

Marte H. Hansen og Julie K. K. Hervik

Fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen

Fathers' experience of inclusion at the family health centre

Masteroppgåve i helsesjukepleie

Rettleiar: Bjørg Synøve Aglen

Medretteiar: Kristine Pape

Mai 2024

Marte H. Hansen og Julie K. K. Hervik

Fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen

Fathers' experience of inclusion at the family health centre

Masteroppgåve i helsesjukepleie
Rettleiar: Bjørg Synøve Aglen
Medrettleiar: Kristine Pape
Mai 2024

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
Fakultet for medisin og helsevitskap
Institutt for samfunnsmedisin og sjukepleie



NTNU

Kunnskap for ei betre verd

«Du kjenner deg berre som forelderen som møter opp som ikkje er mor.»

- Sitat frå studiedeltakar

Forord

Å skrive denne masteroppgåva har vore ein spennande og lærerik prosess. Det har vore ei bratt læringskurve, men vi er nøgde med resultatet og ser tilbake på denne tida med takksemd over mange fine stunder saman som masterpartnarar. Vi har kome nærare kvarandre både gjennom umåteleg mange timar med diskusjonar, skriving og stunder med kvalitetstid som har vore med på å styrke samarbeidet. Det har vore mange augeblikk med latter og glede, men også tider med frustrasjon og frykt for å ikkje rekke tidsfristen. Ikkje minst har vi blitt heilt tullete opptekne av teoriane våre om kjønning og mattering, og kan i alle fall slå fast at vi har opplevd stor grad av mattering gjennom samarbeidet med oppgåva, noko som kanskje har vore det finaste med heile prosessen! Både dei teoretiske perspektiva og funna frå studien er noko vi tek med oss i ryggsekken når vi no skal ut i arbeid som helsesjukepleiarar i helsestasjonstenesta. Det kjennes utruleg godt å kunne fortelje at vi endeleg er i mål og stolte kan presentere masteroppgåva vår. God lesing!

Vi vil rette ei stor takk til...

Deltakarane i studien – Utan dokke hadde vi ikkje hatt ei masteroppgåve. Vi er svært imponerte over engasjementet og refleksjonane som har blitt delte med oss og utruleg takknemlege for at vi fekk lov til å lytte til dei!

Bjørg Synøve Aglen – For grundige og gode tilbakemeldingar som har hjelpt oss til å pusle saman denne masteroppgåva, bit for bit. Du har oppmuntra og motivert oss til å legge ned god innsats heilt til siste punktum var satt.

Kristine Pape, Sofie, Kristine, Margrethe, Ingrid og Guro – For diskusjonar, innspel og påfyll av motivasjon gjennom heile prosessen. Det har vore godt å vere del av ei så inspirerende gruppe!

Trondheim kommune – For upåklageleg samarbeid med gode innspel i startfasen, hjelp til rekruttering og disponering av møterom der vi kunne gjennomføre intervju. Det har vore til stor hjelp!

Morten – Takk for at du har vore tolmodig og raus, og teke hovudansvar for «familien AS» den siste tida. Eg set stor pris på di evne til å roe meg når eg stressar meg opp, både i masterperioden og elles i livet. Eg gler meg til å kunne bruke meir tid saman med deg og gutane våre framover!

Johannes – Takk for at du er den beste støttespelaren eg kunne hatt! Takk for at du har vist meg ekstra mykje tolmod, forståing og omsorg i denne perioden.

Familiane våre – Som har lest korrektur og kome med innspel på både stort og smått gjennom heile prosessen. Takk for at dokke heiar på oss!

Innhold

SAMANDRAG	1
ABSTRACT	2
1.0 INTRODUKSJON	3
1.1 BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA	3
1.2 PROBLEMSTILLING OG FORSKINGSSPØRSMÅL	4
1.3 FORMÅL OG HENSIKT	4
1.4 AVGRENSING AV OPPGÅVA	4
2.0 BAKGRUNN	5
2.1 TEORETISK FORANKRING	5
2.1.1 <i>Mattering</i>	5
2.1.2 <i>Kjønnsroller</i>	7
2.2 KUNNSKAPSRUNNLAG	8
2.2.1 <i>Litteratursøk</i>	8
2.2.2 <i>Overgangen frå mann til far</i>	8
2.2.3 <i>Fedre på helsestasjonen</i>	9
2.2.4 <i>Kjønnspektivet på helsestasjonen</i>	11
3.0 METODE	13
3.1 VITSKAPSTEORETISK UTGANGSPUNKT	13
3.1.1 <i>Førforståing</i>	14
3.1.2 <i>Kvalitative intervju</i>	14
3.2 REKRUTTERING OG UTVAL	15
3.3 DATAINNSAMLING OG TRANSKRIBERING	17
3.4 DATANALYSE	18
3.5 FORSKINGSETISKE OMSYN	21
4.0 RESULTAT	24
4.1 MØTET MED HELSESTASJONSTENESTA	24
4.1.1 <i>Behov for tilrettelagd informasjon</i>	24
4.1.2 <i>Ønske om likestilling</i>	26
4.2 FEDRE KAN FORSVINNE I KULISSANE	27
4.2.1 <i>Mor er viktigare enn far</i>	28
4.2.2 <i>Helsestasjonen som ein kvinnearena</i>	29
4.3 FEDRE ØNSKER Å HA EIN POST I PROGRAMMET	31
4.3.1 <i>Samtalen mellom helsesjukepleiar og far</i>	31
4.3.2 <i>Ønske om ein arena for fedre</i>	34
5.0 DISKUSJON	36
5.1 HOVUDFUNN	36
5.2 DISKUSJON AV RESULTAT	36
5.2.1 <i>Fedrene opplever seg kjønna - heng helsestasjonen igjen i den tradisjonelle forståinga av kjønn?...</i>	36
5.2.2 <i>Ei god oppleving av helsestasjonstenesta, MEN...</i>	39
5.2.3 <i>Samfunnet står i vegen for at fedrene skal oppleve seg inkluderte</i>	41
5.3 DISKUSJON AV METODE	44
5.4 IMPLIKASJONAR FOR PRAKSIS	47
6.0 KONKLUSJON	48
6.1 VIDARE FORSKING	49
REFERANSAR	50
VEDLEGG	57
VEDLEGG 1 – GODKJENNING FRÅ SIKT	57

VEDLEGG 2 – PLAKAT	59
VEDLEGG 3 – SAMTYKKESKJEMA	60
VEDLEGG 4 – INTERVJUGUIDE	63
VEDLEGG 5 – GODKJENNING AV BRUK AV «THE MATTERING WHEEL»	65
VEDLEGG 6 – SAMARBEIDSERKLÆRING	67

Samandrag

Bakgrunn: Masteroppgåva er eit samarbeid mellom NTNU og Trondheim kommune. Bakgrunnen for studien er at kommunen ønska ei problemstilling innanfor temaet «Helsestasjonen som inkluderande møteplass». Oppgåva utforskar fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen og belyser ulike sider av møtet mellom fedrene og helsestasjonstenesta.

Problemstilling: Korleis er fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen?

Teori: Vi har sett på datamaterialet i lys av to teoretiske perspektiv; mattering og kjønnteori. Tidlegare forskning viser at fedre ønsker ei meir aktiv og inkludert rolle på helsestasjonen, men at mange likevel føler seg ekskluderte eller kjenner på ei ulikheit i støtta som blir gitt til mor og far.

Metode: Dette er ein kvalitativ studie med eit induktivt design. Utvalet er ti fedre med barn som får oppfølging på helsestasjonen. Det vart gjennomført individuelle intervju frå oktober 2023 til februar 2024. Datamaterialet har blitt analysert ved hjelp av refleksiv tematisk analyse i tråd med Braun & Clarke.

Resultat: Vi kom fram til tre hovudtema: 1. Møtet med helsestasjonstenesta, 2. Fedre kan forsvinne i kulissane og 3. Fedre ønsker å ha ein post i programmet. Fedrene er stort sett nøgde med oppfølginga frå helsestasjonen, men opplever likevel at det er ein kvinnearena med fokus på mor og barn. Dei meiner det er naturleg at mor får meir fokus enn dei sjølve, men uttrykker samtidig eit ønske om å bli meir likestilte som omsorgspersonar. Fedrene meiner at dersom helsesjukepleiar stiller direkte spørsmål om korleis dei har det, vil det auke kjensla av inkludering.

Konklusjon: Både samfunnet og helsestasjonstenesta står i vegen for at fedre skal kjenne seg likestilte som omsorgspersonar for barnet. Funna tyder på at helsestasjonstenesta har eit forbettringspotensiale når det kjem til oppfølginga av fedrene.

Nøkkelord: fedre, inkludering, helsestasjonen, kjønning, mattering

Abstract

Background: This master's thesis is a collaboration between NTNU and the Municipality of Trondheim. The Municipality expressed interest in exploring the theme «The family health centre as an inclusive meeting place». The thesis explores how the fathers experience inclusion at the family health centre and illuminates various aspects of the interaction between fathers and public health nurses.

Research question: How do fathers experience inclusion at the family health centre?

Theory: The theoretical framework for this study is based upon two perspectives; mattering and theory of gender. Previous research shows that fathers want a more active and inclusive role at the family health centre. Still, many fathers feel excluded or experience differences in the support given to mothers and fathers.

Method: This is a qualitative study with an inductive design. The sample is ten fathers with children who receive follow-up at the family health centre. Individual interviews were conducted from October 2023 to February 2024. The data has been analysed using reflexive thematic analysis in line with Braun & Clarke.

Findings: Three main themes were developed from the data: 1. The interaction with the family health centre, 2. They often feel overlooked and sidelined and 3. The fathers express a desire to be more involved in the family health centre's program. While the fathers are mostly satisfied with the family health centres, they perceive it as a space primarily designed for mothers and children. The fathers acknowledge that it is natural for the mother to receive more attention, but at the same time express a desire to become recognized as equal caregivers. They suggest that if public health nurses ask direct questions about how they are doing, they will feel more included.

Conclusion: Both societal norms and the practices of the public health centres prevents fathers from feeling like equal caregivers for their child. The findings indicate that the family health centre has a potential for improvement when it comes to making the fathers feel like they matter as equal caregivers to mothers.

Keywords: fathers, inclusion, health centre, doing-gender, mattering

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for val av tema

Kjønnslikestilling har vore ei viktig målsetting i nordisk politikk, og eitt av måla har vore å oppmuntre begge foreldra til å delta i lønna arbeid og i omsorgsarbeid (Brandth & Kvande, 2013, s. 21). Dette har ført til store endringar i permisjonsordningane og fedrene har no ein større andel av permisjonen enn tidlegare (Prop. 74 L (2017–2018)). Når samfunnet har ei forventning om at fedre skal vere meir delaktige i barnet sin oppvekst enn tidlegare, er det viktig at fedrene kjenner seg inkluderte og velkomne på helsestasjonen. Dette medfører at helsestasjonen må anerkjenne fedre som likeverdige aktørar i den daglege omsorgen for barna. Helsestasjonstenesta har dei siste åra gått gjennom ei endring der fokuset har flytta seg frå mor-barn-relasjonen til å skulle inkludere heile familien (Solberg & Glavin, 2018a). Retningslinjene seier mellom anna at tenesta skal bidra til at begge foreldra opplever meistring i kvardagen og at helsesjukepleiar bør ha psykisk helse og trivsel hos både mor og far som eit gjennomgåande tema på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2023d). Likevel kan ein stille spørsmål ved om fokuset har endra seg i praksis. Erfarar fedre at helsestasjonstenesta følger sitt samfunnsmandat når det kjem til likestilling av mødre og fedre som omsorgspersonar?

Allereie i 2006 viste forskning at mange fedre ønska å dele barneomsorga og ha ei meir aktiv rolle på helsestasjonen, og fleire studiar har seinare vist det same (Fägerskiöld, 2006; Høgmo et al., 2021; Solberg & Glavin, 2018b) Til trass for dette kjenner fedrene seg ekskluderte av helsesjukepleiarar og oppfattar helsestasjonen framleis som ein verden av og for kvinner (Høgmo et al., 2021; Solberg & Glavin, 2018a). Manglande støtte og anerkjenning til fedre aukar sårbarheita for psykiske lidingar hos barnet og kan dermed også få negative konsekvensar for familien og samfunnet elles (Høgmo et al., 2022; Skjøthaug, 2016, s. 88–89). Dette viser viktigheita av at helsestasjonstenesta må legge til rette for at fedrene skal kjenne seg inkluderte og at det difor er behov for fleire studiar som ser på fedre sine erfaringar med helsestasjonen.

Temaet skapte engasjement hos oss begge og førte til nysgjerrigheit. Vi fann motivasjon i ideen om å undersøke og belyse fedrene sine opplevingar og på den måten bidra til å auke fokuset på fedre. Difor skal vi i samarbeid med NTNU og Trondheim kommune sjå nærare på temaet helsestasjonen som ein inkluderande møteplass; Korleis opplever fedre å bli møtt av helsestasjonstenesta og kjenner dei seg inkluderte?

1.2 Problemstilling og forskingsspørsmål

Med bakgrunn i dette har vi utforma følgande problemstilling:

«Korleis er fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen?»

Forskingsspørsmål:

- Korleis erfarer fedre å bli møtt på helsestasjonen?
- Opplever fedre at dei blir behandla annleis enn mødrene?
- Kva tenker fedre at helsestasjonstenesta kan gjere for at dei skal føle seg meir inkluderte?

1.3 Formål og hensikt

Formålet med oppgåva er å utforske fedrene si oppleving av inkludering på helsestasjonen. Dette har vi gjort gjennom å spørje om deira erfaringar knytt til oppfølginga dei har fått frå helsestasjonen samt til opplevinga av å bli pappa.

Hensikta med oppgåva er å belyse ulike sider av fedrene sitt møte med helsestasjonstenesta og dermed bidra til at tenesta kan få auka innsikt i fedrene sitt perspektiv. Gjennom dette ønsker vi å auke bevisstheita til helsesjukepleierar når det kjem til deira inkludering av fedre på helsestasjonen.

1.4 Avgrensing av oppgåva

På bakgrunn av den formulerte problemstillinga vil oppgåva vere avgrensa til å omhandle fedre som har mann som sitt biologiske kjønn og er i eit heterofilt partnerskap med barnet/barna si mor. Dette fordi vi mellom anna spør deltakarane om dei opplever noko ulikheit i korleis dei og mor til barnet/barna blir møtt. Oppgåva ekskluderer dermed åleinefedre, fedre som er i eit partnerskap med same kjønn samt medmødre. Oppgåva inkluderer førstegangsfedre og fleirgangsfedre i alle aldersgrupper som har barn med oppfølging på helsestasjonen. Oppgåva inkluderer vidare berre fedre som har vokse opp i Noreg, dette for å unngå påverknad som følge av kulturulikheiter. Andre avgrensingar er at fedrene må ha delteke på minimum éin konsultasjon på helsestasjonen slik at dei skal ha gjort seg opp eit inntrykk av helsestasjonstenesta.

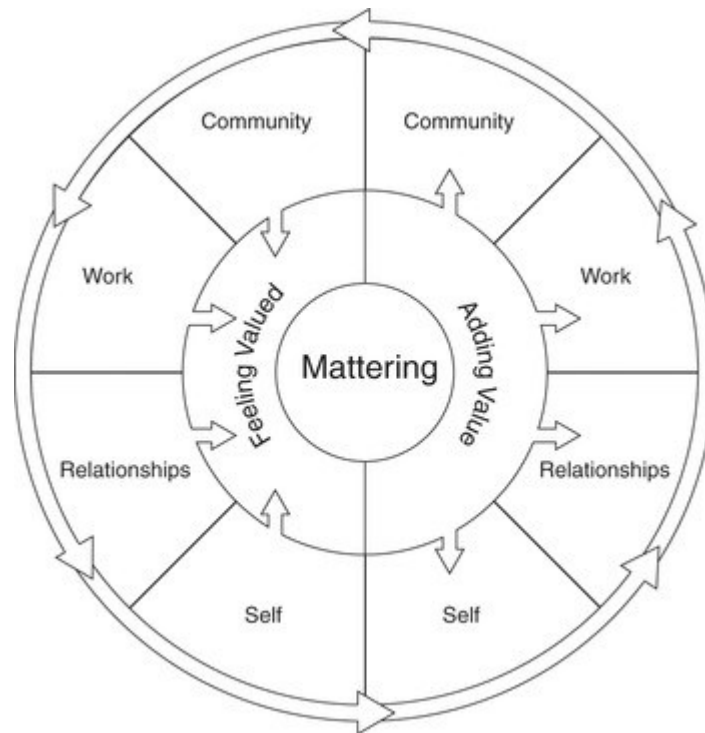
2.0 Bakgrunn

I dette kapitlet vil vi starte med å gjere greie for dei teoretiske perspektiva vi har valt for å løfte fram resultatene frå studien; Mattering og kjønnteori. Dette fordi vi ønsker at lesaren skal vere bevisst desse perspektiva gjennom oppgåva då det er grunnleggande for budskapet. Deretter presenterer vi utvalt forskning som vi reknar som relevant for temaet samt helsestasjonen sitt mandat når det gjeld oppfølging av foreldre.

2.1 Teoretisk forankring

2.1.1. Mattering

Mattering (Prilleltensky, 2020) er eit fenomen som kan beskrivast som ein ideell psykologisk tilstand bestående av to opplevingar som påverkar og utfyller kvarandre. Den eine er å føle seg verdsett og den andre er å tilføre verdi. Den enkelte kan tilføre verdi til seg sjølv, til andre, til arbeid og til samfunnet. På den andre sida kan den enkelte kjenne seg verdsett av seg sjølv, av andre, av å vere i arbeid og å ta del i samfunnet. For å oppnå mattering er det viktig med balanse og likeverd mellom å oppleve verdi og å tilføre verdi. Dette fenomenet oppstår i eit skjæringspunkt mellom psykologi, filosofi og politikk og går føre seg både på individ- og gruppenivå (Prilleltensky, 2020). «The mattering wheel» (figur 1) illustrerer kva mattering består av og dei ulike områda av livet både for opplevd verdi og tilføring av verdi. Dette viser korleis desse to ulike sidene av mattering er likestilte og samtidig påverkar kvarandre (Prilleltensky, 2020). I denne oppgåva har vi valt å fokusere hovudsakleg på psykologiaspektet ved mattering og korleis dette påverkar fedrene på individnivå. Samtidig får mattering betydning også på samfunnsnivå når det gjeld korleis fedrene blir møtt og behandla på helsestasjonen på eit overordna nivå.



Figur 1. The mattering wheel: A conceptual framework. Frå «Mattering at the Intersection of Psychology, Philosophy, and Politics,” av I. Prilleltensky, 2020, *American Journal of Community Psychology*, 65 (1-2), s.21 (<https://doi.org.10.1002/ajcp.12368>). Copyright 2019 ved Society for Community Research and Action.

Det at fedrene skal føle seg verdsette inneber mellom anna å bli respekterte, å føle at dei høyrer til, å bli inkluderte og behandla rettferdig. Det å kunne tilføre verdi til andre består mellom anna av sjølvbestemming, empowerment, at dei opplever å ha kontroll over eige liv, meistring og meistringstru (Prilleltensky, 2020). Det finst mykje litteratur frå samfunnspsykologien som seier at dette er komponentar som er viktige for å kunne ha det bra som menneske. Ut i frå dette meiner Prilleltensky (2020) at det å stå i meiningsfulle relasjonar til andre er eit grunnleggande psykologisk behov hos menneske. Å oppleve meistring og kompetanse i interaksjon med andre er viktige delar av opplevd mattering. Dersom fedrene til dømes får god oppfølging og informasjon frå helsestasjonen som fører til meir kompetanse, vil det kunne fremme opplevinga av mattering. For at dei skal kunne oppleve mattering må dei også ha meistringstru (Prilleltensky, 2020).

Behovet for mattering er spesielt viktig i nære relasjonar, som far-barn-relasjonen, då foreldra kan styrke barnet si kjensle av å ha betydning. Det betyr at fedre som sjølv opplever mattering lettare vil kunne gi barnet oppleving av mattering. Dette er avgjerande for barnet si sosiale, fysiske, intellektuelle og emosjonelle utvikling. Samtidig er fedre si evne til å tilføre verdi til barnet avhengig av korleis dei sjølve kjenner seg verdsette (Prilleltensky & Prilleltensky, 2021, s. 156–157). Dette kan

mellom anna bli påverka av implisitt skeivheit i samfunnet. Implisitt skeivheit er ein ubevisst tendens til å favorisere menneske frå visse grupper, og det skjer til dømes dersom helsesjukepleiar har som vane å kontakte mor føre far eller å vende seg til mor ved spørsmål om barnet (Prilleltensky & Prilleltensky, 2021, s. 119). Samfunnet sine forventingar til fedrene kan altså stå i vegen for at fedre og barn skal oppleve å ha betydning for kvarandre. Dersom fedrene får oppfatning av at deira bidrag ikkje er verdifullt eller opplever å bli oversett, vil dette kunne øydelegge meistringstrua dei har på seg sjølve (Prilleltensky & Prilleltensky, 2021, s. 119). Dette kan føre til at dei ikkje set seg sjølve i situasjonar der dei har moglegheit til å oppleve mattering og dermed engasjerer seg i mindre grad. På den måten kan det skape ein vond sirkel. Lite opplevd mattering kan då hindre moglegheiter for å tilføre verdi til barnet eller andre, som igjen fører til endå mindre kjensle av mattering (Prilleltensky, 2020). Vi har ikkje funne forskning som undersøker oppleving av mattering blant fedre.

2.1.2 Kjønnroller

Omgrepet «kjønn» og kjønnsforskjellar har hatt betydning i alle tidsepokar, men i varierende grad og med ulike sosiale og kulturelle konsekvensar (Lorentzen & Mühleisen, 2006a, s. 17). Kjønn er ikkje lengre berre det biologiske kjønn vi er født med, men er også knytt til dei betydningane vi gir det biologiske kjønn (Bondevik & Rustad, 2006, s. 46). Solbrække og Aarseth (2006, s. 65) viser til at individet sosialiserast inn i ei kjønnsrolle, og kjønnsidentiteten vår utviklar seg vidare gjennom livet i eit samspel mellom biologiske og sosiale forutsetningar (NOU 2019: 19, s. 38). Gjennom samfunnet sine forventingar og normer har menneske lært korleis ein skal oppføre seg som mann og kvinne, og også korleis ein skal oppføre seg mot andre menn og kvinner (West & Zimmerman, 1987). Kjønn er dermed ikkje berre noko ein er, men også noko ein gjer. Omgrepet «doing gender» eller «å gjere kjønn» vart introdusert av West og Zimmermann (1987). Dei forklarar det med at individet handlar ut i frå forventingar og normer, men at normene heile tida blir bekrefta, utfordra og reforhandla i samhandling med andre menneske. Dette perspektivet har blitt vidareført i den konstruktivistiske kjønnsforståinga, som er vanleg på kjønnsforskningsfeltet i dag.

Det at menneske har blitt kategoriserte til mann og kvinne har hatt betydning for korleis samfunnet har blitt organisert og utforma (Bondevik & Rustad, 2006, s. 43). Samfunnet har alltid bestått av ulike posisjonar og roller der det har vore knytt normer eller forventingar til korleis personen i denne rolla skal handle. Dette kjem tydeleg fram i arbeidslivet, men også i familien. Det har vore eit tydeleg skilje mellom mor og far, der mannen skulle ha ei forsørgande rolle, medan kvinna skulle ivareta husarbeid og omsorg for barna (Solbrække & Aarseth, 2006, s. 66). Fedre hadde dermed den økonomiske makta, medan mødrene hadde kontrollen og dermed også makta i heimen (Magnusson, 2000, s. 244–246).

Desse kjønnsstereotypiane finst endå over alt i samfunnet, kanskje utan at ein tenker på det i kvardagen (NOU 2019: 19, s. 53).

Kjønn får altså betyding gjennom sosiale samhandlingar og enkelte kan difor oppleve at dei står igjen med upassande eller feil kjønn med tanke på den rolla dei har (Lorentzen & Mühleisen, 2006b, s. 278). Eksempelvis kan kvinner i mannsdominerte yrker oppleve manglande tilrettelegging av sanitærforhold, medan husfedre kan oppleve at barnevogner og stallebord er for lave. Tradisjonelle og stereotype oppfatningar av kjønn og kjønnsroller kan dermed legge avgrensingar på menneske sine val (NOU 2019: 19, s. 53). Kjønning og betydinga av dette er beskrive i mange bøker og artiklar, men vi har ikkje funne tidlegare forskning som ser på kjønning av fedre på helsestasjonen.

2.2 Kunnskapsgrunnlag

2.2.1 Litteratursøk

Litteratursøk har blitt gjennomført i fleire omgangar frå september 2023 til mars 2024, hovudsakleg i databasane Pubmed, Cinahl, og Svemed+. Det er teke omsyn til at Svemed+ ikkje er oppdatert sidan 2019. Noko litteratur er også blitt funne via tidsskriftet Sykepleien forskning og i referanselistene til relevante studiar. Søkeord som har blitt brukt er mellom anna: father*/dad*/men's, experience*/perception*/view*/attitude*, public health nurse, postnatal care/postnatal support/postpartum og mental health. Det er søkt med både norske og engelske søkeord og med MeSH-termer. Når det gjeld søk etter forskning om fedre sine opplevingar med oppfølging på helsestasjonen, har vi fokusert hovudsakleg på skandinaviske artiklar då dette er land vi kan samanlikne oss med når det gjeld permisjonsordningar. Alle artiklane vi har brukt er frå tidlegast 2016, med unntak av éin artikkel frå 2006. Vi har likevel valt å bruke artikkelen då den viser at det allereie tilbake i 2006 vart satt søkelys på fedrene si rolle på helsestasjonen og tydeleggjort at tenesta bør ha auka fokus på dette. Dette meiner vi er med på å underbygge viktigheita ved temaet.

2.2.2 Overgangen frå mann til far

Foreldre byrjar å danne indre representasjonar og knytte seg til barnet allereie i fosterlivet, men denne prosessen går seinare hos menn enn hos kvinner (Eberhard-Gran & Slinning, 2010, s. 325). Å bli foreldre inneber store omveltingar i livet og mange foreldre opplever svangerskapet og barseltida som ei krevjande periode. Dersom fedrene opplever foreldrestress, usikkerheit i korleis dei skal handtere barnet eller får manglande anerkjenning frå omgivnadane, kan dei kjenne på negative

tankar rundt farsrolla (Glavin, 2019, s. 122; Solberg & Glavin, 2018b). Fedrene beskriv også at det kan vere vanskeleg å snakke om eigne kjensler i denne tida (Solberg & Glavin, 2018b). Dersom fedrene ikkje får støtte i denne perioden kan det få uheldige verknadar mellom anna med auka risiko for einsemd og barseldepresjon (Glavin, 2019, s. 122; Solberg & Glavin, 2018b). Dette vil kunne auke sårbarheita for psykiske lidingar hos barnet, og dermed også få negative konsekvensar for familien og samfunnet elles (Høgmo et al., 2022; Skjøthaug, 2016, s. 88–89).

Det at far kjente seg som ein viktig del av familien vart sett på som ein av dei viktigaste faktorane for å takle vanskelege situasjonar og kjensler i overgangen til farsrolla (Eberhard-Gran & Slinning, 2010, s. 326; Solberg et al., 2023). Fedrene beskriv eit behov for informasjon om utviklinga til barnet og endringar hos mor, samt kva forventingar dei bør ha for tida framover (Solberg & Glavin, 2018b). Trass dette ser ein at retningslinjene for barselomsorga (Helsedirektoratet, 2014) for det meste omtalar berre mor og barn, til dømes i anbefalingane om tilbod om samtale etter fødsel og i kapittelet om psykososial og psykologisk støtte. Mannsutvalet kom nyleg ut med ein rapport som foreslår ulike tiltak som mellom anna skal styrke farsrolla (NOU 2024: 8). Utvalet peikar på at begge foreldre bør ha reell moglegheit til å ta del i den tidlege fasen av barnet sitt liv og at det bør finnast fleire kurs, nettverk og møteplassar som kan bidra til å trygge fedrene i foreldrerolla (NOU 2024: 8, s. 238–240).

2.2.3 Fedre på helsestasjonen

Helsestasjonen er ein viktig arena for observasjon og rettleiing (Jacobsen, 2016, s. 67–68). Det første møtet mellom helsesjukepleiar og familien er oftast på heimebesøket, sju-ti dagar etter fødsel (Helsedirektoratet, 2023d). Her skal helsesjukepleiar etablere kontakt og legge grunnlaget for vidare oppfølging av barnet og samarbeid med familien. Det er viktig at helsestasjonen formidlar kunnskap om dei utfordringar både mor, far og barnet vil møte, då overgangen til å bli foreldre ofte skaper usikkerheit (Brean, 2016, s. 59). Helsesjukepleiar skal mellom anna ha fokus på samspelet mellom foreldra og barnet og fremme meistring av foreldrerolla (Helsedirektoratet, 2023d). Helsesjukepleiar skal dermed sjå både på korleis mor har det, korleis far har det og på korleis mor og far saman kan ivareta barnet. Ved at helsestasjonen har innsikt i dei ulike utfordringane dei enkelte familiane møter, kva konsekvensar det kan få for barnet og kva som kan vere til hjelp, kan ein fremje ei betre utvikling hos barnet (Brean, 2016, s. 58). Tidlegare har forskinga hovudsakleg fokusert på mødre og mor-barn-relasjonen, men dei seinare åra har også fedrene si rolle og betydning for barna hatt større søkelys (Wells, 2016). Dagens foreldregenerasjon ser på foreldreskapet som eit teamarbeid og ønsker å vere aktive i barnet sitt liv heilt frå starten (Høgmo et al., 2021).

Farsinvolvering har varige og positive effektar på barnet si utvikling samt deira fysiske og psykiske helse, og fedre opplever at dei bygger sjølvtilitt og omsorgskompetanse ved å ta ansvar for spedbarn åleine (Brandth & Kvande, 2013, s. 22; de Montigny et al., 2020, s. 1004). Fedrene ønsker ei meir aktiv og inkludert rolle på helsestasjonen, men mange kjenner seg ekskluderte av helsesjukepleiarane (Hrybanova et al., 2019; Høgmo et al., 2021; Solberg & Glavin, 2018a). I tillegg kjenner mange fedre på ei ulikheit i støtta som blir gitt til mødrer og fedre, og nokon opplever dette som negativt (Hrybanova et al., 2019). Ei oppfatning som går igjen er at helsestasjonstenesta er retta mot mor-barn-relasjonen og ikkje mot familien som ei eining (Hrybanova et al., 2019; Høgmo et al., 2021).

Fleire fedre beskriv at dei kan kjenne seg som «eit vedheng» eller som ein hjelpeforelder, noko som kan lede til mindre engasjement rundt oppfølginga av barnet (Kerstis et al., 2018; Wells, 2016). Fedre som har blitt inviterte til individuelle samtalar med helsesjukepleiar formidlar viktigheita av å bli inviterte til dette, og trekker det fram som eit signal på at helsestasjonen ikkje berre verdset kontakt med mødrene (Massoudi et al., 2023). Desse fedrene fortalde også at det var lettare å snakke om korleis dei hadde det når dei slapp å ta omsyn til partnaren. Fedrene ønsker å bli spurt direkte om korleis dei har det og korleis dei opplever farsrolla (Hrybanova et al., 2019). Fleire meiner det bør vere anledning til å møte helsesjukepleiar den første veka i pappapermisjon for å snakke om korleis dei opplever farsrolla (Hrybanova et al., 2019). Fedre kan føle seg uviktige og kanskje ikkje oppsøke helsestasjonen dersom dei ikkje mottek ein spesifikk invitasjon (Massoudi et al., 2023).

Fedrene kan trenge hjelp til å kome i gang med utviklinga av sin identitet som far og helsesjukepleiarane kan bidra til å styrke farsidentiteten ved å behandle fedrene som likeverdige og gi dei ei deltakande rolle (Fägerskiöld, 2006; Høgmo et al., 2023). Helsesjukepleiarar har på si side eit ønske om å møte og ta vare på heile familien, men opplever at det er lite rom for refleksjon og endringar i ein travel kvardag (Høgmo et al., 2023). Dei er gjerne bevisste at dei har mindre kontakt med fedrene og meiner sjølv at det er eit genuint problem (Ståhl et al., 2020). Helsesjukepleiarar meiner at individuelle samtalar med fedrene vil sende eit signal om viktigheita av farsrolla, samt føre til at dei vil føle seg meir inkluderte og dermed engasjere seg i større grad. Samtidig erfarer dei at individuelle samtalar med fedre er krevjande og at det kan vere utfordrande å ha nær kontakt med begge foreldre (Ståhl et al., 2020). Dette fører til at fedrene sine behov for oppfølging ikkje blir anerkjent på same måte som hos mødrene og ofte heller ikkje prioriterte (Høgmo et al., 2023; Finlayson et al., 2023). Fleire helsestasjonar har tidlegare gjennomført pilotprosjekt med fokus på fedre (NOU 2024: 8, s. 239–240). Helsestasjonstenesta i sin heilskap har likevel ikkje kunne drege nytte av resultatane av desse endå då ein manglar ei evaluering og kunnskapsoppsummering på nasjonalt plan.

Fedrene kan kjenne på mangel på støtte frå helsestasjonen samtidig som dei anerkjenner at mødrene har større behov enn dei sjølve (Darwin et al., 2017; Finlayson et al., 2023). Dette gjer at dei kan oppleve konflikt mellom ønsket om å bli meir inkluderte og samtidig vere bekymra for om det kan gå utover det eksisterande tilbodet til mødrene (Darwin et al., 2017). Blant dei ulike tiltaka som har blitt foreslått i likestillingsrapporten frå mannsutvalet (NOU 2024: 8, s. 240), blir det stadig presisert at tilrettelegging for fedrene må vere eit tillegg til oppfølging av mødrene. Nokre fedre har foreslått at helsestasjonen kan arrangere eigne pappagrupper der dei kan møte andre fedre i same situasjon (Finlayson et al., 2023; Hrybanova et al., 2019). Mange fedre trur gruppekonsultasjonar berre er for mødre og fedre som deltek på gruppekonsultasjonar fortel at dei kan kjenne seg ekskluderte dersom helsesjukepleiar ikkje ser deira behov (Kerstis et al., 2018). Jobb kan også gjere det vanskeleg for fedrene å delta på grupper, då dei oftast går føre seg på dagtid (Wells, 2016). Å arrangere eigne pappagrupper kan styrke fedrene si sjølvsikkerheit i rolla og samtidig sende eit signal om at begge foreldra er like viktige (Kerstis et al., 2018). Resultata i studiane viser til eit behov for vidare forskning når det gjeld fedrene sitt møte med helsestasjonstenesta sett både frå fedrene og helsesjukepleiarane sine perspektiv.

2.2.4 Kjønnsperspektivet på helsestasjonen

Allereie på 1960-talet starta den tidlege forskinga på menn og betydinga av farsrolla, og på 90-talet viste forskinga at barna hadde blitt ein sentral del av fedrene sin livssamanheng (Røthing & Aarseth, 2006, s. 173). Dei siste tiåra har det utvikla seg til å bli høgare grad av likestilling blant menn og kvinner når det kjem til barneomsorga (Lorentzen & Mühleisen, 2006b, s. 280). Fleire studiar av menn og kvinner sin tidsbruk i familien viser at kvinner har hatt ein jamn nedgang, medan det har vore ei jamn auke i fedrene si bruk av tid og omsorg for borna (Røthing & Aarseth, 2006, s. 174). Dette inneber kjønnsnøytralisering av forelder- og omsorgsrolla og gradvis oppløysing av rollefordelinga mellom kjønna. Helsestasjonstenesta må følge med på desse endringane i samfunnet og bør inkludere kjønnsperspektivet i både utforminga og utøvinga av tenestene (NOU 2019: 19, s. 96).

I 2020 var 99,7% av alle helsesjukepleiarar kvinner, og dette har truleg innverknad på korleis fedre kjenner seg møtt på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2023a). Tankane og forventingane helsestasjonen har til fedrene, basert på at dei er menn, er ein måte å kjønne fedrene på, og dette skjer på både individuelt, strukturelt og symbolsk nivå (Sommerseth, 2015, s. 189). På individuelt nivå kan det skje gjennom kommunikasjonsmønster, kroppsspråk eller val av samtaleemne under ein konsultasjon (Lorentzen & Mühleisen, 2006b, s. 280). Døme på dette kan vere at helsesjukepleiar

konsekvent ringer mor. På strukturelt nivå kan det vere at helsestasjonstenesta skriv følgande på nettsida; «Etter gruppekonsultasjonen oppfordrar vi mødrene til å danne barselgruppe saman». Ifølge Likestillings- og diskrimineringslova (2017) er det ikkje lov å behandle nokon forskjellig på bakgrunn av mellom anna kjønn. Både ved å ha stereotype førestillingar om kjønn eller å ikkje ta omsyn til kjønn i det heile, vil tenesta og tilboda til tenesta bli mindre treffsikre (NOU 2019: 19, s. 96). Helsevesenet skal representere befolkninga og ein bør difor jobbe for å rekruttere fleire mannlege helsesjukepleiarar (Kringstad, 2021).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil vi gjere greie for vitskapeleg ståstad og beskrive korleis vi har gjennomført studien. Vi vil starte med å presentere det vitskapsteoretiske utgangspunktet vi har valt og beskrive korleis vår for forståing kan påverke arbeidet. Vi presenterer deretter prosessen med rekruttering, utval, datainnsamling, transkribering og dataanalyse, og grunngir ulike val vi har teke undervegs. Avslutningsvis vil vi beskrive etiske vurderingar og korleis vi har ivareteke deltakarane gjennom prosjektet.

3.1 Vitskapsteoretisk utgangspunkt

Vi har valt å bruke eit sosialkonstruktivistisk perspektiv for å undersøke fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen. Sosialkonstruktivismen tek utgangspunkt i at subjektive meiningar blir forma gjennom samhandling med andre, og at menneske si oppfatning av verden kontinuerleg blir forma av opplevingar og situasjonar dei blir utsette for (Alvesson & Sköldberg, 2000, s. 261; Braun & Clarke, 2022, s. 190). Sosialkonstruktivismen stiller spørsmål ved om det finst ei «objektiv» verkelegheit og peikar på at det finst mange versjonar av verkelegheita som kan vere gyldige (Malterud, 2017, s. 199). Vi kan dermed ikkje fastslå at våre resultat er dei einaste sanne, men dei representerer fedrene si oppleving av verkelegheita og deira sannheit.

Studien bygger også på eit hermeneutisk perspektiv, som handlar om å tolke ein tekst eller eit budskap og skape mening ut av det (Malterud, 2017, s. 28). Omgrepet «den hermeneutiske sirkel» handlar om at vår forståing av meningsinnhaldet er ein prosess der vi bevegar oss mellom heilskapen og delar av det materialet vi skal forstå (Thomassen, 2007, s. 160). Når vi skal forstå fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen, må vi få oversikt over heile datamaterialet. Etter dette zoomar vi inn på detaljnivå og fortolkar delane i lys av heile datamaterialet, for deretter å zoome ut igjen for å sjå heilskapen (Thomassen, 2007, s. 91). Dette blir ein spiral der vi stadig bevegar oss fram og tilbake mellom delar og heilskapen av teksten og dermed opnar opp for ei stadig djupare forståing av meninga i datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237). Denne prosessen gir oss moglegheit til å oppnå innsikt i fedre si oppleving, samt korleis helsestasjonstenesta i større grad kan legge til rette for inkludering av fedrene. Den hermeneutiske sirkel handlar også om forholdet mellom lesar og teksten, og at vår forståing utviklar seg i takt med at vi les datamaterialet (Thomassen, 2007, s. 92). Fedrene i studien har sine eigne fortolkingar av verkelegheita og møtet med helsestasjonstenesta. Når vi som forskarar tolkar deltakarane sine utsegn blir dette dermed ein dobbel hermeneutikk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 347).

3.1.1 Forforståing

I kvalitativ metode bruker forskaren seg sjølv som instrument og påverkar dermed forskingsprosessen og resultatane ein kjem fram til (Malterud, 2017, s. 41). Gjennom eit hermeneutisk perspektiv må vi dermed vere bevisste på at fortolkinga vi gjer er prega av eiga forforståing på fagfeltet. Forforståing er den ryggsekken ein bringer med seg inn i forskingsprosessen som består av erfaringar, hypotesar, faglege perspektiv og den teoretiske referanseramma frå innleiinga av forskingsprosjektet (Malterud, 2017, s. 44–45). Denne kan i beste fall gi næring og vere med på å styrke prosjektet og i verste fall svekke prosjektet gjennom å etterlate eit for stort avtrykk som påverkar validiteten og reliabiliteten (Malterud, 2017, s. 44-45). Det er naturleg at vi er styrt av eigne motiv og førestillingar. Likevel er det nødvendig med eit opent sinn med rom for uventa konklusjonar for at forskingsprosessen skal kunne bidra med noko nytt. Betydinga av våre eigne roller som forskarar er ein viktig del av dette og vi må difor aktivt jobbe med å avklare eiga forforståing og dele dette med lesaren (Malterud, 2017, s. 43).

Før oppstart av forskingsprosjektet reflekterte vi saman rundt eiga forforståing. Éin av oss har barn og er dermed prega av erfaringar frå eiga omsorgsrolle og opplevingar i møtet med helsestasjonen som forelder. Til trass for at vi har ulikt grunnlag for forståing i møte med fedrene, har vi også delvis lik bakgrunn. Vi er to kvinner som begge er i eit langvarig forhold med ein mann. Forforståinga vil for begge vere påverka av fleire års arbeid som sjukepleiarar, to år på masterstudiet i helsesjukepleie samt begge sine erfaringar frå å ha jobba som konstituerte helsesjukepleiarar i helsestasjonstenesta det siste året. Erfaringane vi har fått så langt har gitt inntrykk av at helsesjukepleiarar har mindre fokus på far enn mor. I tillegg har vi fått inntrykk av at fedrene ikkje er sidestilte med mor når det kjem til oppfølging av ungene. Vi tenkte difor det var sannsynleg at funna ville vise at nokre av fedrene ikkje følte seg inkluderte på helsestasjonen og at det var meir fokus på mor enn far.

3.1.2 Kvalitative intervju

Når ein skal gjennomføre ein studie, skal ein velje den forskingsmetoden som er mest relevant for formålet. Kvalitative metodar kan belyse menneske sine erfaringar, opplevingar, tankar og forventingar, samt utforske dynamiske prosessar som samhandling og utvikling (Malterud, 2017, s. 31). Kvalitativ metode eignar seg difor godt når vi vil belyse fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen. Ved bruk av induktiv tilnærming belyser vi forskings spørsmålet med empiriske data frå fedrene, og gjennom fortolking kan vi deretter trekke fram funn som kan seie noko meir allment om temaet (Malterud, 2017, s. 113).

Empiriske data kan samlast inn på ulike måtar. Dette gjer at vi må kjenne til dei ulike metodane sine særpreg for å kunne velje den metoden som gir mest relevante data (Malterud, 2017, s. 69). Fokusgruppeintervju vart vurdert som metode, då det kunne gitt oss innsikt i breidda av opplevingar (Malterud, 2012, s. 22). Metoden eignar seg godt når ein vil undersøke ei gruppe sine erfaringar med helsetenesta, og det er interaksjonen mellom deltakarane som gir datamaterialet (Malterud, 2012, s.). Vi valde likevel å gjennomføre individuelle intervju, sidan nokon kan oppleve det som eit sårbart tema og dermed vanskeleg å dele i ei gruppe der ein ikkje kjenner kvarandre (Malterud, 2012, s. 145). Formålet med eit kvalitativt forskingsintervju er å forstå perspektivet til personen som blir intervjuet og få direkte innblikk i deira opplevingar og erfaringar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42; Malterud, 2017, s. 69). Strukturen kan gjerne vere som ein daglegdags samtale, men ein skal likevel bruke ein bestemt metode og spørjeteknikk. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 160) er intervjuaren sjølv eit forskingsinstrument. Dersom vi som intervjuarar er avslappa, lyttar og viser interesse, forståing og respekt, vil det lettare skapast god kontakt mellom oss og fedrene. Vi vurderte å gjennomføre fokusgruppeintervju i etterkant av dei individuelle intervju med dei same fedrene, men enda opp med å gå bort frå dette på grunn av manglande tid.

3.2 Rekruttering og utval

Studien er eit samarbeid mellom NTNU og Trondheim kommune, og det vart difor oppretta kontakt med avdelingsleiar og fagansvarleg helsesjukepleiar i den aktuelle bydelen i kommunen før vi starta rekrutteringa. Alle helsesjukepleiarane og sekretærane på dei aktuelle helsestasjonane fekk i tillegg tilsendt e-post med informasjon om studien og kontaktinformasjon. I oktober 2023 starta vi rekrutteringa ved å henge opp plakatar på tre helsestasjonar i bydelen. Plakatane (vedlegg 2) hadde kortfatta informasjon om studien, samt ein QR-kode som leia inn til eit påmeldingsskjema i Nettskjema (UiO, 2023). I påmeldingsskjemaet måtte fedrene oppgi kontaktinformasjon, alder på barn(a) og om dei hadde delteke på éin eller fleire konsultasjonar på helsestasjonen. Skjemaet hadde også ein link til informasjon om personvern og formålet med studien (vedlegg 3). I tillegg til plakatan som vart hengt opp, fekk kvar helsestasjon ein bunke med påmeldingsskjema til utdeling på 10-måneders-grupper og til fedre som oppfylte inklusjonskriteria. Etter kvart som fedrene meldte seg på, kontakta vi dei via e-post og avtalte intervju. I tillegg vart éin far kontakta direkte av ein helsesjukepleiar som formidla informasjon om studien, då denne familien tidlegare hadde vist engasjement angående temaet.

Rekrutteringa haldt fram til februar 2024 og det var då totalt 20 fedre som hadde meldt seg på via Nettskjema. I februar låg det framleis ein bunke med påmeldingsskjema på helsestasjonane, noko som tyder på at det truleg var plakatane som var den mest effektive rekrutteringskanalen. Åtte av fedrene svarte ikkje på e-post ved førespurnad om intervju, eller trakk tilbake interessa si. Det vart sendt ei påminning på e-post etter to-fire veker til dei som ikkje svarte. Tre fedre vart ekskluderte då barnet var under ein månad gamal.

For å kunne ta stilling til om vi trengte fleire deltakarar, vurderte vi fortløpande om deltakarane kom med rike skildringar som gav god informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 63). Vi enda opp med å inkludere ti fedre i studien. Tabellen under viser ei oversikt over fedrene med fiktive namn, tal på barn og alder på barna:

DELTAKAR:	TAL PÅ BARN:	ALDER PÅ BARN
OSCAR	2	5 månadar og 3 år
IVAR	1	11 månadar
HÅVARD	2	8 månadar og 20+ år
OLE MARTIN	2	4år, 6 år
ANDERS	1	18 månadar
BJØRNAR	3	8 månadar, 4 år, 7 år
HÅKON	2	10 månadar, 2 år
ROBERT	2	12 månadar, 3 år
RUNE	1	11 månadar
STIG	1	13 månadar

Tabell 1. Oversikt over fedrene, tal på barn og alder på barna. Deltakarane har fått fiktive namn.

Eitt av inklusjonskriteria var at fedrene måtte ha mann som sitt biologiske kjønn. Alle fedrene måtte i tillegg vere i eit heterofilt partnerskap med barnet/barna si mor. Grunnen til dette var at vi ønska mellom anna å undersøke om far opplevde at han vart møtt annleis enn mor. Eit anna inklusjonskriterium var at fedrene måtte ha vokse opp i Noreg. Årsaka til dette valet var at fedre frå andre land kan ha andre føresetnadar eller forventingar til farsrolla, familieperspektivet eller korleis oppfølginga frå helsevesenet skal vere. Vi har ikkje spurd om andre faktorar som til dømes yrke, utdanningsnivå eller alder, men har likevel inntrykk av at det er stor spreing blant fedrene.

I utgangspunktet ønska vi å rekruttere fedre som hadde barn mellom 8-18 månadar. Dette fordi vi ønska at fedrene skulle ha deltatt på fleire konsultasjonar, samt at det ikkje skulle vere for lenge

sidan fedrene hadde hatt kontakt med helsestasjonen. Dette inklusjonskriteriet vart utvida til å gjelde fedre som hadde barn i alderen 0-7 år då rekrutteringa gjekk litt sakte i byrjinga. Når vi ser på utvalet vi har enda opp med, har åtte av ti fedre eitt barn mellom 8-18 månadar og oppfyller dermed det opphavelige inklusjonskriteriet. Éin far hadde eitt barn på over 20 år frå eit tidlegare forhold. I og med at helsestasjonstenesta kan ha endra seg mykje på denne tida, bad vi han om å fokusere på opplevinga han hadde med sitt yngste barn. Vi tok ned plakataner og avslutta rekrutteringsprosessen etter ti gjennomførte intervju. Vi opplevde då at vi hadde tilstrekkeleg datamateriale med rike data, samt at det ikkje hadde kome fram nye opplysningar i dei siste intervju.

3.3 Datainnsamling og transkribering

Vi ønska å gi fedrene stort spelerom til å dele erfaringar og opplevingar, samtidig som vi ville sørge for å få svar på forskingsspørsmålet (Portney, 2020, s. 307). Vi utarbeida difor ein semistrukturert intervjuguide (vedlegg 4) der tema var bestemt på førehand, men rekkefølga kunne justerast undervegs. Nokre av spørsmåla var konkrete og hadde som formål å gi oss innblikk i kor mykje fedrene hadde delteke på helsestasjonen, medan dei fleste spørsmåla var opne og utforskande og la opp til at fedrene kunne svare utdjupande (Portney, 2020, s. 306). Under alle hovudspørsmåla hadde vi også inngåande og spesifiserande spørsmål for hjelp til å følge opp det fedrene fortalde (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 166–168). Intervjuguiden vart testa på familiemedlemmar og godkjent av rettleiar. Intervjuguiden vart gjennomgått og revidert etter gjennomføring av første intervju. Eitt av spørsmåla fekk endra ordlyd, samt at det vart lagt til eitt spørsmål om deltaking i gruppe. I tillegg til intervjuguiden, vart det stilt oppfølgingsspørsmål som eksempelvis; «Du nemnte..., kan du gi eit konkret eksempel?» og «Det du sa tidlegare om..., kan du fortelje meir om det?».

Intervjua vart hovudsakleg gjennomførte på eit grupperom på ein helsestasjon i Trondheim kommune i tidsperioden oktober 2023-februar 2024. Deltakarane fekk tilbod om å gjennomføre intervjuet ein annan stad dersom dei ikkje ønska eller hadde moglegheit til å møte på helsestasjonen, noko tre av dei takka ja til. To deltakarar vart difor intervjua heime, medan éin vart intervjua på eit grupperom på NTNU. Vi gjennomførte intervjua kvar for oss og lytta til både eigne og kvarandre sine intervju i etterkant.

Vi hadde på førehand skreve ned kva informasjon vi skulle gi før intervjuet starta, dette for å sikre at alle deltakarane fekk same informasjon om studien og deira rettigheter. Personvern vart gjennomgått og underskreve, og alle fekk moglegheit til å stille spørsmål før lydopptaket vart starta. Vi hadde også fokus på småprat og det å skape ei avslappa stemning i forkant av intervjuet. Intervjua

var planlagt å vare i 30-60 minutt, og dei fleste intervju varte i 30-40 minutt. To av intervju var kortare, medan to intervju varte i nesten éin time. Éin far hadde med seg barnet til intervju. Dette intervjuet hadde små pausar undervegs der vi gav barnet merksemd før vi heldt fram.

Alle intervju vart tekne opp med to lydopptakarar for å sikre at vi ikkje mista data grunna tekniske feil. Vi brukte mobilappen «Nettskjema-diktafon», som sender lydopptak direkte til Nettskjema for sikker lagring (UiO, 2017). I tillegg brukte vi ein manuell lydopptakar der data vart lagra direkte i NICE-1, NTNU sitt sikre fillagringsområde med tofaktorautentisering (NTNU, u.å.-b). Lydopptaka frå Nettskjema-diktafon vart automatisk transkriberte. Transkripsjonane vart deretter gjennomgått saman med lydfila for å sikre korrekt overføring frå munnleg til skriftleg språk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 278). Dette vart gjort umiddelbart etter intervjuet av den av oss som intervju for å sikre at ein hugsa kroppsspråk og detaljar frå intervjusituasjonen (Malterud, 2017, s. 80). Transkripsjonane vart aidentifiserte og lagra i eit separat dokument i NICE-1, slik at dei ikkje kunne koplast saman med kontaktopplysningar.

3.4 Datanalyse

Datamaterialet har blitt analysert ved hjelp av refleksiv tematisk analyse, der formålet har vore å identifisere, analysere og rapportere mønster i datamaterialet (Malterud, 2017, s. 95). Braun og Clarke (2022, s. 35) skildrar seks fasar i refleksiv tematisk analyse. Ein startar med å gjere seg godt kjent med datamaterialet før ein går vidare til koding. Denne fasen skal vere detaljert og systematisk. I fase tre og fire byrjar ein å identifisere tema og vidareutvikle desse, før ein i fase fem definerer og namngir valde tema. Skrivning er ein integrert del av analyseprosessen, og den formelle akademiske skrivinga kan gjerne starte frå fase tre. I den siste fasen, fase seks, skal ein samanfatte arbeidet og fullføre skriveprosessen. Ein skal då fortelje lesaren ei samanhengande og overtydande historie om datasettet som gir svar på forskingsspørsmålet. Analyseprosessen er ikkje lineær, men heller ein dynamisk prosess der ein heile tida går fram og tilbake mellom datasett, kodar og analyse for å finne meiningsmønster mellom datasetta (Braun & Clarke, 2022, s. 36).

Vi starta å analysere data i januar 2024, etter åtte gjennomførte intervju. I og med at vi hadde gjennomført kvar våre intervju, var den første fasen med å bli kjent med datamaterialet viktig. Vi hadde naturlegvis blitt best kjente med eigne intervju grunna gjennomføringa og transkripsjonen etterpå. Det å lytte til kvarandre sine intervju var difor ein viktig del av å bli kjent med datamaterialet. Ikkje berre for å høyre kva deltakarane seier, men også ordlyden. Etter å ha lytta til intervju, leste vi gjennom fleire gangar og diskuterte innhaldet. Under den første gjennomlesinga

var det ikkje fokus på å danne koder, men å lese på ein aktiv måte der vi prøvde å forstå meininga bak utsegna, samtidig som vi stilte kritiske spørsmål til datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 44). Eksempelvis; «Kvifor tenker denne pappaen akkurat dette om heimebesøket?».

Samtidig som vi leste gjennom intervjua, gjekk vi også gjennom notata frå kvart intervju. I desse notata hadde vi skreve ned tankar om til dømes korleis vi opplevde stemninga, deltakaren sitt kroppsspråk og kjensler vi sat att med etter intervjua. Etter å ha lest gjennom alle intervjua, diskuterte vi kva for tankar vi sat igjen med og tok fram eksempel vi syntest var interessante. Vi opplevde då at vi hadde mange like tankar om intervjua, men også nokon ulikheiter angående kva for utsegn vi la merke til.

I og med at ein skal identifisere meningsmønster mellom datasetta, anbefaler Braun og Clarke (2022, s. 55) at éin person kodar datamaterialet. Det vil då vere lettare for den som kodar å ha kontroll på alle kodane. I og med at vi var to som skulle danne kodar, gjekk vi gjennom det første intervjuet saman for å sikre at vi hadde nokolunde lik framgangsmåte og forståing når vi skulle kode resten av datamaterialet. Vi markerte delar av teksten vi rekna som interessant og relevant for problemstillinga. I denne fasen opplevde vi at vi hadde lik forståing for kva som var relevant og ikkje då vi hadde markert på lik måte i store delar av intervjuet. I dei tilfella der vi ikkje hadde markert dei same utdraga, diskuterte vi kvifor eller kvifor ikkje denne delen burde kodast. Ifølge Braun og Clarke (2022, s. 55) er ikkje meininga å oppnå eining om alle kodar når ein er to som kodar og analyserer, men å oppnå rikare og nyansert innsikt i datamaterialet. Setningane og avsnitta som var markerte vart koda og både sitat og kodar vart plasserte i ein tabell. I og med at vi opplevde å ha lik tankegang under koding av det første intervjuet, delte vi deretter opp arbeidet og tok ansvar for kvar våre intervju. Desse intervjua vart gjennomgått på same måte med gjennomlesing, markering i teksten av relevante data og deretter koding. Utdrag der vi var usikre på relevansen vart også koda for at vi ikkje skulle gå glipp av potensielt relevante data. Vi gjekk deretter gjennom kvarandre sine intervju og kodane som var valde. Alle intervjua fekk eigne tabellar med det fiktive namnet på deltakarane, sitat, kodar og foreløpige første tema (tabell 2). Undervegs i denne prosessen skreiv vi også ned utsegn eller avsnitt som vi syntest var spesielt interessante og som kunne passe som sitat for å underbygge eit tema.

Vår manglande erfaring med tematisk analyse gjorde at vi valde å bruke mest semantiske kodar, altså kodar som er datanære (Braun & Clarke, 2022, s. 58–59). Dette førte til at vi etter kvart hadde ei enorm mengde kodar, og mange av dei var vanskelege å bruke om att på dei komande intervjua. Det at vi hadde sortert kodane etter foreløpige tema, gjorde at vi likevel klarte å få oversikt over kva

intervjua handla om. Etter gjennomført koding av fire intervju laga vi ei liste over dei foreløpige temaa som vi hadde, samt slo saman fleire tema som omhandla det same. Dette gjorde det lettare å sortere dei ulike kodane i dei komande intervjua.

DELTAKAR	UTDRAG FRÅ DATAMATERIALET	KODAR	SUBTEMA
OSCAR	Ja, det å bli høyrte, det føler eg... Så føler eg jo at eg har blitt inkludert i den dialogen som har vore rundt mine barn. Det synest eg har vore kjempegreit.	- Føler seg høyrte på helsestasjonen - Inkludert i dialogen om barna - Opplevast «kjempegreit» å bli inkludert i dialogen	Følelse av involvering
BJØRNAR	Eg kjenner jo fint at eg kunne vore der åleine med ungen, eigentleg. Eg kjenner meg veldig velkomen der.	- Komfortabel med å vere åleine på helsestasjonen - Føler seg velkomen på helsestasjonen	Følelse av involvering

Tabell 2. Oversikt over to døme på kva kodar vi har valt til ulike utdrag frå datamaterialet. Kategorien «subtema» vart laga som hjelp til å sortere kodane og få oversikt over kva kodar som kunne passe saman.

Etter kodinga av dei fyrste åtte intervjua, laga vi ein felles tabell der vi samla kodar og foreløpige tema. Denne delen av prosessen var tidkrevjande då vi diskuterte kva for kodar som passa saman, slo saman og endra mange kodar. Mange av kodane vart også omorganiserte, fleire tema endra namn og kodar som likna på kvarandre vart samla i bolkar for å gjere tabellen meir oversiktleg. For å ha oversikt over kor mange av deltakarane som meinte det same, skreiv vi tal i parentes bak fleire av kodane (tabell 3). Eksempelvis; «Lite fokus på far si oppleving av å bli pappa (4)» og «Veldig fint med heimebesøk (6)».

Sidan vi begge har nytte av visuelle arbeidsmetodar, skreiv vi ut tabellen, klipte ut kodane og samla dei på golvet under kvart sitt foreløpige tema. Ved å reflektere rundt kvar enkelt kode sin relevans for oppgåva, vart mange kodar eliminerte eller flytta til andre tema. På denne måten vart nokre av temaa automatisk eliminerte då deira tilhøyrande koder vart omplasserte. I tillegg laga vi fleire tankekart som hjelpte oss med å få oversikt over data. I denne delen av prosessen var det tre tema som vart openberra for oss. Desse fekk dei foreløpige namna: «Fedre kan forsvinne i kulissane», «Far som ein post i programmet» og «Kontakt med helsestasjonen». Ved hjelp av tankekart, fordelte vi kodane på dei ulike temaa, systematiserte dei i grupper og såg dermed at det vart om lag like mange kodar innanfor kvart tema. Denne delen av prosessen skapte mykje diskusjon og engasjement og førte til at

vi spissa problemstillinga i større grad. Den endra seg då i frå; «Korleis erfarar fedre møtet med helsestasjonstenesta» til «Korleis er fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen?».

KODAR	SUBTEMA	TEMA
Ingen har spurt om korleis han har opplevd det å bli far (3)	Følelse av ekskludering	Fedre kan forsvinne i kulissane
Samfunnet sender signal om at far er like viktig, men det viser seg ikkje i handling (5)		
Far burde bli høyrte og sett		
Far set mor først (2)	Mor i hovudfokus	
Vanskeleg for far å delta når mor gjerne vil		

Tabell 3. Eksempel på korleis vi arbeida frå dei første kodane, via subtema, for deretter å lande på tre hovudtema. Tala i parentes bak kodane viser kor mange intervju som har fått denne koden.

Etter at vi hadde gjort dette, skreiv vi mesteparten av resultatdelen i oppgåva. Her fordelte vi dei tre valde temaa med tilhøyrande kodar mellom oss. Vi leste fortløpande kvarandre sine tekster for å kontrollere at vi haldt oss til eigne tema. I oppbygginga av teksten forsøkte vi å skape ein kronologisk, naturleg flyt der vi skulle ha ei innleiande setning i kvart avsnitt før ei meir detaljert, datanær skildring med eventuelle passande sitat. I denne delen av prosessen flytta vi nokre av kodane til andre tema, namngav undertema samt endra namn på temaa. Dei nye namna var no; «Møtet med helsestasjonstenesta», «Fedre kan forsvinne i kulissane» og «Fedre ønsker å ha ein post i programmet». Etter dette gjennomførte vi dei to siste intervjua våre og stilte då nokre nye oppfølgingsspørsmål. Dette grunna at vi gjennom analyseprosessen hadde sett det kunne vore nyttig å spørje meir rundt tema som hadde kome fram i tidlegare intervju. Vi gjennomførte kodinga på same måte på desse intervjua og skreiv deretter ferdig resultatdelen i oppgåva. I skriveprosessen har vi regelmessig lest gjennom kvarandre sine delar, diskutert innhald, omformulert setningar og endra rekkefølge på avsnitt og subtema.

3.5 Forskingsetiske omsyn

I eit forskingsprosjekt bør ein tenke over etiske problemstillingar frå ein byrjar planlegginga og heilt til den endelege rapporten er ferdig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). Alle studentprosjekt på NTNU som inneber behandling av personopplysningar ligg under Personopplysningsloven (2018) og skal meldast til Sikt personverntenester for godkjenning (NTNU, u.å.-a). Prosjektet vart godkjent 29.

september 2023 og har referansenummer 774700 (vedlegg 1). Før oppstart av prosjektet vurderte vi dei potensielle fordelane for deltakarane i studien opp mot potensielle ulemper, som tidsbruk og emosjonell belastning (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). Vi reflekterte i tillegg over viktigheita av kunnskapen vi hadde mål om å innhente, og var einige om at dei potensielle fordelane, som eksempelvis auka kunnskap om fedrene sine behov, vog tyngre enn potensielle ulemper.

Nettskjema (UiO, 2023), der fedrene meldte seg på studien, bruker tofaktorautentisering til innlogging og er difor rekna som sikker lagringsplass for kontaktopplysingar. I kvalitative metodar er det strenge krav til informert samtykke, og deltakarane skal kjenne prosjektet godt nok på førehand til å ta stilling til om dei ønsker å bidra eller ikkje (Malterud, 2017, s. 214). Fedrene måtte huke av på spørsmål om dei hadde lest personvernerklæringa samt utfyllande informasjon om studien ved påmelding i Nettskjema. Forskaren er pliktig å beskytte deltakarane sin rett til sjølvbestemming, og vi gjekk difor gjennom samtykkeerklæringa munnleg før fedrene skreiv under i forkant av intervjuet (World Medical Association, 2022). Her fokuserte vi på at deltaking er frivillig, at dei kan trekke seg når som helst og at vi har teieplikt. Samtykkeerklæringane vart innelåst heime hos ein av oss.

Det var viktig at deltakarane skulle kjenne seg trygge på at deira bidrag vart anonymisert for at dei skulle kunne uttrykke seg ærleg om si oppleving (Malterud, 2017, s. 214). Vi såg ikkje på fedrene som ei spesielt sårbar gruppe, men temaet som blir diskutert kunne likevel opplevast nært og sensitivt. Ifølge Tracy (2010) kan det dukke opp etiske dilemma gjennom heile forskingsprosessen, såkalla situasjonell etikk, der det ikkje er openbart kva som er det riktige svaret. I tillegg må ein ta omsyn til den relasjonelle etikken, forholdet mellom oss og deltakarane (Tracy, 2010). I ein intervjusituasjon vil det alltid vere eit asymmetrisk maktforhold der den som intervjuar har størst makt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 52). Det var viktig for oss at deltakarane skulle kjenne seg frie og ikkje oppleve seg bunde til å svare på bestemte måtar. Vi merka at nokre av fedrene såg ut til å ha behov for å seie noko positivt om tenesta rett etter at dei hadde vore kritiske, men opplevde elles ikkje utfordringar knytt til dette.

Ein far delte tankar han sjølv syntest var vanskelege å snakke om og vart dermed sett i ein sårbar situasjon, sjølv om dette ikkje var meininga frå vår side. Kvale og Brinkmann (2015, s. 107) seier at intervjuaren må vere klar over at dersom intervjusituasjonen kjennest trygg, kan den også vere forførande og få deltakaren til å dele opplysingar dei seinare kan angre på. I dette tilfellet let vi deltakaren snakke ferdig om det han syntest var vanskeleg. Som intervjuar kjentest det viktig å vise empati og forståing med kroppsspråket, men samtidig unngå å gå inn i rolla som helsesjukepleiar eller terapeut. I etterkant av intervjuet, når lydopptakaren var skrudd av, tok den av oss som intervjuar opp

igjen det som vart sagt og snakka litt rundt temaet saman med deltakaren. Det vart også stilt spørsmål om korleis han syntest det var å bli intervjuet. I ettertid tenker vi at det kunne vore fint å informere deltakaren om at nokon kan angre på ting dei har sagt, og kome med ei påminning om retten ein har til å trekke seg frå studien.

I transkripsjonane vart personopplysingar og namn på familiemedlemmar endra til «**» eller «barnet». Vi har også anonymisert språklege formuleringar ytterlegare ved å presentere sitata på nynorsk i resultatdelen (Malterud, 2017, s. 215). To av fedrene fortalde om forhold av sensitiv art som ikkje var relevant for problemstilling, desse vart difor utelatne frå transkriberinga. Dette vart fedrene informerte om på slutten av intervjuet. Transkriberinga vart merka med ein koplingsnøkkel og lagra separat frå kontaktopplysingane til deltakarane. Kontaktopplysingane til dei deltakarane som ønska å få tilsendt resultatata blir tatt vare på til oppgåva er ferdigstilt.

Alaani (2020) viser til at ein må søke om godkjenning dersom ein skal bruke figurar som er underlagt rettane til forlaget Wiley. Vi har søkt om godkjenning for bruk av illustrasjonen «The mattering wheel». Søknaden vart godkjent utan forbehold (vedlegg 5).

4.0 Resultat

Formålet med oppgåva var å utforske fedrene si oppleving av inkludering på helsestasjonen. I dette kapittelet vil vi presentere funna vi har kome fram til ved hjelp av tematisk analyse. Som beskrive i metodekapittelet har fedrene fått fiktive namn for å bevare anonymiteten. I resultatet får du lese om deira opplevingar i møtet med helsestasjonstenesta. Gjennom analysen av datamaterialet har det blitt identifisert tre hovudtema med tilhøyrande undertema. Desse blir presenterte i tabellen under.

FEDRE SI OPPLEVING AV INKLUDERING PÅ HELSESTASJONEN					
MØTET MED HELSESTASJONSTENESTA		FEDRE KAN FORSVINNE I KULISSENE		FEDRE ØNSKER Å HA EIN POST I PROGRAMMET	
Behov for tilrettelagd informasjon	Ønske om likestilling	Mor er viktigare enn far	Helsestasjonen som ein kvinnearena	Samtalen mellom helsesjukepleiar og far	Ønske om ein arena for fedre

Tabell 4. Oversikt over overordna tema, samt hovudtema med tilhøyrande undertema.

4.1 Møtet med helsestasjonstenesta

Dette temaet har eit meir overordna fokus og handlar om møtet mellom fedrene og helsestasjonstenesta. Dei fleste fedrene syntest det var fint å vere på helsestasjonen og mange opplevde å bli inkluderte. Samtidig kom det fram at fleire har hatt opplevingar som ikkje har gitt kjensle av inkludering og ønsker større grad av likestilling. Temaet består av to undertema; «Behov for tilrettelagd informasjon» og «Ønske om likestilling».

4.1.1 Behov for tilrettelagd informasjon

Dei fleste fedrene fortalde at dei trivst godt på helsestasjonen og at å delta på konsultasjonar kjentest som ein naturleg del av farsrolla. Det vart trekt fram opplevingar av at det var avslappande rammer rundt konsultasjonane og at helsestasjonen var ein plass ein kjenner seg heime.

«[...] Eg har følt meg veldig.. heime, for å kalle det det, på dei vanlege timane då, med helsesjukepleiar og lege. Så det har eg sett fram til kvar gang.» Bjørnar

Heimebesøk vart utmerka som spesielt positivt blant fedrene grunna at helsesjukepleiar då kom heim til deira eigne omgivningar. Dette gjorde det lettare å bygge relasjon til helsesjukepleiar og gav trygghet i det som kunne opplevast som ein ny og skummel kvardag. Fleirtalet av fedrene opplevde også at det var låg terskel for å ta kontakt og éin far trakk fram dette som noko av det beste med helsestasjonen.

«[...] det beste med situasjonen synest eg nettopp er det der med at det er låg terskel for å ta kontakt. Føler ein seg ikkje så åleine. Det er gull verdt altså. Det synest eg er det aller beste.»

Stig

Den låge terskelen for å ta kontakt vart verdsett hos fedrene, men samtidig var det fleire som kunne ønske seg meir informasjon om kva ein kan ta kontakt om. Det kjentest spesielt godt å få direktenummer til helsesjukepleiar då dette gav ekstra trygghet. Opplevinga deira var at dei fekk hjelp ved behov.

Dei fleste fedrene ønska meir informasjon og konkret rådgjeving. Det kom fram at det var fleire årsaker til at god informasjon på helsestasjonen skapte kjensle av inkludering blant fedrene. Kunnskapen helsesjukepleiar delte var nyttig og gav fedrene større forståing. Fokus på normalisering skapte trygghet og forhindra stress for fedrene. Det kunne også kome fram opplysingar om ting dei ikkje hadde tenkt over.

«Uansett så er det viktig å vere med. Det er godt å vere med. Rett og slett. Du får meir opplysingar om ting som kanskje er gløymt. Kanskje du ikkje har tenkt over og slike ting. [...] Ok, det her er normalt. Eg treng ikkje å stresse meg opp på grunn av noko anna.» Håvard

Fleire meinte at å få formidla informasjon var ei viktig årsak til at fedre burde delta på helsestasjonen. Det kunne også gjere det lettare å støtte partnaren sin og dermed gi vinning for parforholdet. Andre meinte at mengda informasjon som vart formidla kjentest overveldande og at råd frå helsesjukepleiar kunne opplevast som vage.

«... Eg har kjent litt på at ein får så vage råd at alt blir... Resultatet av å ha snakka med dei om det blir nesten aldri at det blir lettare å faktisk drive med søvntrening. Det blir vanskelegare fordi eg blir usikker på alt eg gjer. [...] Og ein sit med kjensla at alt ein gjer blir feil, og kva skulle vi ha gjort på ein måte?» Stig

Stig opplevde frustrasjon over at det vart gitt mange råd utan at det vart forklart korleis utøvinga skal skje i praksis. Dette skapte usikkerheit og førte til at han sat att med kjensla av at alt han gjorde uansett vart feil.

Det kom fram at nokon syntest det var vanskeleg å oppfatte kva som var formålet til helsestasjonstenesta. Fleire tenkte helsestasjonen berre handla om barnet og hadde ikkje tenkt over at dei kan opne seg for helsesjukepleiar. Det kunne kjennest overveldande å delta på konsultasjonar då dei følte at helsesjukepleiar hadde mange punkt ho måtte gjennom for å undersøke barnet. Dei kjente då på eit ansvar for å få barnet gjennom konsultasjonen på ein god måte og dette gjorde det vanskeleg å tenke på eigne kjensler. Nokre fedre uttrykte at det var enklare å la ansvaret ligge hos mor sidan ho gjerne ønska å vere med på helsestasjonen, og at fedre treng eit spark bak for å vere meir deltakande.

«Eg trur ein treng eit lite spark bak. Elles så er det lett å gjere andre ting.» Anders

Fedrene uttrykte at dersom helsesjukepleiaren var meir oppsøkande, kunne det ha positive ringverknadar ved at dei då ville føle seg inkluderte i større grad. Det vart foreslått at helsesjukepleiaren kunne ha auka fokus på far i den tida han byrjar i permisjon. Samtidig hadde fedrene ulike behov i ulike livsfasar. Det vart uttrykt at nokre fedre ønska tett oppfølging og mykje informasjon i starten og at ein hadde størst behov som førstegangsfar. Nokon fortalde om at ein då er på det mest sårbare og dermed treng å bli roa. Nokre av fedrene meinte det var størst behov som fleirgangsfar då ein har ein travlare kvardag som kan føre med seg større behov for å prate. Andre fedre fortalde at det kjentest ut som ein har eit verktøyskrin med barn nummer to. Dette gjorde ein tryggare i farsrolla og kunne gi mindre behov for å prate med helsesjukepleiar.

4.1.2 Ønske om likestilling

Fleire opplevde det som at foreldrerollene heilt frå starten av hadde ei funksjonell inndeling der far vart rekna som «nummer to». Nokon hadde oppleving av at helsestasjonen føretrekte at mor var den som kom saman med barnet, og éin far hadde fått beskjed om at det ikkje var nødvendig at han møtte opp på konsultasjonar. Dette bidrog til at dei kjente seg mindre viktige for helsestasjonen.

«Når ein møter opp føler ein seg ikkje nødvendigvis.. Du føler deg berre som forelderen som møter opp som ikkje er mor. Du føler deg kanskje ikkje like sett som den pappaen som du er no.» Rune

Slike opplevingar vart opplevd ekskluderande og svekka tilliten til helsestasjonen. Fleire snakka om at samfunnet sender signal om at far og mor er like viktige, men at det ikkje kjem til uttrykk gjennom handling. Nokon meinte at det er ubeviste normer i form av klassiske kjønnsmonstre på helsestasjonen. Det vart nemnd at helsestasjonstenesta enno har eit tradisjonelt syn på foreldrerolla; at mor er primær omsorgsgivar og at far kjem meir inn etter kvart som sekundær omsorgsgivar for barnet. Ein far fortalde om at han opplevde dette både på helsestasjonen og i samfunnet elles, men uttrykte at det ikkje burde ha vore slik på helsestasjonen blant profesjonelle fagfolk. Det at far blei referert til som ein sekundær omsorgsgivar blei beskrive som gammaldags og ikkje-verdig i 2023. Det vart trekt fram at dersom ein skal forvente at begge foreldra skal bidra, må ein også legge til rette for det på helsestasjonen, og foreldra må likestillast som omsorgsgivarar frå starten av.

«Der trur eg helsestasjonen må vere tydeleg frå starten av, at det skal vere ein likskap da. Og sjølv om det ikkje er det, så må dei behandle det som om det er det.» Håkon

Håkon reflekterte vidare over at ein er to som skal oppdra barnet, og at det difor burde vere naturleg at foreldra stilte likt når det kjem til oppfølginga på helsestasjonen. Det vart uttrykt at dette krev auka bevisstheit frå helsestasjonstenesta si side, heilt frå leiinga og ned til kvar enkelt helsesjukepleiar. Det vart også reflektert rundt at alle familiar er ulike, og at helsestasjonen burde kartlegge kvar enkel familiesituasjon. Det kom fram at ein på den måten kunne arbeide for å få far meir inkludert frå starten av dersom han sjølv ikkje involverte seg. Fleire fedre nemnde at det å involvere seg i oppfølginga til barnet førte til auka interesse og kunne vere sunt for tilknytninga til barnet og for parforholdet.

4.2 Fedre kan forsvinne i kulissane

*Intervjuar: «Du sa noko om at du føler kanskje ein kunne vore tydelegare når ein spør fedre?»
«Det er jo tydelegare å vende seg også til far, da. Som kanskje.. så klart avhengig av mor, så kan jo far liksom berre forsvinne inn i kulissane» Anders*

Dette temaet handlar om at det kan vere utfordrande for fedre å finne sin plass på helsestasjonen og beskriv nokre av opplevingane dei har som kunne gi dei ei kjensle av å forsvinne i kulissane. Sjølv om mange av fedrene uttrykte dette, kom det også fram at fleire av dei hadde opplevd å bli behandla på lik måte som mor og at dei fleste syntest det var naturleg at mor fekk større fokus enn far. Temaet består av to undertema; «Mor er viktigare enn far» og «Helsestasjonen som ein kvinnearena».

4.2.1 Mor er viktigare enn far

Fleirtalet av fedrene opplevde at mor fekk større plass enn far på helsestasjonen, men uttrykte samtidig at dette kjentest naturleg. Her vart det trekt fram at nokre tema naturleg omhandlar mor meir enn far, eksempelvis amming og kropp etter fødsel. Mange opplevde samtidig at det var betre kommunikasjon mellom mor og helsesjukepleiar og at helsesjukepleiar hovudsakleg vende seg til mor. Dette kom spesielt godt til syne på heimebesøket der nokre av fedrene følte seg som tilskodarar. Her var det fleire som ikkje hadde fått nokon direkte spørsmål om korleis dei hadde det.

«Eg kjente meg kanskje meir som ein tilskodar då, enn at eg var så veldig deltakande i den biten. Det var mest spørsmål til mor og korleis det gjekk med overgangen.» Bjørnar

Fedrene forklarte at dette også kunne kome av at dei ikkje visste kva dei skulle spørje om eller kommentere. Til trass for at fleire av fedrene reagerte på at helsesjukepleiar hovudsakleg vende seg til mor, følte mange seg inkluderte i dialogen på helsestasjonen. Det viste seg samtidig at fedrene kunne oppleve ulik grad av inkludering avhengig av om dei var på helsestasjonen åleine med barnet eller saman med både mor og barn. Det kjentest komfortabelt å gå på helsestasjonen åleine med barnet og prate ærleg med helsesjukepleiar, men fleire opplevde seg ikkje sidestilte når dei var på konsultasjonar i lag med mor.

«Det er jo gjerne mor helsesjukepleiaren vender seg til først ved spørsmål rundt korleis barnet har det og sånn... Så det er kanskje difor eg føler at vi ikkje er heilt sidestilte da.» Bjørnar

Dette viste seg også gjennom at nokon opplevde det som at dei var der, men ikkje vart snakka til. Dette kunne henge saman med at mødre ofte tok meir initiativ. Andre kjente seg inkluderte i lik grad uavhengig av om dei kom åleine eller med mor. Det var også fedre som opplevde det utfordrande å gå på konsultasjonar åleine med barnet. Til trass for at mor ikkje var til stades, opplevde dei at helsesjukepleiaren hadde hovudfokus på mor og barn framfor far og barn. Dersom den avgrensa tida på konsultasjonen gjekk med til å berre prate om barnet og mor samt å ta opp spørsmål på vegne av mor, kunne dette hindra far frå å snakke på vegne av seg sjølv. Nokre opplevde det i tillegg som eit stressmoment å skulle snakke på vegne av mor og dette kunne overskygge deira eigne behov. Her vart det foreslått ein eigen time berre for far og barn eller ein time berre for far. Dette kunne endra innstillinga ein går inn i konsultasjonen med og skape ei meir avslappande ramme for far til lettare å kunne reflektere over eigne kjensler og behov.

Lite fokus på fedrene si oppleving av å bli pappa er ein anna faktor som prega fedrene si oppleving av inkludering;

«Eg synest det er veldig lite fokus på fars oppleving av det å bli pappa. Det er veldig mykje... altså barnet sjølv sagt, det er difor ein er her. Men det er også ein del om mor, men det er ingenting om far.» Oskar

Det vart uttrykt at fedrene opplevde det som at dei kom lengst bak i rekka og at dette kunne føre til at dei forsvann i kulissane. Dette var ei følge av at dei sjølve sette mor sine behov framfor sine egne samt opplevinga av at helsestasjonen hadde større fokus på mor enn på far. Dette kunne gjere det vanskelegare for fedrene å kome med sitt og nokre fortalde at dei var redde for å ta plass.

«Mi rolle som mann var på ein måte sånn, uansett kor tøft det er for meg så er det sikkert tøffare for kona, for ho har gått gjennom ein fødsel. Så eg har ikkje rett til å ta over samtalen til å handle om meg, var litt kjensla.» Stig

Det kom også fram opplevingar der fedre hadde oppfatta det som at helsesjukepleiaren berre hadde antatt at småbarnslivet var tøffast for mor. Ho kom med kommentarar som vart oppfatta som provoserande sidan far også syntest det var tøft. Desse situasjonane nemnde fedrene som døme på tilfelle der dei ikkje hadde opplevd seg sett av helsesjukepleiar.

Fedrene delte kjensler som omhandla at det kunne vere spesielt tøft i starten grunna at ein då prøver å finne sin plass. Ein far fortalde at det var vanskeleg å vere seg sjølv på helsestasjonen og ville ikkje at andre skulle oppfatte at han hadde det tøft. Det var difor lett for å tenke at ein måtte kome seg gjennom det sjølv. Nokre fedre uttrykte at dei kjente seg hovudsakleg som støttespelarar for mor i starten og opplevde det som at helsestasjonen og samfunnet elles forventa at dei skulle vere eksterne, stabile figurar. Dei uttrykte mellom anna at det var utfordrande at konsultasjonar vart flytta på og når jobb var til hinder for at dei fekk delta. Dette kunne vere vanskeleg sidan fedrene ønska å bli meir inkluderte for å bidra i større grad.

4.2.2 Helsestasjonen som ein kvinnearena

Ein anna faktor som var med på å svekke fedrene si oppleving av inkludering var at dei opplevde helsestasjonen som ein kvinnearena. Her vart det delt tankar om at det kjentest annleis å snakke

med ein mann og at det truleg hadde vore lettare å dele tankane sine dersom dei også møtte mannlege helsesjukepleiarar. Det kunne tenkast at ein annan far lettare kunne relatere til fedrene sin situasjon.

«Kven er der til å ta perspektivet til far, når alle som jobbar på helsestasjonen er damer?»

Håkon

Det at dei ikkje møtte mannlege helsesjukepleiarar på helsestasjonen kunne gi oppleving av å ikkje høyre heime. Kjensla av å ikkje høyre heime kunne vere større på store helsestasjonar enn på små, då det vart opplevd som ein kvinnearena i endå større grad.

Fleirtalet av fedrene fortalde at dei trudde dei fleste tilboda på helsestasjonen berre var for mødre og var ikkje informerte om kva tilbod som var meint for begge foreldre. Dette gjaldt hovudsakleg gruppetimar og barselgrupper. Fleire fedre fortalde at dei hadde følt seg ukomfortable når dei deltok på gruppetimar, spesielt dersom det elles berre var mødre til stades. Dette kom mellom anna av at dei var redde for at deira deltaking gjorde mødrene ukomfortable. Dei fleste fedrene delte dette inntrykket av barselgruppe og det kjentest difor unaturleg å skulle gå inn i «mor si barselgruppe». Det kom fram at fleire meinte dette kunne henge saman med ordet «barsel», då ein gjerne tenkte at barseltida hørte til mor og barn.

«Ja, det er jo eit ord i forbindelse med barseltida, det er jo liksom.. det er jo noko ein gjer saman for såå vidt... i to veker (latter). Og så føler ein at den tida høyrer til mor og barnet då, eigentleg.» Robert

Det vart foreslått at ei namneendring kunne gjort at fedrene hadde opplevd det meir som ein arena for både mor og far. Det vart også nemnt at det berre var mor sin kontaktinformasjon som vart delt i forbindelse med danninga av barselgruppe. Fleire meinte at det burde tydeleggjerast at tilbodet er for begge.

Det at helsestasjonen hovudsakleg tok kontakt med mor, var noko fedrene trakk fram som eit hinder for deira deltaking på helsestasjonen. Det vart uttrykt frustrasjon over at fedre på den måten blir hindra i å få den same informasjonen som mor får, med tanke på til dømes innkallingar, telefonsamtalar og spørsmål frå helsestasjonen.

«[...] eg vil at dei skal ta kontakt med meg i same grad. Men då må du faktisk oppsøke det sjølv da. Du må tvinge det gjennom da, for at du skal bli likestilt der.» Håkon

Det vart sagt at det burde vore opplagt at helsestasjonen kommuniserer på lik linje med mor og far. Det vart også trekt fram at mor ikkje nødvendigvis delte all informasjon med far. Fedrene reflekterte rundt at dette truleg ikkje var bevisst, men heller ei følge av at ting lett blir avgløymt i ein travel kvardag eller at mor tenkte det ikkje var viktig å vidareformidle til far. Dette kunne gjere at fedrene kjente seg mindre inkluderte.

4.3 Fedre ønsker å ha ein post i programmet

Dette temaet handlar om at fedrene opplevde at mor har ein eigen post i programmet og ønska det same sjølve. Fedrene fortalde både om situasjonar der dei følte seg inkluderte, der dei ikkje følte seg inkluderte, samt kva det var som gav denne kjensla. Dei ønska å få kjensla av at helsestasjonen også er ein arena for far. Temaet består av to undertema; «Samtalen mellom helsesjukepleiar og far» og «Ønske om ein arena for fedre».

4.3.1 Samtalen mellom helsesjukepleiar og far

Fleire av fedrene beskrev at det å bli far var ei stor omvelting og at den første tida var overveldande. Denne overgangen kunne innebere sterke kjensler og alvorlege bekymringar. Fedrene hadde stort sett god dialog med helsesjukepleiar og følte seg komfortable med å snakke fritt. Samtidig kom det også fram erfaringar som hadde gjort at dei ikkje følte seg inkluderte på helsestasjonen og opplevingar der det hadde kjentest vanskeleg å dele følelsane sine med helsesjukepleiar. Det var tilfelle der helsesjukepleiar hadde gitt inntrykk av at det ikkje var greitt å vere spørjande og utrygg i rollen som far, og dette skapte usikkerheit. Fleire av fedrene hadde aldri prata om seg sjølve eller om psykisk helse på helsestasjonen. Likevel hadde nokre undra seg over at det ikkje finst eit system eller ein stad å prate om korleis ein handterer det nye livet som far. Oskar beskrev at ein treng ein invitasjon for at det skal vere rom for å fortelje om korleis ein har det.

«Eg kjenner på ein måte.. at eg er godt ivaretatt, men litt avkorta, litt stumt, fordi det er ingen som har stilt spørsmål om korleis eg har opplevd det å bli pappa. Det har eg måtte handtert sjølv. [...] Eg kan fortelje, men eg er jo personleg skrudd saman slik at dersom ingen spør, så skal eg heller ikkje bry nokon med det.» Oskar

Dette er noko som fleire av fedrene kjente seg att i. Dei erfarte å ha dårlegare føresetnadar for å førebu seg på å bli far då det er mor som går med barnet i magen og har oppfølging gjennom svangerskapet. Overgangen til farsrolla kunne vere tøff og mange kjente ikkje den same tilknyttinga til barnet i starten.

«Far har eigentleg veldig lite føresetnadar for å førebu seg, anna enn det eigne tankesettet som ein lagar seg. Så det at det ikkje blir stilt nokon spørsmål om korleis ein opplever det å bli far, det finner eg veldig merkeleg. Eg trur føresetnadane for å finne rolla si som far, den kan faktisk vere vanskelegare enn for mor. For eg trur det kjem meir naturleg for mor som går med barnet i magen.» Oskar

Det kunne vere vanskeleg å ta opp eventuelle negative kjensler knytt til barnet eller det å vere pappa, og for nokre kunne det vere eit tabubelagt tema. Det var delte meiningar om korleis fedrene føretrekte at helsesjukepleiaren vendte seg til dei. Nokon uttrykte ønske om at helsesjukepleiar kunne stille fleire opne spørsmål.

«Eg har trua på å stille opne spørsmål og ikkje anta, men kanskje ha ein open samtale om korleis ein løyser utfordringa med barnet. [...]. Eg ser i større grad eit behov for å snakke om dei tinga.» Stig

Det kom fram at dette kunne skapt meir opne samtalar om utfordringar knytt til barnet. Det at helsesjukepleiar stilte opne spørsmål som eksempelvis om det var noko far lurte på, kunne samtidig opplevast vanskeleg for nokon. Dei følte då at dei burde ha spørsmål å kome med. Diffuse spørsmål om korleis det går kunne i tillegg lett føre til at ein berre fortalde om daglegdagse gjeremål i permisjonstida. Her uttrykte nokon ønske om meir direkte spørsmål.

«Eg ville satt pris på å bli spurt. [...] Eg trur det ville ha vekka ein liten varme da... Dersom nokon spør «Korleis går det med deg» og meir enn berre «Korleis går det i pappapermisjon?»» Rune

Det Rune beskrev her, handlar om at helsesjukepleiaren må stille spørsmålet på ein måte som gjer at far må reflektere over korleis han har det. Dei fedrene som hadde fått direkte spørsmål om korleis dei hadde det, opplevde det utelukkande positivt. Det vart beskrive kjensle av å bli inkluderte og at dei kjente seg anerkjente som barnets omsorgsgivar. Éin far fortalde at han hadde det tøft lenge og beskrev korleis det kjentest når helsesjukepleiar spurte han direkte;

«Det kjentest veldig godt sjølv sagt [...]. Eg ville jo ikkje at det skulle bli samtaleemne resten av tida, men at ein kunne snakke to minutt om det, få tips om heilt enkle ting [...], og føle seg litt sett da. Det kjentest jo godt.» Stig

Det å få utløp for vanskelege tankar med helsesjukepleiar kjentest godt og trygt. Mange av fedrene uttrykte at det ofte var tøffast i den første tida etter fødsel, og at dei gjerne skulle fått utløp for tankar og kjensler då. Dei beskreib ei kjensle av å vere ubrukelege for barnet den første tida og at denne kjensla kunne sitte ganske djupt. Fedrene reflekterte rundt at far kan vere ei betre støtte for familien dersom desse følelsane også blir tatt på alvor. Andre fedre uttrykte at dei hadde satt pris på å få dele sine kjensler og erfaringar når dei kjem på sin første konsultasjon på helsestasjonen i eigen permisjon. Fleire av fedrene oppfatta det som at mor har ein eigen post i programmet og hadde eit ønske om det same.

«Ein har jo ein post i programmet der ein pratar med mor. Kva med meg som sit her? Far burde blitt høyrd og sett, og vore ein del av den... kva skal vi seie, grunnpakken som helsestasjonen er.» Oskar

Sitatet viser til det som gjekk igjen hos fleirtalet av fedrene, nemleg å få dei same føresetnadane som mor for å bli høyrde og at helsesjukepleiaren burde ha lagt meir opp til samtale med fedrene. Dei fedrene som ikkje hadde sakna å få snakke om eiga psykiske helse, uttrykte likevel at det ville vore positivt å bli spurt om dette av helsesjukepleiaren. Dette meinte dei ville føre til ei auka kjensle av inkludering på helsestasjonen.

At mødre blir screena for fødselsdepresjon var eit tema som engasjerte mange, men her var det delte meiningar blant fedrene. Nokre av fedrene visste ikkje at det fantes ei screening for fødselsdepresjon og var usikre på om mor hadde fått eit slikt skjema. Fleire hadde tenkt det var naturleg at det berre var mor som fekk det. Det var likevel brei einigheit om at det ikkje hadde skada å stille dei same spørsmåla til fedrene, og at dette kunne gjere at fleire hadde følt seg inkluderte og sett av helsesjukepleiaren.

«Eg tenkte eigentleg berre på det som normalt at mor fekk det skjemaet. Stussa ikkje på det eigentleg. Men eg trur ikkje det hadde skada å screene fedrene heller da.» Ivar

«Eg trur kanskje at det ville ha ført til at ein kjente seg meir.. sett og som ein meir likeverdig part oppi den overgangen.» Bjørnar

Dei fedrene som var til stades på seks vekers-konsultasjonen følte seg inkluderte i samtalen og syntest det var bra at temaet fødselsdepresjon vart følgt opp. Éin far opplevde det som dramatisk når mor hadde scora positivt for fødselsdepresjon under screening på helsestasjonen, utan at han hadde vore til stades. Han beskrev at det kjentest overrumplande at mor då hadde satt ord på ting som ho ikkje hadde delt med han. Fleire trakk fram at det ville ha vore ein fordel dersom fedrene vart inkluderte i prosessen med screening og samtale om fødselsdepresjon. Dette kunne bidra til auka forståing og gjere det lettare å støtte kvarandre gjennom vanskelege periodar. Fleire av fedrene hadde kjent på tunge tankar og nokre hadde googla etter informasjon om fødselsdepresjon hos far. Desse fedrene uttrykte at dei opplevde det rart at fedre ikkje vart screena på lik linje med mødrene, og at eit slikt skjema kanskje kunne ha fanga opp korleis dei hadde det. Dei første månadane vart beskrive som den tyngste tida hos dei fleste av fedrene. Nokre av fedrene kunne tenke seg å få eit screening-skjema samtidig som mødrene, medan andre uttrykte at det hadde vore meir naturleg når dei sjølve gjekk ut i permisjon.

«Det er to såpass forskjellige periodar at... skulle ein ha fått eit eller anna skjema i begge periodane, så trur eg svara kunne vore veldig forskjellige.» Robert

Fleire fedre snakka om det Robert seier her. Ikkje nødvendigvis at ein burde gjere ei screening på fedre både etter seks veker og når far går ut i permisjon, men at det burde stillast spørsmål om far si psykiske helse ved fleire anledningar.

4.3.2 Ønske om ein arena for fedre

I tillegg til at fedrene ønska eit rom for å fortelje om eigne opplevingar, kom det også fram at eit meir heilskapleg tilbod kunne gitt fedrene større kjensle av inkludering. Fleire av fedrene beskrev at permisjonstida kunne kjennes einsam og at det kunne bli lange dagar heime. Det at det ikkje fanst ei etablert nettverksbygging til far frå helsestasjonen, vart påpeikt til å vere det området som foreldra er minst likestilte på. Fleire fedre nemnde at dei sakna eit tilbod om barselgruppe for fedre, ei pappagruppe. Å vere ein del av eit miljø der ein kunne snakke med andre fedre i same situasjon vart beskrive som positivt, og fleire uttrykte behov for å dele erfaringar med andre fedre.

«Eg synes det er veldig kjekt å møte andre fedre. Det å møte opp her og få den moglegheita, det trur eg hadde vore veldig fint. Ein går ofte inn i ei einsam tid i pappapermisjon dersom ein ikkje veit kva ein skal gjere.» Rune

Fleire fedre uttrykte at det kunne gitt større kjensle av inkludering dersom helsestasjonen initierte til ei pappagruppe og at det kanskje var enklare å dele erfaringar i ei gruppe med berre fedre. Sjølv om mange av fedrene uttrykte behov for å ha ein arena der man kunne møte andre fedre, var dei usikre på om det skulle kome frå helsestasjonen. Nokre av fedrene uttrykte at sjølv om dei ikkje hadde eit behov for å delta i ei gruppe, hadde dei likevel møtt opp berre for å ha noko å gjere på eller for at barna skulle sosialisera. Fedrene meinte at ei eventuell pappagruppe burde starte når pappapermisjonen byrja, då det elles ville vere vanskeleg for mange å delta grunna jobb. Dei foreslo at gruppene burde leiast av nokon som klarer å dra i gang ein diskusjon og få fedrene til å opne seg og reflektere saman. Nokre av fedrene nemnde at gruppene burde leiast av ein mann grunna at menn kanskje høyrer betre på menn. Ikkje alle fedrene hadde behov for pappagruppe, og fleire hadde aldri tenkt på det som eit alternativ.

«I teorien er eg interessert, men i praksis truleg nei. [...] fordi eg trur i praksis det hadde blitt veldig vanskeleg å prioritere da.» Stig

Dei som ikkje ønska pappagruppe grunnla det med mangel på tid, at det vart for mykje prat om barn eller at det berre vart overflatiske samtalar. Fleire av desse fedrene var allereie i eit miljø eller hadde stort nettverk frå tidlegare.

Det kom også fram at mange ikkje var klar over at kommunen hadde tilbod for fedre i permisjon, som open barnehage og babysymjning. Desse fedrene etterlyste informasjon om kva tilbod som finst for fedre. Det vart framheva at det bør vere ekstra fokus på dette på den første konsultasjonen når far er i permisjon, til dømes på 10 månaders-konsultasjonen. Nokre fedre reflekterte over at helsestasjonen må vere litt oppsøkande for å få tak i fedrene, og gjerne sende ei innkalling der det er tydeleggjort at ein ønsker at fedrene skal stille. Det kunne vere eit hinder for fedre dersom dei må oppsøke tilboda sjølv. Det kom også fram forslag om å henge opp informasjon på venterommet på helsestasjonen om ulike tilbod som finst i kommunen. Det var brei einigheit om at førstegangsfedre ofte har større behov for informasjon om tilbod og eventuelt tilrettelagte fedregrupper.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte funna våre sett i lys av valt teori og tidlegare forskning. Datamaterialet innbyr til mykje diskusjon, men vi har valt å fokusere på dei funna vi tenker best kan bidra til å svare på problemstillinga. Vi har vald ut tre hovudfunn:

- Fedrene opplever å bli kjønna av både helsesjukepleiar, helsestasjonstenesta og samfunnet
- Fedrene synest det er naturleg at mor får større plass enn far, men ønsker samstundes litt plass sjølve også
- Samfunnet sender signal om at begge foreldra er like viktige, men det avspeglar seg ikkje i handling

Vi har forsøkt å zoome ut for å sjå på funna i eit samfunnsperspektiv. I det følgande kapitlet diskuterer vi korleis helsesjukepleiarane og samfunnet si bruk av kjønning kan påverke fedrene si oppleving av inkludering. Vi tek også i bruk teori om mattering for å sjå på korleis fedrene si oppleving av mattering kan påverke deira oppleving av inkludering på helsestasjonen.

5.1 Hovudfunn

Hovudfunna i oppgåva er at fedrene opplever at helsestasjonen først og fremst har fokus på barnet og mor. Dette kjennest naturleg for mange av fedrene, samtidig som dei uttrykker ønske om å bli meir likestilte som omsorgspersonar. Fedrene har inntrykk av at helsestasjonstenesta reknar mor som viktigare enn far, og dette er med på å svekke deira oppleving av mattering. Det kan sjå ut til at helsestasjonstenesta og samfunnet elles er til hinder for fedrene si oppleving av inkludering grunna deira kjønning av fedrene.

5.2 Diskusjon av resultat

5.2.1 Fedrene opplever seg kjønna - heng helsestasjonen igjen i den tradisjonelle forståinga av kjønn?

Funna våre viser at fleire av fedrene opplever at helsestasjonstenesta har eit tradisjonelt syn på foreldrerollene der mor blir rekna som primær omsorgsgivar og far kjem i andre rekke. Det kan tenkast at det er fleire faktorar som er med på å påverke dette inntrykket. Når ein blir foreldre får ein tilbod om heimebesøk frå jordmor og helsesjukepleiar. Jordmor har hovudfokus på mor og hennar helse etter fødsel, medan helsesjukepleiar har hovudfokus på barnet og ofte også amming

(Helsedirektoratet, 2014, 2023d). Retningslinjene for barselomsorga anbefaler også å tilby mor samtale etter fødsel, men nemner ikkje far éin einaste gang i kapittelet om psykososial og psykologisk støtte, ei heller i noko særleg grad elles i retningslinjene (Helsedirektoratet, 2014). Samtidig viser både funna våre og tidlegare forskning at fedrene ønsker ei meir inkludert og aktiv rolle på helsestasjonen (Hrybanova et al., 2019; Høgmo et al., 2021; Solberg & Glavin, 2018a). Korleis kjennest det for fedre når alle dei ulike profesjonane har hovudfokus på nokon andre enn dei, heilt ifrå starten av svangerskapet? Kvar skal fedrene finne sin plass? Ein ser ut i frå dette at helsestasjonstenesta kjønner fedrene ved at fedre sine behov ikkje blir anerkjent på same måte som hos mødrene (Finlayson et al., 2023; West & Zimmerman, 1987).

Fleire av fedrene uttrykte at helsesjukepleiar allereie på heimebesøket hovudsakleg vende seg til mor og gav inntrykk av at mor var viktigare enn far. Dersom fedrene opplever at dei ikkje blir rekna som like viktige som mødrene, og dermed blir kjønna av helsesjukepleiar allereie på heimebesøket, kan det tenkast at dei får mindre lyst til å delta på helsestasjonen vidare. Dette er i tråd med mattering som viser til at det å kjenne seg mindre betydingsfull vil føre til mindre engasjement (Prilleltensky & Prilleltensky, 2021, s. 119). På den andre sida viser funna at dei fleste fedrene vi snakka med opplevde det å vere på helsestasjonen, og spesielt heimebesøket, som positivt og uttrykte at det var lettare å bygge ein relasjon til helsesjukepleiar i eigne omgivningar. Dette svarar til målet med heimebesøket, som mellom anna er å etablere tidleg kontakt med foreldra og legge eit grunnlag for vidare samarbeid (Helsedirektoratet, 2023d). Førsteintrykk har mykje å seie for kva forventingar ein har til ein person eller ei teneste vidare, og dette inntrykket kan vere vanskeleg å endre seinare (Jørgensen, 2013). Blir standarden satt for kva inntrykk fedrene har av tenesta si inkludering av fedre allereie etter det første møtet?

Funna våre viser til opplevingar der fedrene oppfatta det som at helsesjukepleiaren berre antok at småbarnslivet var mest krevjande for mor. Nokre av fedrene fortalde også at dei kjente seg som tilskodarar både på heimebesøket og på helsestasjonen. Fedrene opplevde seg med andre ord kjønna av helsesjukepleiar. Dette er eit perspektiv som ikkje har blitt løfta fram i tidlegare forskning. Ifølge Lorentzen og Mühleisen (2006b, s. 280) kan ein, dersom ein er bevisst, velje om ein kjønner foreldra eller ikkje gjennom kroppsspråk, augekontakt, stemmeleie og val av samtaleemne. Å vere kjønnsbevisst betyr ikkje at ein skal vere kjønnsnøytral og sjå heilt bort ifrå kjønns. Det betyr derimot at helsesjukepleiar gjennom å vere kjønnsbevisst kan kommunisere at ein ønsker å inkludere begge foreldre i lik grad. Funna våre viser tvert imot til fleire opplevingar av at helsesjukepleiar med sitt kroppsspråk og kommunikasjonsmønster er meir opptatt av mor, og dermed kjønner fedrene (Lorentzen & Mühleisen, 2006b, s. 280).

Både funna våre og tidlegare forskning har vist at mange fedre ikkje veit kva formålet til helsestasjonstenesta er, og at dei tenker det hovudsakeleg handlar om oppfølginga av barnet samt mor-barn-relasjonen (Hrybanova et al., 2019; Høgmo et al., 2021). På heimebesøket treffer ein ofte begge foreldra, og det kan dermed vere ei god anledning til å fortelje om tenesta og kommunisere tenesta sitt familieperspektiv. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) seier at foreldre har rett på nødvendig informasjon for å få innsikt i tenestetilbodet når barnet er under 16 år. Til trass for dette er det berre på heimebesøket temaet «informasjon om tenesta» er oppført som forslag for tema i helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2023d). Fedrene vi intervjuar trudde ikkje at helsestasjonen var ein arena for dei, noko som kan tyde på at deira si rolle og familieperspektivet ikkje blir tematisert tydeleg nok på heimebesøket. Fedrene fortalde også at dei var mindre mottakelege for informasjon på heimebesøket då det var så mykje nytt. Kanskje er det behov for at formålet med helsestasjonstenesta blir tematisert fleire gangar? Dersom fedrene ikkje kjenner seg verdifulle for tenesta, kan dette føre til mindre engasjement i oppfølginga av barnet (Prilleltensky, 2020). Dette kan utvikle seg til ein ond sirkel der det å oppleve at ein ikkje er betydingsfull på helsestasjonen fører til færre moglegheiter for fedrene til å kunne oppleve mattering på denne arenaen (Prilleltensky, 2020). Dette er problematisk då mindre engasjement frå fedrene på helsestasjonen vil vere til hinder for familieperspektivet helsestasjonstenesta ønsker å ha.

Samtidig som at funna våre viser at mange fedre opplever seg kjønna av helsesjukepleiar, var det nokre fedre som kjente seg komfortable med at mor tok seg av dei fleste besøka på helsestasjonen og hadde kontroll på oppfølginga der. Sjølv om vi på den eine sida kan tenke at kjønnsrollene i familien har utvikla seg og at foreldra skal vere sidestilt i oppfølginga av barnet, vil dette truleg gjelde i ulik grad i ulike familiar. Normer for kjønn er noko vi ubevisst har med oss, og tradisjonelle forventingar til kvinner og menn påverkar framleis kva vi tenker og korleis vi handlar (NOU 2019: 19, s. 52). Ein kan dermed stille spørsmål ved om det er ei endring på gang i korleis fedrene ønsker å bli kjønna samt korleis dei kjønner seg sjølve. Det kan tenkast at fedrene tidlegare opplevde mattering ved å forsørge familien og framstå maskuline og beskyttande (Prilleltensky, 2020; Solbrække & Aarseth, 2006, s. 66). Er det slik at fedrene opplever mattering på ein anna måte i dag enn dei tradisjonelt har gjort?

Funna våre viser at fedrene har ulike meiningar og dermed også ulike behov når det gjeld oppfølginga på helsestasjonen. Nokre hadde kjend seg direkte ekskluderte og tilsidesette, medan andre tvert imot hadde kjend seg inkluderte og velkomne på helsestasjonen. Det var også eit språk i når fedrene ønska tettare oppfølging frå helsestasjonen. Nokre hadde størst behov rett etter fødsel, medan andre kunne tenke seg meir oppfølging når dei sjølve gjekk ut i pappapermisjon. Dette belyser nokre av

utfordringane rundt inkludering av fedre. Ein vil aldri kunne gi alle fedre lik oppleving av inkludering gjennom eit standardisert program. Derimot kan helsesjukepleiar, ved å vere kjønnsbevisst, aktivt gå inn for å inkludere far som ein sidestilt forelder og på den måten fremme opplevinga av inkludering (Lorentzen & Mühleisen, 2006b, s. 280). Dersom fedrene kjenner seg betydingfulle på helsestasjonen og dermed får meir lyst til å inkludere seg sjølve i større grad, vil dette gagne både dei og barnet (Prilleltensky & Prilleltensky, 2021, s. 119, 156–157).

5.2.2 Ei god oppleving av helsestasjonstenesta, MEN...

Funna våre viser at mange av fedrene hovudsakleg kjenner seg berre som støttespelarar for mødrene og er redde for å ta plass. Samtidig meiner dei det er naturleg og viktig at mødrene får det fokuset dei treng, då dei ber den største fysiske påkjenninga. Dette er i samsvar med Finlayson et al. (2023) som viser til at fedrene, til trass for at dei kan kjenne på ein mangel på støtte frå helsestasjonen, anerkjenner at mødrene har eit større behov enn dei sjølve. Darwin et al. (2017) bekreftar at fedrene er redde for at auka fokus på dei kan gå utover støtta til mor. Samtidig veit ein at manglande støtte til fedrene i denne perioden kan gi uheldige verknadar både for fedrene og familien (Høgmo et al., 2022). Fedrene opplever altså eit dilemma der deira eige behov kan gå på kostnad av mødrene sitt behov. Er det rettferdig at fedrene skal hamne i dette dilemmaet?

Fleire av fedrene erfarte å ha dårlegare føresetnadar for å knytte seg til barnet i starten. Dei fortalde at det å bli pappa var ei stor omvelting som innebar sterke kjensler og alvorlege bekymringar. Mange beskrev at dei kjente seg ubrukelege den første tida og at denne kjensla stakk djupt. Då ein veit at det å oppleve at ein er verdifull og at ein kan tilføre verdi er særleg viktig i ein far-barn-relasjon (Prilleltensky & Prilleltensky, 2021, s. 156–157), kan det truleg opplevast vanskeleg at prosessen med å knytte seg til barnet går seinare hos fedrene (Eberhard-Gran & Slinning, 2010, s. 325). Likevel var det få som hadde snakka om dette på helsestasjonen, då dei opplevde det som eit tabubelagt tema. West og Zimmerman (1987) påpeiker at menn har lært seg korleis ein skal oppføre seg som ein mann gjennom samfunnet sine forventingar og normer. Viss fedrene opplever ei forventing om at dei skal vere eksterne, stabile figurar i familien, og dermed ikkje «har lov» til å snakke om eigne kjensler, er det kanskje heller ikkje rart at dei opplever det tabubelagt og vanskeleg å ta opp med helsesjukepleiar (Solberg & Glavin, 2018b). Dersom helsesjukepleiar bekreftar fedrene sine eigne førestillingar om at dei skal vere mandige og ikkje snakke om kjensler, kan ein hevde at kjønning pregar begge partane i dynamikken. Dette grunna at fedrene og helsesjukepleiarane på den måten forsterkar kvarandre sine tankar om kjønnsrollene i dynamikken og tek for gitt at dette er ibuande eigenskapar hos fedrene (Solbrække & Aarseth, 2006, s. 75).

Funna våre viser at fedrene undra seg over at det ikkje finst ein stad å prate om korleis dei har det. Dei uttrykte at det å få direkte spørsmål om korleis dei har det gir kjensle av å vere anerkjente som omsorgsgivarar. Ein av fedrene vi intervjuar fortalde at det hadde vore fint med berre to minutt samtale om korleis han hadde det. Dette er i tråd med Hrybanova et al. (2019), som viser til at fedre ønsker å få direkte spørsmål om korleis dei har det. Samtidig skriv Solberg og Glavin (2018b) mellom anna om viktigheita av at fedre får anerkjenning frå omgivnadane. Til trass for dette opplever fedrene altså at det ikkje finst noko arena der dei kan adressere dei nye erfaringane med å bli pappa. Dei har nyleg opplevd ei stor omvelting i livet, men likevel opplever fleire seg tilsidesette både av partner, helsestasjonen og samfunnet. Er ønsket om to minutt for omfattande å imøtekome for helsestasjonen?

På den andre sida kan ein setje spørsmålsteikn ved kvifor fedre ikkje ber om meir enn berre to minutt til seg sjølve når dei har halvparten av omsorgsansvaret for barnet? Det er ikkje berre helsesjukepleiar som har ansvar for god dynamikk mellom helsestasjonen og fedre, og ein kan dermed stille spørsmål om kor mykje av ansvaret for inkludering som kviler på fedrene sjølve. Det at fedrene kjønner seg sjølve og sjølve tenker at mor er viktigare, kan hindre dei ifrå å oppleve inkludering på helsestasjonen. Samtidig sit helsestasjonstenesta med det overordna ansvaret for å inkludere heile familien, og retningslinjene gir føringar om at helsesjukepleiar skal vende seg til begge foreldre (Helsedirektoratet, 2023d). Det betyr at hovudansvaret for dynamikken på helsestasjonen ligg hos helsesjukepleiaren.

Fleire fedre i studien vår trakk fram at ein eigen time for far og barn eller berre for far kunne gjere det lettare å reflektere over eigne kjensler og behov som far. Ein spesifikk invitasjon ville også signalisert at det var rom for å prate. Dette samsvarar med Massoudi et al. (2023) som belyser at det er lettare for fedre å snakke om korleis dei har det når dei slepp å ta omsyn til partnaren. Ein invitasjon til ein individuell samtale med helsesjukepleiar vert også rekna som eit signal på at helsestasjonen verdset kontakt med fedrene. Dette er viktig då fedrene kanskje ikkje vil oppsøke helsestasjonen med mindre dei mottek ein spesifikk invitasjon (Massoudi et al., 2023). Helsesjukepleiarane på si side er einige i at ein slik invitasjon sender signal om at fedrene er viktige og fører til at dei engasjerer seg meir (Ståhl et al., 2020). Dette er i tråd med mattering, då ein slik invitasjon ville signalisert at dei er betydingsfulle for helsestasjonen, og kunne dermed ført til større engasjement frå deira side som igjen vil gagne barnet (Prilleltensky & Prilleltensky, 2021, s. 119, 156–157). Det kan også tenkast at slike samtalar skapar rom for betre tilpassa informasjon og dermed auka kompetanse hos fedrene, noko som er viktige delar av opplevd mattering (Prilleltensky, 2020).

Helsesjukepleiarane sjølve er bevisste på at dei har mindre kontakt med fedrene og meiner dette er eit problem (Ståhl et al., 2020). Trass dette, blir ofte ikkje fedrene sine behov prioriterte då det er lite rom for endringar i ein travel kvardag (Høgmo et al., 2023). Ettersom tidlegare forskning viser at både fedrene og helsestasjonen meiner individuelle samtalar ville ført til meir inkludering av fedrene, kva rettferdiggjjer då tenesta sine prioriteringar? Det kan sjå ut til at helsestasjonstenesta sjølve er med på å kjønne sin eigen teneste gjennom å signalisere at det er viktigare å prioritere mødrene sine behov. Dette forplantar seg vidare til den enkelte helsesjukepleiar, då det er vedkomande som tek det endelige valet om kva som skal prioriterast i dei enkelte konsultasjonane.

5.2.3 Samfunnet står i vegen for at fedrene skal oppleve seg inkluderte

Fleire fedre nemnde at samfunnet sender signal om at mor og far er like viktige, men at dette ikkje kjem til uttrykk gjennom handling. Fedrene var til dømes overraska over at det berre var mødrene som vart screena for fødselsdepresjon på seks vekers-konsultasjonen. Dei fleste fedrene hadde heller ikkje moglegheit til å delta på denne konsultasjonen grunna jobb, og kjente seg utelatne frå samtalen kring dette tema. I tillegg vart det uttrykt frustrasjon over at det alltid var mor helsesjukepleiaren tok kontakt med og at det berre var mor sin kontaktinformasjon som vart delt ved danning av barselgruppe. Fedrene opplever altså ei ulikheit når det gjeld oppfølginga frå helsestasjonen. Dette blir understøtta av Hrybanova et al. (2019), som viser at mange fedre kjenner på ei ulikheit i støtta som blir gitt til mødre og fedre. Helsestasjonen speglar samfunnet elles og helsestasjonen si kjønning av fedrene er dermed eit uttrykk for skeivheita når det kjem til likestillinga av foreldreskapet i samfunnet (Solbrække & Aarseth, 2006, s. 70).

Helsestasjonen ser på seg sjølv som ein viktig aktør i foreldrerettleiing, og retningslinjene gir ei sterk anbefaling om å fremme meistring av begge foreldrerollene (Helsedirektoratet, 2023d). Korleis kan helsestasjonstenesta fremme meistring av farsrolla dersom fedrene ikkje har moglegheit til å møte på helsestasjonen den første tida av barnet sitt liv grunna jobb? Når helsestasjonstenesta godtek at fedrene ikkje kan møte på helsestasjonen grunna rammene i samfunnet, bidreg det til implisitt skeivheit og til å oppretthalde kjønninga (Prilleltensky & Prilleltensky, 2021, s. 119; Solbrække & Aarseth, 2006, s. 70). På den eine sida blir det uttrykt at begge foreldra er like viktige, medan samfunnet og helsestasjonstenesta på den andre sida bidreg til å halde fedrene i skuggen. Ei slik implisitt skeivheit som fedrene opplever kan vere med på å svekke deira oppleving av betyding (Prilleltensky & Prilleltensky, 2021, s. 119). Dette kan føre til at dei har mindre lyst til å engasjere seg og dermed blir dårlegare rusta til å dyrke barnet si kjensle av betyding (Prilleltensky & Prilleltensky,

2021, s. 156–157). Dette er i tråd med forskning som viser at svekka fokus på fedrene kan føre til mindre engasjement rundt oppfølging av barnet (Kerstis et al., 2018; Wells, 2016). Nokre av fedrene vi intervjuer sette sjølv spørsmålsteikn ved samfunnet si tilrettelegging og foreslo at fedre kunne ha fått fri frå jobb for å delta på konsultasjonar - ei ordning som likna ammeferie for mødre. Det er lett å tenke at «samfunnet» er noko perifert, ei høgare makt som vi ikkje kan rå over. Men samfunnet er tvert imot konstruert av oss sjølv. Både fedrene, mødre og helsesjukepleiarane er samfunnet, og er dermed med på å oppretthalde desse normene og forventingane til kvarandre.

Fleire av fedrene snakka om helsestasjonen som ei «kvinnesone», og at dette kunne gi oppleving av å ikkje høyre heime. Dette er i tråd med funna til Høgmo et al. (2021) som beskriv helsestasjonen som ein verden av og for kvinner. Er helsestasjonen ein kvinneverden som fedrene aldri har blitt inkluderte i? Bondevik og Rustad (2006, s. 46) skriv at forståinga av kjønn stadig endrar seg, og dette kan vi tenke på som ei drivkraft som også fører til endringar i samfunnet. Dette kan innebere gradvis kjønnsnøytralisering av foreldrerolla og oppløysing av rollefordeling mellom kjønna (Solbrække & Aarseth, 2006, s. 65). Er helsestasjonstenesta bevisst på desse samfunnsendringane? Og korleis skal den klare å henge med på utviklinga?

I og med at 99,7% av alle helsesjukepleiarar er kvinner (Helsedirektoratet, 2023a), representerer ikkje tenesta begge kjønn, og ein kan dermed forstå at fedrene snakkar om helsestasjonen som ein kvinneverden. Det er naturleg at helsestasjonstenesta og samfunnet ser etter løysingar på kva som kan gjere det attraktivt for menn å bli helsesjukepleiarar. Endringa av tittelen helsesøster til helsesjukepleiar er eit døme på ei slik endring, og året etter denne endringa var det tre gonger så mange menn som søkte seg til utdanninga (Kringstad, 2021). Likevel var det svært få av desse som faktisk byrja på utdanninga. Per Arthur «Helsebror» Andersen uttrykker at hovudgrunnen til at det trengs fleire mannlege helsesjukepleiarar er at det skapar relasjon og ei kjensle av å høyre til når helsevesenet representerer befolkninga (Kringstad, 2021). Våre funn bekreftar at det kunne vore positivt med fleire mannlege helsesjukepleiarar, og vi undrar oss over kva tiltak som skal til for å rekruttere fleire menn til studiet.

Sjølv om funna våre tyder på at menn snakkar betre med menn, kan ein ikkje sitte med hendene i fanget og vente på at det skal kome fleire mannlege helsesjukepleiarar. Tvert imot bør ein stadig sjå etter løysingar som kan gagne heile familien og auke kjensla av inkludering. Retningslinjene for helsestasjonstenesta anbefaler at ein skal gi alle foreldre tilbod om gruppekonsultasjonar (Helsedirektoratet, 2023d), men kor realistisk er tilbodet eigentleg dersom fedrene er i jobb og ikkje har moglegheit til å delta? Eller slik som funna våre viser; at mange fedre trudde grupper berre var for

mødrene? Retningslinjene foreslår vidare at ein kan legge til rette for eksempelvis fedregrupper eller anna nettverksbygging i regi av frivillige organisasjonar. Dette blir understøtta av rapporten «Likestillingens neste steg» (NOU 2024: 8, s. 238), som påpeiker at det bør etablerast nettverk og møteplassar som bidreg til å trygge fedre i foreldrerolla. I Sverige blir det eksempelvis arrangert fedregrupper leia av menn som ikkje er helsepersonell, men som har erfaring med å vere gruppeleiarar (Kerstis et al., 2018). Deira rolle er ikkje å vere ekspertar, men å styrke fedrene si oppleving av meistring og hjelpe dei til å reflektere over farsrolla. Vi ser også at skulen ofte har miljøpersonale som samarbeider tett med helsesjukepleiar for å ivareta elevane sine behov. Kan det tenkast at ein bør få inn menn i andre delar av helsestasjonstenesta for å lettare kunne ivareta familieperspektivet?

Fleire av fedrene i studien vår tenkte at mor har ein post i programmet på helsestasjonen, og at far har blitt utelete frå dette. Sjølv om dei biologiske forskjellane er eit faktum rett etter fødsel, har helsesjukepleiar eit ansvar for å etablere kontakt og inkludere begge foreldra i oppfølginga av familien (Helsedirektoratet, 2023d). Ifølge Likestillings- og diskrimineringsloven (2017) er det ikkje lov å behandle menneske forskjellig på bakgrunn av mellom anna kjønn. I dei nasjonale faglege retningslinjene for skulehelsetenesta (Helsedirektoratet, 2023b) og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2023c) står det ei sterk anbefaling om at helsesjukepleiar bruker eit kjønns- og legningsnøytralt språk i all formidling og kommunikasjon. Offentlege myndigheiter har ifølge lova ansvar for å fremje likestilling i mellom anna helsestasjonstenesta (NOU 2019: 19, s. 62). Ein kan dermed stille spørsmål ved kvifor kjønn og likestilling ikkje er nemnd i retningslinjene for helsestasjonstenesta. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har til samanlikning hatt ei aukande bevisstheit om å ha eit kjønnsperspektiv i arbeidet både når det gjeld kunnskapsutvikling og tiltak (NOU 2019: 19, s. 97). Bufdir har fagansvar for mange tenester retta mot familiar og foreldre, men ikkje for helsestasjonstenesta (Barne- og familiedepartementet, 2006). Funna våre viser at det er behov for auka fokus på kjønn og likestilling av foreldreskapet då dette vil vere til gagn for barnet og familien som heilheit (Høgmo et al., 2022; Skjøthaug, 2016, s. 88–89). Vi meiner difor det er grunn til å undre seg over kvifor helsestasjonstenesta i 2024 enno ikkje har fått dette implementert i retningslinjene.

5.3 Diskusjon av metode

I kvalitativ metode bruker forskaren seg sjølv som instrument, og erfaring vil difor vere viktig for god kvalitet (Malterud, 2017, s. 70). Som masterstudentar har vi ingen tidlegare erfaring med å gjennomføre forskingsintervju, og dette kan vere ei svakheit med studien. Kvale og Brinkmann (2015, s. 195–197) presiserer at kvaliteten på intervjuet er avgjerande for kvaliteten på resten av studien. Intervjuaren bør mellom anna vere strukturert og tydeleg, samtidig som ein skal vere empatisk, open og aktivt lytte til det som blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 195–197). Når vi ser tilbake på dei første intervju, ser vi at vi kunne stilt fleire oppfølgings spørsmål for å gå djupare inn i det som vart sagt. Dette opplevde vi vart lettare etter kvart som vi hadde gjennomført fleire intervju. Det var interessant å lytte til kvarandre sine intervju, mellom anna fordi det gjorde oss merksame på at vi har hatt litt ulik stil som intervjuarar. Vi trur at dette både har fordelar og ulemper. Ein av oss hadde høgare toleranse for stillheit under intervju, noko som gav meir tid til å tenke undervegs og kanskje gjorde at deltakarane delte fleire refleksjonar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 195). Samtidig kan det også vere tilfeldig at desse deltakarane hadde mykje å fortelje. Den andre av oss har kommentert meir undervegs i intervju, men har også i større grad turt å forfølge nye tema som har blitt introdusert av deltakarane. Det er likevel interessant å undre seg over om datamaterialet kunne sett annleis ut dersom same person hadde gjennomført alle intervju.

Dei fleste deltakarane verka rolege og komfortable i intervjusituasjonen, medan nokre verka litt nervøse. Ifølge Malterud (2017, s. 211-212) kan deltakarar halde tilbake informasjon eller føle at dei må svare «riktig» dersom dei ikkje kjenner seg komfortable. Vi opplevde at dei fedrene som verka nervøse slappa meir og meir av gjennom intervjuet. I etterkant sette nokre av fedrene ord på at dei hadde vore spente, men at det likevel hadde kjentest fint å bli intervju. Éin av oss har barn og opplevde at det var lettare å få til ei avslappa stemning i forkant av intervjuet ved å småprate om småbarnslivet og kvardagen som foreldre. Vi lærte mykje undervegs og kjente oss meir komfortable og avslappa for kvart intervju vi gjennomførte. Dette kan kome av at vi vart tryggare på intervjuguiden og i rolla som intervjuarar. Diskusjonar oss i mellom etter kvart intervju var også nyttig for å utvikle intervjustilen og bli tryggare i kva vi ønska å finne ut av. Vi forsøkte å ha ei nøytral haldning slik at deltakarane skulle føle seg komfortable med å dele sitt perspektiv og sine tankar. Eksempelvis kom vi ikkje med korrigeringar eller sa imot dersom fedrene hadde oppfatta noko feil eller gjorde noko som burde endrast sett frå ein helsesjukepleiar sitt perspektiv.

Det å vere to personar som har analysert datamaterialet kan ha vore med på å auke vår refleksivitet ved at vi har gått gjennom alle intervju saman og drøfta kodane vi har funne. Det gjer at ein får

utfordra egne førestillingar og kan dermed vere ein god måte å bearbeide data på (Malterud, 2017, s. 19–21). Å vere to personar i denne prosessen kan også by på utfordringar (Braun & Clarke, 2022, s. 55). Under transkripsjonen og analysen oppdaga vi at det eine hovudtemaet hadde ei overvekt av kodar frå den eine av oss sine intervju, medan det i det andre hovudtemaet var overvekt av kodar frå den andre av oss. Det at vi har koda kvar våre intervju, kan ha verka inn på kva som har blitt vektlagt i datamaterialet. Det kan også tenkast at dette har samanheng med forforståinga vi har hatt med oss inn i intervjusituasjonen eller vår måte å intervjuje på. Dette kan ha påverka til dømes korleis vi har oppfatta det deltakarane fortalde om og oppfølgingsspørsmåla det har vore naturleg å stille som ikkje er inkluderte i intervjuguiden.

Samansettinga av utvalet vil påverka funna i studien. Vi har ikkje kartlagt yrke, sosialt nettverk eller sosioøkonomisk status hos fedrene, og dette er faktorar som truleg påverkar behova til fedrene. Vi har likevel inntrykk av at det er spreining i yrke og sosioøkonomisk status blant fedrene ut i frå kva dei fortalde om arbeid og livssituasjon. Det kan også tenkast at fedre som bur i byen har andre behov enn fedre som bur i bygda, og resultatata er difor ikkje direkte overførbare til alle andre helsestasjonar. På den andre sida kan resultatata likevel vere overførbare ved at dei kan gi ny innsikt i temaet (Malterud, 2017, s. 67). Dette krev at resultatata er truverdige, noko som kan nåast ved at forskingsprosessen blir grundig beskrive (Tracy, 2010).

Det kan vere vanskeleg å vite når ein har nådd metning i kvalitativ forskning, altså det punktet der ytterlegare datainnsamling ikkje tilfører ny kunnskap. Metning i kvalitativ forskning er samtidig omdiskutert, då det er mange faktorar som kan påverke om ein finn noko nytt (Malterud, 2017, s.64-65). Dårleg intervjuteknikk og det avgrensa tidsrommet rammene rundt masteroppgåva gir er døme på dette. I retrospekt ville vi ha byrja med kodinga allereie etter dei første intervju, då det kunne hjelpt oss til å reflektere meir over måten vi intervjuja på. Ved å ha ei bevisstheit over kva kodar og meiningsmønster ein allereie har funne, kunne det truleg vore lettare å stille betre oppfølgingsspørsmål undervegs i intervju. Det kunne gitt oss betre informasjonsstyrke samt gjort det enklare å kode dei siste intervju. I dei siste intervju vi hadde, fortalde fedrene om liknande erfaringar som vi tidlegare hadde fått høyre om. Vi hadde fått eit stort datamateriale og rike beskrivingar frå dei fleste fedrene og følte difor at det var riktig å avslutte datainnsamlinga etter ti intervju.

Ni av ti fedre kryssa av på at dei ville delta på eit gruppeintervju i etterkant av det individuelle intervjuet dersom det vart aktuelt. Dette kunne truleg gitt interessante diskusjonar og eit breitt spekter av erfaringar, då fleire av fedrene var veldig engasjerte i temaet. Ifølge Malterud (2017, s.139-

140) kan fokusgruppeintervju gi ei anna innsikt i temaet enn individuelle intervju, men deltakarane kan også bli påverka eller avgrense kvarandre i intervjusituasjonen. Vi gjekk bort ifrå tanken om å gjennomføre fokusgruppeintervju i tillegg til dei individuelle intervju då vi meinte dette ville bli for tidkrevjande og omfattande for masteroppgåva. I og med at vi opplevde å få rike og detaljerte beskrivingar av fedrene sine erfaringar, er vi nøgde med valet om å gjennomføre berre individuelle intervju.

For oss var det svært effektivt og fint å jobbe visuelt med analysen. Vi brukte tankekart og skreiv ut kodar, for deretter å fysisk fordele dei på golvet. Det gjorde det lettare å få oversikt og sjå samanhengar og ulikskap mellom kodane, samt å få ei felles forståing for heilskapen i datamaterialet. Vi opplever at vi har tolka datamaterialet forholdsvis likt og dette er noko vi har reflektert over undervegs. Truleg kan dette ha noko med forforståinga vår å gjere, det faktum at vi begge er helsesjuepleiarar og kvinner, samt at vi har snakka mykje om våre tankar rundt temaet på førehand (Malterud, 2017, s. 42). Trass likskapar i forforståinga har vi ikkje alltid vore einige og dei diskusjonane vi har hatt undervegs har truleg bidratt til å styrke analysen og resultatane. Ifølge Braun og Clarke (2022, s. 55), er ikkje hensikta å bli einige om kvar einaste kode, men å oppnå ei rikare og meir nyansert innsikt i datamaterialet. I skriveprosessen har vi hatt mykje fokus på å lese gjennom kvarandre sine delar av teksten i tillegg til å diskutere innhald og oppbygging av oppgåva undervegs. Heilt ifrå starten av samarbeidet har vi hatt fokus på at ein skal tørre å seie frå når ein er ueinige og at ein skal tole å ta imot kritikk på eige arbeid. Vi opplever at diskusjonane har bidrege positivt til oppgåva og at det har vore ein fordel å vere to personar gjennom heile prosessen grunna svært godt samarbeid.

Gjennom analyseprosessen og skrivinga av resultat oppdaga vi at det passa betre å spisse problemstillinga frå å omhandle generelle erfaringar med helsestasjonen til å ha inkludering som hovudfokus. Det var også på dette tidspunktet vi landa på kva teoretiske perspektiv vi ville ha. Det har altså vore ein dynamisk prosess med utvikling av fokuset i oppgåva, og vi ser difor i ettertid at det truleg hadde vore ein fordel om vi hadde dei teoretiske perspektiva klare før intervjuet. Det kunne gitt moglegheit til å tilpasse intervjuguiden i større grad, og vi kunne då til dømes ha spurt om fedrene kjente seg kjønna eller om dei opplevde seg betydingsfulle på helsestasjonen. Samtidig var det fedrene sine utsegn som peila oss inn på dei teoretiske perspektiva, dermed kunne vi ikkje vite dette på førehand.

5.4 Implikasjonar for praksis

Studien gir innsikt i fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen sett i lys av teori om kjønn og mattering. Datamaterialet vårt viste at fedrene stort sett var nøgde med helsestasjonstenesta, men opplevde samtidig helsestasjonen som ein kvinnearena der mor var viktigare enn far. Fleire kjente seg ikkje likestilte som omsorgsgivarar for barna og opplevde at helsesjukepleiar ser på dei som ei andrerangs informasjonskjelde og diskusjonspartner i saker som angår omsorga for barnet. Dette gir oss grunnlag til å seie at fedrene kjenner seg kjønna på individnivå av helsesjukepleiar gjennom at helsesjukepleiar har ulike forventingar til fedre samanlikna med mødre. Det kom fram at fleire direkte spørsmål om farsrolla, individuelle samtalar og auka fokus på likestilling, spesielt med tanke på helsestasjonen sin kommunikasjon ut til og med foreldra, er tiltak som kunne fremme opplevinga av inkludering. Funna våre kan bidra til å synleggjere utfordringane fedrene opplever i overgangen frå mann til far og korleis dei opplever å bli behandla annleis enn mødre. Ut i frå funna våre meiner vi at fedrene sine behov er underkommuniserte og at deira rolle som omsorgspersonar må takast på alvor. Kunnskapen frå studien kan bidra til auka fokus på fedre som omsorgspersonar og få fram viktigheita av at helsesjukepleierane skal vere bevisste si kjønning av fedrene. Funna våre og tidlegare studiar antyd at fedrene ønsker å «ha ein post i programmet» og få direkte spørsmål om korleis dei har det som pappa. Dersom fedre skal få meir plass på helsestasjonen, må ein samstundes ta omsyn til at ein får mindre plass til noko anna. Kva tiltak som kan fungere for å inkludere fedrene trengs det vidare forskning på.

6.0 Konklusjon

Retningslinjene for helsestasjonstenesta seier at helsesjukepleiar skal bidra til at begge foreldre skal oppleve meistring, samt ha psykisk helse og trivsel hos både mor og far som eit gjennomgåande tema i konsultasjonane på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2023d). Tidlegare forskning viser samtidig at mange fedre ønsker å ha ei meir aktiv rolle på helsestasjonen (Fägerskiöld, 2006; Høgmo et al., 2021; Solberg & Glavin, 2018b). Formålet med studien var å undersøke fedre si oppleving av inkludering på helsestasjonen. Hensikta var å belyse ulike sider av fedrene sitt møte med tenesta og dermed bidra til at tenesta kan få auka innsikt i fedrene sitt perspektiv.

Funna i studien tyder på at fedrene si oppleving av inkludering i stor grad er farga av at dei opplever å bli mindre inkluderte enn mødrene og at dette heng saman med helsestasjonen si kjønning av forelderrollene. Kjønninga kjem til uttrykk ved at fedrene blir sett på som sekundære omsorgspersonar og mindre verdifulle informasjonskjelder og diskusjonspartnarar i møte med helsesjukepleiarane. Dette bidreg til at fedrene kjenner seg mindre betydingsfulle for helsestasjonstenesta. Det påverkar deira oppleving av å ha betyding i barnet sitt liv, deira oppleving av inkludering og mattering. Fedrene ønsker å bli inkluderte og ha ei aktiv rolle, i tråd med retningslinjene for helsestasjonstenesta. Når dei derimot ikkje opplever seg inkluderte, er dette eit problem helsestasjonstenesta må ta tak i for å kunne følge retningslinjene sine føringar om å fremme meistring og ha fokus på psykisk helse og trivsel hos fedre. Vår studie avdekkar ein dynamikk i relasjonen mellom fedre og helsestasjonen som er med på å oppretthalde normer og forventingar som ikkje lengre er ønskelege. Denne dynamikken må brytast dersom ein skal fremme inkluderinga av fedre på helsestasjonen. Funna viser vidare at det ikkje berre er helsestasjonen som kjønnar fedrene og dermed er til hinder for inkludering, men at fedrene også blir kjønna av samfunnet ved at dei har mindre moglegheit til å delta i oppfølginga av barnet. Både helsestasjonen, fedrene, vi og du er sjølve samfunnet. Slik vi ser det bidreg helsestasjonstenesta si kjønning av fedrene til nedvurdering av farsrolla. Dette meiner vi er eit samfunnsproblem då det er til hinder for at fedrene kan ha den aktive rolla dei ønsker og kjenne seg likestilte på helsestasjonen.

6.1 Vidare forskning

Både våre funn og tidlegare forskning tyder på at det trengs meir forskning på feltet. Det finst no ein del nordisk forskning som viser korleis fedrene opplever helsestasjonstenesta. Likevel hadde det vore interessant med fleire studiar som ser kritisk på likestillingsperspektivet, samt studiar som ser på helsesjukepleiarane sine forventingar og tankar om inkludering av fedre. Meiner helsesjukepleiarar at dei inkluderer fedre på lik linje med mødre? Funna våre viser at fedrene tenker at barselgrupper og gruppekonsultasjonar hovudsakleg er for mødre. Tenker helsesjukepleiarane at fedre høyrer heime her? Observasjonsstudiar som ser på korleis møtet mellom fedre og helsesjukepleiarar faktisk går føre seg ville også vore interessant, då det kan vere forskjell mellom kva ein seier og kva ein gjer. Vidare kunne det vore aktuelt å undersøke grundigare kva fedrene meiner kunne ført til større inkludering av dei og sjå på kva verknad det ville gitt dersom ein implementerte tiltak for dette. Rapporten frå mannsutvalet, «Likestillingens neste steg» (NOU 2024: 8), anbefaler å prioritere midlar til prosjekt som angår nybakte fedre. Pilotprosjekt som implementerer tiltak for å inkludere fedre i større grad og kunnskapsoppssummeringar som vurderer effektane av desse tiltaka er difor høgaktuelt.

Referansar

- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2000). *Reflexive methodology: new vistas for qualitative research*. SAGE.
- Alaani, L. (2020, 16. november). *How to Clear Permissions for a Thesis or Dissertation*. Wiley.
<https://www.wiley.com/en-us/network/publishing/research-publishing/trending-stories/how-to-clear-permissions-for-a-thesis-or-dissertation>
- Barne- og familiedepartementet. (2006, 10. november). *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dep/bfd/org/etater-og-virksomheter-under-barne-og-likestillingsdepartementet/barne--ungdoms--familieetaten/id418035/>
- Bondevik, H. & Rustad, L. (2006). Humanvitenskapelig kjønnsforskning. I J. Lorentzen & W. Mühleisen (Red.), *Kjønnsforskning: en grunnbok* (s. 42–62). Universitetsforlaget.
- Brandth, B. & Kvande, E. (2013). Velferdsstatens fedrepolitikk. I B. Brandth & E. Kvande (Red.), *Fedrekvoten og den farsvennlige velferdsstaten* (s. 13–28). Universitetsforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. SAGE.
- Brean, G. V. (2016). Psykisk helse i svangerskap og barseltid. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten* (s. 53–61). Gyldendal akademisk.
- Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., Gilbody, S., & Born and Bred in Yorkshire (BaBY) team. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4>
- de Montigny, F., Gervais, C., Larivière-Bastien, D. & Dubeau, D. (2020). Assessing the impacts of an interdisciplinary programme supporting father involvement on professionals' practices with fathers: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5–6), 1003–1016.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15176>

- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I K. Slinning, M. B. Hansen & V. Moe (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 323–346). Gyldendal akademisk.
- Finlayson, K., Sacks, E., Brizuela, V., Crossland, N., Cordey, S., Ziegler, D., Langlois, E. V., Javadi, D., Comrie-Thomson, L., Downe, S. & Bonet, M. (2023). Factors that influence the uptake of postnatal care from the perspective of fathers, partners and other family members: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Global Health*, 8(Suppl 2), e011086.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011086>
- Fägerskiöld, A. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 79–85. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00383.x>
- Glavin, K. (2019). *Ikke alltid fantastisk: psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid*. Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2023a). *4.1 Menn i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Henta 21. april 2024 frå <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/kjonn-alder-og-innvandringsbakgrunn/menn-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>
- Helsedirektoratet. (2014, 9. april). *Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*.
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2023b, 22. juni). *Kjønns- og legningsnøytralt språk: Skolehelsetjenesten bør bruke et kjønns- og legningsnøytralt språk i all formidling og kommunikasjon*. Henta 13. mars 2024 frå <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og->

skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/andre-overgripende-tiltak#kjonns-og-
legningsnoytralt-sprak-skolehelsetjenesten-bor-bruke-et-kjonns-og-legningsnoytralt-sprak-i-
all-formidling-og-kommunikasjon

Helsedirektoratet. (2023c, 28. juni). *Kjønns- og legningsnøytralt språk: Helsestasjon for ungdom bør bruke et kjønns- og legningsnøytralt språk i all formidling og kommunikasjon*. Henta 13. mars 2024 frå <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-for-ungdom#kjonns-og-legningsnoytralt-sprak-helsestasjon-for-ungdom-bor-bruke-et-kjonns-og-legningsnoytralt-sprak-i-all-formidling-og-kommunikasjon>

Helsedirektoratet. (2023d, 30. juni). *Helsestasjon 0–5 år*. Henta 5. februar 2024 frå <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>

Hrybanova, Y., Ekström, A. & Thorstensson, S. (2019). First-time fathers' experiences of professional support from child health nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 921–930. <https://doi.org/10.1111/scs.12690>

Høgmo, B. K., Alstveit, M. & Bondas, T. (2023). Being a “Warrior” to Care for the New Family: A Meta-ethnography of Nurses' Perspectives on Municipal Postnatal Healthcare. *Global Qualitative Nursing Research*, 10, 23333936231218843. <https://doi.org/10.1177/23333936231218843>

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. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 16(1), 1918887. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1918887>

Høgmo, B. K., Bondas, T. & Alstveit, M. (2022). Parents' experiences with public health nursing during the postnatal period: A reflective lifeworld research study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(2), 373–383. <https://doi.org/10.1111/scs.13117>

- Jacobsen, H. (2016). Hvordan kan helsesøster bruke tilknytningsteori i sitt arbeid? I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten* (s. 63–75). Gyldendal akademisk.
- Jørgensen, A. S. (2013, 15. september). *Derfor er førsteinntrykket så viktig*.
<https://www.forskning.no/psykologi/derfor-er-forsteintrykket-sa-viktig/610868>
- Kerstis, B., Wells, M. B. & Andersson, E. (2018). Father group leaders' experiences of creating an arena for father support – A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 943–950. <https://doi.org/10.1111/scs.12529>
- Kringstad, K. (2021, 8. oktober). *Over 300 startet på utdanningen i høst. Sju av dem er menn*. NRK.
https://www.nrk.no/trondelag/helsesoster-ble-helsesykepleier_-fortsatt-fa-menn-pa-utdanningen-til-helsesykepleier-1.15681019
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering* (LOV-2017-06-16-51). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>
- Lorentzen, J. & Mühleisen, W. (2006a). Hva er kjønnsforskning. I J. Lorentzen & W. Mühleisen (Red.), *Kjønnsforskning: en grunnbok* (s. 15–20). Universitetsforlaget.
- Lorentzen, J. & Mühleisen, W. (2006b). Kjønnen får hvile. I J. Lorentzen & W. Mühleisen (Red.), *Kjønnsforskning: en grunnbok* (s. 277–285). Universitetsforlaget.
- Magnusson, E. (2000). Studier av konsistens och föränderlighet i könsinnebörder. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode: metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (s. 220–259). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

- Massoudi, P., Wikerstål, A., Carlsson, V. & Gunnarsson, A. B. (2023). «Everything that's said comes from me»: New fathers' experiences of individual conversations with the child health nurse. *Nursing Open*, 10(9), 6175–6185. <https://doi.org/10.1002/nop2.1851>
- NOU 2019: 19. (2019). *Jenterom, gutterom og mulighetsrom — Likestillingsutfordringer blant barn og unge*. Kulturdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-19/id2677658/>
- NOU 2024: 8. (2024). *Likestillingens neste steg — Mannsutvalgets rapport*. Kultur- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2024-8/id3035815/>
- NTNU. (u.å.-a). *Behandle personopplysninger i student- og forskningsprosjekt*. Henta 20. mars 2024 frå <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Behandle+personopplysninger+i+student-+og+forskningsprosjekt#section-Behandle+personopplysninger+i+student-+og+forskningsprosjekt-Melding+til+Sikt>
- NTNU. (u.å.-b). *NICE-1*. Henta 2. mai 2024 frå <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/NICE-1>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Portney, L. G. (2020). *Foundations of Clinical Research: Applications to Evidence-Based Practice* (4. utg.). McGraw-Hill Education LLC.
- Prilleltensky, I. (2020). Mattering at the Intersection of Psychology, Philosophy, and Politics. *American Journal of Community Psychology*, 65(1–2), 16–34. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12368>
- Prilleltensky, I. & Prilleltensky, O. (2021). *How people matter: why it affects health, happiness, love, work, and society*. Cambridge University Press.
- Prop. 74 L (2017–2018). *Endringer i folketrygdloven og kontantstøtteleven (innfasing av tredeling av foreldrepenger mv.)*. Barne- og likestillingsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b03aa88b52da486f9790644a6c9793b4/no/pdfs/prp201720180074000dddpdfs.pdf>

- Røthing, Å. & Aarseth, H. (2006). Kjønn og familie. I J. Lorentzen & W. Mühleisen (Red.), *Kjønnforskning: en grunnbok* (s. 169–176). Universitetsforlaget.
- Skjøthaug, T. (2016). Fedres rolle i barnets tidlige utvikling. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten* (s. 85–97). Gyldendal akademisk.
- Solberg, B. & Glavin, K. (2018a). Fedre ønsker en mer aktiv rolle i svangerskapsomsorgen og på helsestasjonen. *Sykepleien Forskning*, 72006, Artikkel e-72006.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.72006>
- Solberg, B. & Glavin, K. (2018b). From Man to Father: Norwegian first-time fathers experience of the transition to Fatherhood. *Health Science Journal*, 12(3), 0–0. <https://doi.org/10.21767/1791-809X.1000569>
- Solberg, B., Glavin, K., Berg, R. C. & Olsvold, N. (2023). “Opening up a well of emotions”: A qualitative study of men’s emotional experiences in the transition to fatherhood. *Nursing Open*, 10(4), 2282–2294. <https://doi.org/10.1002/nop2.1482>
- Solbrække, K. N. & Aarseth, H. (2006). Samfunnsvitenskapenes forståelser av kjønn. I J. Lorentzen & W. Mühleisen (Red.), *Kjønnforskning: en grunnbok* (s. 63–76). Universitetsforlaget.
- Sommerseth, R. (2015). Makt og kjønn i handlingsrommet for faglig kjønn. I H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene* (2. utg., s. 183–205). Fagbokforlaget.
- Ståhl, M., Kristensson Hallström, I., Skoog, M. & Vilhelmsson, A. (2020). ‘So, the circle has grown’ – Child Health Services nurses’ experiences of giving parental interviews with nonbirthing parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 139–147.
<https://doi.org/10.1111/scs.12715>
- Thomassen, M. (2007). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.

- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- UiO. (2017, 26. mars). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- UiO. (2023, 20. oktober). *Nettskjema - Universitetet i Oslo*. Nettskjema. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/index.html>
- Wells, M. B. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta Paediatrica*, 105(9), 1014–1023. <https://doi.org/10.1111/apa.13501>
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1(2), 125–151.
- World Medical Association. (2022, 6. september). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Godkjenning frå SIKT



[Meldeskjema](#) / [Fedres opplevelse av helsestasjonstjenesten](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
774700

Vurderingstype
Automatisk ⓘ

Dato
29.09.2023

Tittel
Fedres opplevelse av helsestasjonstjenesten

Behandlingsansvarlig institusjon
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MFH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Prosjektansvarlig
Bjærg Aglen

Student
Marte Havnen Hansen og Julie Katharina Knotten Hervik

Prosjektperiode
16.10.2023 - 01.10.2024

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.10.2024.

[Meldeskjema](#) ↗

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger:
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrødelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)

- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

HEI, PAPPA!

VIL DU DELTA I EN STUDIE OM FEDRES OPPLEVELSE AV HELSESTASJONSTJENESTEN?

SCAN QR-KODEN FOR MER INFORMASJON



nettskjema.no/a/fedre

Kontaktinformasjon:
Marte H. Hansen og Julie Hervik
91604254 / 91317503

Vedlegg 3 – Samtykkeskjema

VIL DU DELTA I ET FORSKNINGSPROSJEKT OM FEDRES OPPLEVELSE AV HELSESTASJONSTJENESTEN?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet «Fedres opplevelse av helsestasjonstjenesten». Studien er et samarbeid mellom NTNU og Trondheim kommune, og skal utføres av Julie Hervik og Marte H. Hansen. Vi studerer Master i helsesykepleie ved NTNU og har flere års erfaring som sykepleiere. I dette skrevet gir vi deg informasjon om formålet med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

FORMÅLET MED PROSJEKTET

Formålet med prosjektet er å utforske fedres opplevelse av helsestasjonstjenesten og hvordan helsestasjonstjenesten kan tilrettelegge for bedre inkludering av fedre.

HVORFOR FÅR DU SPØRSMÅL OM Å DELTA?

Du får denne forespørselen fordi du er far og deltatt på en eller flere konsultasjoner på helsestasjonen med barnet ditt.

HVEM ER ANSVARLIG FOR FORSKNINGSPROSJEKTET?

NTNU er ansvarlig for forskningsprosjektet og personopplysningene som behandles i prosjektet.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta. Du kan når som helst velge å trekke deg fra studien.

- Vi vil bruke intervju for å samle inn data
- Intervjuene vil bestå av mellom 7-10 spørsmål og er planlagt til å vare i 30-60 min
- Det blir samlet inn personopplysninger som for eksempel navn, kontaktopplysninger, antall barn og alder på barna
- All data vil bli anonymisert i den endelige masteroppgaven slik at det ikke fremkommer at du har bidratt
- Intervjuene vil bli tatt opp med lydopptak som blir slettet etter behandling av data

KORT OM PERSONVERN

Vi vil bruke opplysningene om deg utelukkende til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du kan lese mer utdypende om personvern på neste side.

UTDYPENDE OM PERSONVERN

HVORDAN VI OPPBEVARER OG BRUKER DINE OPPLYSNINGER

- I tillegg til oss, kommer også våre to veiledere til å ha tilgang til personopplysningene vi innhenter
- All data vil være lagret på NTNU sitt sikrede fillagringsområde. Navnet og kontaktopplysningene dine vil være lagret adskilt fra øvrige data
- Opplysningene du kommer med vil være anonymiserte i den endelige masteroppgaven og det vil ikke fremkomme at du har bidratt til forskningsprosjektet

HVA GIR OSS RETT TIL Å BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER OM DEG?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Når forskningsprosjektet avsluttes i mai 2024 vil alle personopplysninger slettes.

DINE RETTIGHETER

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

- Be om innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg og få utlevert en kopi av opplysningene
- Få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- Få slettet personopplysninger om deg
- Sende klage til Datatilsynet vedrørende behandlingen av dine personopplysninger

Vi vil gi deg en begrunnelse hvis vi mener at du ikke kan identifiseres eller at rettighetene ikke kan utøves.

KONTAKTINFORMASJON

Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta kontakt med:

- Julie Hervik, jkhervik@stud.ntnu.no. Tlf: 91317503
- Marte Havnen Hansen, mahhan@stud.ntnu.no. Tlf: 91604254
- Eventuelt kan du ta kontakt med våre veiledere Kristine Pape, kristine.pape@ntnu.no, eller Bjørg Aglen, bjorg.aglen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikt's vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på e-post: personverntjenester@sikt.no eller på telefon: 73 98 40 40.

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet samt fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju som omhandler min opplevelse av helsestasjonstjenesten
- Å bli kontaktet for å kunne delta i gruppeintervju dersom dette blir aktuelt senere i prosjektet (senest våren 2024)
- Å få tilsendt resultatene etter gjennomført studie

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

Vedlegg 4 – Intervjuguide

Introduksjon:

- Vi presenterer oss og har uformell prat

Informasjon:

- Bakgrunnen for og formålet med prosjektet
- Det er frivillig å delta og en kan trekke seg når som helst i prosessen
- Taushetsplikt og anonymitet
- Intervjuet vil vare 30-60 minutter
- Bruker lydopptaker; hvordan dette foregår og hvordan opptaket blir lagret etterpå
- Ingen riktige eller gale svar - vi ønsker å høre alle sider
- “Har du noen spørsmål før vi starter?”
- **Skriv under samtykkeskjema!**

START LYDOPPTAK

Bakgrunnsinformasjon:

- Hvor mange konsultasjoner har du deltatt på?

Spørsmål:

- Vil du starte med å fortelle litt om hvordan småbarnsperioden har vært for deg?
- Var du hjemme når helsesykepleieren kom på hjemmebesøk?
 - Hvordan opplevde du det første møtet med helsesykepleier?
 - *Eventuelt: Var det noen grunn til at du ikke var der? Kunne du ha tenkt deg å være der? Utdyp dette..*
- Kan du beskrive hvordan du som pappa opplever å være på helsestasjonen?
 - Opplever du at det er rom for å snakke om hvordan du har det?
 - Føler du deg hørt og sett av helsesykepleier? Fortell..
 - Har du opplevd en situasjon der du *ikke* har følt deg hørt og sett? Fortell..
 - På 4 ukers-gruppekonsultasjonen kan foreldre opprette barselgruppe sammen dersom en ønsker det. Følte du at dette var et tilbud til deg som far også?
 - Kunne du tenkt deg at det ble etablert barselgruppe spesielt for fedre?

- Har du vært på konsultasjon på helsestasjonen alene? Opplever du noen forskjell i hvordan du blir møtt når du kommer alene og sammen med mammaen? Vil du fortelle litt...
 - Mammaen får et skjema som kartlegger en eventuell barseldepresjon på 6 ukers-konsultasjon. Var du der da?
 - Hvordan opplevdes det for deg at hun fikk et slikt skjema?
 - *Eventuelt: Hva tenker du om at mødre får tilbud om dette, men ikke fedre?*
- Har du eller mammaen vært i kontakt med helsestasjonen utenom de faste konsultasjonene?
 - Opplevs det lett/vanskelig for deg å ta kontakt med helsestasjonen ved behov?
Eventuelt: Er det noen grunn til at du ikke har tatt kontakt?
 - Vet du hva du kan ta kontakt med helsestasjonen om?
- Det er en politisk føring at fedre og mødre skal sees som likestilte i barneoppdragelse og oppfølging av barna.
 - Hva tenker du helsestasjonen kunne gjort annerledes for å involvere fedre på en bedre måte?
 - Er det noe du savner med helsestasjonen?

Oppsummering:

- Har du noe mer du har lyst til å fortelle om før vi avslutter?

AVSLUTT LYDOPPTAK

- Hvordan synes du det var å bli intervjuet?
- Ønsker du å få lese resultatet av masterstudien når det er klart?
- Takk for deltakelsen!

Vedlegg 5 – Godkjenning av bruk av «The mattering wheel»

5/7/24, 3:31 PM

RightsLink Printable License

JOHN WILEY AND SONS LICENSE TERMS AND CONDITIONS

May 07, 2024

This Agreement between Mrs. Julie Hervik ("You") and John Wiley and Sons ("John Wiley and Sons") consists of your license details and the terms and conditions provided by John Wiley and Sons and Copyright Clearance Center.

License Number	5781240702172
License date	May 03, 2024
Licensed Content Publisher	John Wiley and Sons
Licensed Content Publication	American Journal of Community Psychology
Licensed Content Title	Mattering at the Intersection of Psychology, Philosophy, and Politics
Licensed Content Author	Isaac Prilleltensky
Licensed Content Date	Aug 13, 2019
Licensed Content Volume	65
Licensed Content Issue	1-2
Licensed Content Pages	19
Type of use	Dissertation/Thesis
Requestor type	University/Academic

https://rightslinkadmin.aws-p-prd.copyright.com/CustomAdmin/PrintableLicense.jsp?appSource=cccAdmin&licenseID=2024050_1714724190172

1/6

Format	Electronic
Portion	Figure/table
Number of figures/tables	1
Will you be translating?	No
Title of new work	Fedres opplevelse av inkludering
Institution name	Norwegian University of Science and Technology
Expected presentation date	May 2024
Portions	Figure 1
	Mrs. Julie Hervik Eirik Jarls Gate 4
Requestor Location	Trondheim, 7030 Norway Attn: Mrs. Julie Knotten Hervik
Publisher Tax ID	EU826007151
Total	0.00 USD
Terms and Conditions	

TERMS AND CONDITIONS

This copyrighted material is owned by or exclusively licensed to John Wiley & Sons, Inc. or one of its group companies (each a "Wiley Company") or handled on behalf of a society with which a Wiley Company has exclusive publishing rights in relation to a particular work (collectively "WILEY"). By clicking "accept" in connection with completing this licensing transaction, you agree that the following terms and conditions apply to this transaction (along with the billing and payment terms and conditions established by the Copyright Clearance Center Inc., ("CCC's Billing and Payment terms and conditions"), at the time that you opened your RightsLink account (these are available at any time at <http://myaccount.copyright.com>).

Vedlegg 6 – Samarbeidserklæring

Før vi gikk i gang med prosjektet, hadde vi fleire samtalar der vi snakka om korleis det ville vere å jobbe saman. Vi fekk begge uttrykt korleis vi arbeider med ein tekst, kva som var viktig for oss med tanke på samarbeid og gjennomføring av prosjektet samt kva vi skulle gjere dersom vi møtte på hindringar. Eitt av hovudpunkta vi snakka mykje om, var at det måtte vere lav terskel for å snakke med kvarandre dersom ein var ueinige, og at begge måtte vere mottakelege for kritikk eller forslag til endringar.

I løpet av dette året med søknad, rekruttering, intervju, skriving av prosjektplan og masteroppgåva har vi opplevd få konflikter og ueinigheiter. Vi har kommunisert godt undervegs om korleis vi tenker og kva vi ønsker. Vi har hatt mange ulike meiningar når det kjem til små detaljar - som setningsformuleringar eller om den eine koden skal takast med eller ikkje. Dette har ført til mange gode diskusjonar, der vi sjølve meiner vi alltid har kome fram til gode løysingar saman.

Vi har begge hatt periodar der vi har vore slitne og skrivinga har gått seinare. I desse periodane har den andre parten drege ein større del av lasset, og samstundes motivert og roa den andre med at perioden vil gå over. Vi er einige i at vi har hatt like stor ansvars- og arbeidsfordeling gjennom heile prosessen, og er veldig nøgde med å ha fått lov til å skrive masteroppgåva saman.

