke opplevd det, men jeg har en tanke om at det er bedre så jeg ønsker jo helst det, men hvis de absolutt ikke skal gjøre det igjen, for hvis de skal ha webina, for det var litt sånn som hun hadde lagt det fram at det hvis det skulle være et webinar så skulle det være et slags teamsmøte hvor vi skulle sitte å følge med. Jeg hadde ikke sett for meg at det skulle være en video, men det fant jeg fort ut da. hun la det fram som noe helt annet

