



Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for helse og omsorgsfag

Amning og ernæring etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen

En kvalitativ studie om hvordan familien tilpasser seg den tredelte foreldrepermisjonen, og hvordan helsesykepleier kan bidra til at familien mestrer eventuelle utfordringer

Marte Johansen

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag. HEL-3903. Mai 2021. Antall ord: 21009

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	3
1.2	Problemstilling.....	3
1.3	Formål og hensikt	4
1.4	Avgrensning og presiseringer.....	4
1.5	Oppgavens disposisjon.....	5
2	Tidligere forskning	5
2.1	Statlige føringer påvirker ammeperioden.....	7
2.2	Mødres prioriteringer og ønske om å amme.....	7
2.3	Den norske ammekulturen.....	8
2.4	Masteroppgaver som omhandler tredeling av foreldrepermisjonen	8
3	Teoretisk ramme.....	9
3.1	Forebyggende arbeid.....	9
3.2	Helsefremmende arbeid.....	10
3.2.1	Salutogenese	10
3.2.2	Empowerment.....	12
3.3	Veiledning	13
3.4	Tjenestens rammer	14
4	Den metodiske prosessen	15
4.1	Vitenskapsteoretisk ståsted.....	16
4.1.1	Forforståelse.....	17
4.2	Mitt metodevalg.....	18
4.2.1	Kvalitative intervju.....	18
4.2.2	Intervjuguide.....	18
4.2.3	Utvalg og rekruttering	19
4.2.4	Gjennomføring av intervju	21

4.2.5	Transkribering.....	23
4.2.6	Analyse	23
4.2.7	Etiske overveielser	25
4.3	Metodiske refleksjoner.....	27
4.3.1	Validitet	27
4.3.2	Reliabilitet.....	28
4.3.3	Vurdering av metoden	28
5	Presentasjon av resultatene	29
5.1	Tilpasninger til den tredelte foreldrepermisjonen.....	30
5.1.1	Permisjon uten lønn for å forlenge mors tid hjemme med barnet.....	30
5.1.2	«Firkantet system når familier er så forskjellige».....	31
5.2	Permisjonsordningens utfordringer: Amming og ernæring.....	32
5.2.1	Familien ønsket å amme barnet	32
5.2.2	«Ammefri, hvis mulig»	33
5.2.3	Forberede barnet på at mor skal tilbake i jobb.....	34
5.3	Opplevelsen av å bli dratt i flere retninger	35
5.3.1	Følelsen av å måtte balansere barnets beste opp mot økonomi	35
5.3.2	Skvis mellom flink arbeider og flink mor	36
6	Diskusjon	37
6.1	Tilpasninger til den tredelte foreldrepermisjonen.....	37
6.1.1	Individuell veiledning og støtte ut fra familiens behov.....	37
6.1.2	Opplysning vedrørende tilpasninger til den tredelte foreldrepermisjonen	41
6.2	Permisjonsordningens utfordringer; amming og ernæring.....	42
6.2.1	Individuell veiledning og støtte vedrørende amming.....	42
6.2.2	Opplysning vedrørende ammeфри.....	45
6.2.3	Støtte og informasjon vedrørende amming.....	47
6.2.4	Aktualisering av begrensningen.....	47

6.2.5	Opplysning, veiledning og støtte vedrørende fast føde.....	49
6.3	Helsesykepleier som samfunnsaktør.....	50
7	Avslutning.....	52
7.1	Studiens viktigste funn.....	52
7.2	Betydning for praksis.....	53
7.3	Videre forskning.....	53
	Referanseliste.....	55
	Vedlegg 1 - Intervjuguide.....	59
	Vedlegg 2 – Forespørsel om rekruttering.....	61
	Vedlegg 3 – Rekrutteringsskriv med samtykkeskjema.....	63
	Vedlegg 4 – Laminert plakat til rekruttering på helsestasjon.....	66
	Vedlegg 5 – Plakat til rekruttering.....	67
	Vedlegg 6 – Godkjenning fra NSD.....	68
	Vedlegg 7 – Meldingslogg tilleggsopplysninger NSD.....	70

Forord

Dette prosjektet hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten bidrag fra andre, og jeg vil derfor takke de som har hjulpet meg.

Jeg vil først takke de fem informantene mine som stilte opp til intervju, og ville dele deres opplevelser med meg. Deres erfaringer, meninger og refleksjoner har gitt meg økt innsikt i hvordan familier tilpasser seg den tredelte foreldrepermisjonen. Videre vil jeg takke Universitetet i Tromsø, for muligheten til å kunne fordype meg i helsesykepleierfaget, samt min veileder Hilde Laholt for god veiledning.

Til slutt vil jeg takk min lille, svært tålmodige familie. Audun, skientusiasten min, som har byttet mange glimrende skidager til fordel for «veiledning», korrekturlesing og samtaler om amming og ernæring i kombinasjon med foreldrepermisjon. Og de andre dagene holdt alt annet her hjemme på stell. Og Solveig, min tålmodige og forståelsesfulle datter som har holdt ut med en mamma tidvis begravd i bøker. Takk for at dere har vært hjelpsomme, støttende og tålmodige, jeg hadde aldri klart dette uten dere. Jeg vil også takke min søster Marita for støtte og mange timer med nyttige diskusjoner omkring oppgavens tema.

Marte Johansen,

Tromsø, mai 2021

Sammendrag

Bakgrunn: i 2018 og 2019 ble foreldrepermisjonen i Norge delt i tre like store deler; en del til mor, en del til far og en del familien kunne disponere selv. Endringen gjorde at mors betalte foreldrepermisjon ble kortere, noe som kan utfordre muligheten til å følge Helsedirektoratets ammeanbefalinger. Ammeanbefalingene fra Helsedirektoratet er basert på oppsummering av tidligere forskning, og viser til en veldokumentert helsefremmende og forebyggende effekt hos både mor og barn. Helseesykepleiers mandat er forebyggende og helsefremmende arbeid på individ-, samfunn- og systemnivå rettet mot barn og unge og deres familier. Tilnærmet alle småbarnsfamilier er i kontakt med helseesykepleier i barneårene, og helseesykepleier er dermed den fagpersonen familier flest møter oftest.

Problemstilling: Hvordan tilpasser familien seg den tredelte foreldrepermisjonen med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår, og hvordan kan helseesykepleier i sitt arbeid på helsestasjon hjelpe familien til å mestre eventuelle utfordringer?

Teori: Teorigrunnlaget for oppgaven er perspektiver rundt helsefremmende og forebyggende arbeid, samt helseesykepleiers rammer for tjenesten. Relevant tidligere forskning er også beskrevet.

Metode: Studien er kvalitativ. Det er gjennomført fem intervju med mødre som representanter for familien. Intervjuene er analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat: Materialet viser at informantene hadde et forhold til Helsedirektoratets ammeanbefalinger, og ønsket å amme barnet sitt. Dette ble imidlertid utfordrende da den tredelte foreldrepermisjonen reduserer mors betalte del. Flertallet tok derfor permisjon uten lønn, og problematiserte rammene rundt ordningen og konsekvensene disse kan ha for familien. Studien antyder at ammefri som rettighet ikke er godt nok implementert, da både ammende kvinner og arbeidsgivere ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om ordningen. Ammefri lot seg derfor vanskelig gjennomføre i praksis for informantene. Diskusjonen belyser at helseesykepleier innenfor rammene på helsestasjonen kan bidra til at foreldrene mestrer utfordringene de møter gjennom opplysning, støtte og individuell veiledning. Helseesykepleiers rolle som samfunnsaktør blir også gjort rede for.

Konklusjon: Resultatene og diskusjonen antyder at helsesykepleier står i posisjon til å bidra til at foreldre mestrer utfordringer, og bør ha kunnskaper om regelverket vedrørende permisjon og ammefri. Det er behov for videre forskning og diskusjon tilknyttet temaet, da resultatene kan indikere at enkelte utfordringer trolig bør løses på et høyere nivå.

Nøkkelord: Helsefremmende og forebyggende arbeid, tredelt foreldrepermisjon, ammefri, helsesykepleier.

Summary

Background: In 2018 and 2019, parental leave in Norway was divided into three equal parts. The change made mother's paid parental leave shorter, which may challenge the possibility to follow the Norwegian Directorate of Health's breastfeeding recommendations. The recommendations refer to well-documented health-promoting and preventive effects in both mother and child. The public health nurse's mandate is preventive and health-promoting work at the individual, community and system level, aimed at children, young people and their families. Close to all families are in contact with a public health nurse during their child's first year.

Research question: How does the family adapt to the three-part parental leave with regard to breastfeeding and nutrition in the child's first year of life, and how can the public health nurse at the health station help the family master related challenges?

Theory: The theoretical basis for the thesis is perspectives on health-promoting and preventive work, as well as the public health nurse's framework. Relevant previous research is also described.

Method: The study is qualitative. Five interviews were conducted with mothers as representatives of the family. The interviews are analyzed using Malterud's systematic text condensation.

Results: The material shows that the informants had knowledge of the breastfeeding recommendations, and wanted to breastfeed their child. However, this became challenging as the three-part parental leave reduces the mother's paid share. The majority therefore took unpaid leave, and problematized the framework around the scheme and the consequences these may have for the family. The study suggests that the right to breastfeeding leave is not well enough implemented, as both women and employers did not have sufficient knowledge of the scheme. Breastfeeding was therefore difficult to implement in practice for the informants. The discussion sheds light on the fact that public health nurse can contribute to the parents mastering the challenges they face through information, support and individual guidance. The role of the public health nurse as a social actor is also emphasized.

Conclusion: The study suggest that the public health nurse is in a position to contribute to parents mastering challenges, and should have knowledge of the regulations regarding

parental and breastfeeding leave. There is a need for further research and discussion related to the topic, as the results may indicate that some challenges need solutions at a higher level.

Keywords: Health-promoting and preventive work, three-part parental leave, breastfeeding-free, public health nurse

1 Innledning

Temaet for denne oppgaven er tredelingen av foreldrepermisjonen som trådte i kraft i 2018 og 2019, og hvordan denne lar seg kombinere med ammeanbefalingene fra Helsedirektoratet. Oppgaven fokuserer på hvordan familier tilpasser seg med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår, og hvordan helsesykepleier innenfor sine rammer kan bidra til at foreldre mestrer eventuelle utfordringer knyttet til temaet.

Helsesykepleiers mandat er forebyggende og helsefremmende arbeid på individ-, samfunns- og systemnivå rettet mot barn og unge og deres familier (Dahl, 2020c). I 2017 kom det nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjenesten i Norge. Disse inneholder krav til hvordan tjenesten skal være, samt anbefalinger om hvordan innholdet i tjenesten bør være for å oppnå god praksis og forsvarlighet i kommunene. Her anbefales det at alle barn fra null til fem år skal følge et standardisert program med fjorten konsultasjoner på helsestasjonen i løpet av barneårene (Helsedirektoratet, 2017). Tall fra statistisk sentralbyrå viser at over 98 prosent av alle barn er i kontakt med helsestasjonen i løpet av sitt første leveår og regelmessig frem til skolestart (Helsedirektoratet, 2017; Statistisk sentralbyrå, 2020). Dette innebærer at helsesykepleier møter majoriteten av norske familier på helsestasjonen. Målet med arbeidet på helsestasjonen er å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos barn, og å bidra til at foreldre opplever mestring i foreldrerollen. Videre skal helsesykepleier bidra til å fremme godt samspill mellom foreldre og barn, samt forebygge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2017).

Foreldrepermisjonen vi kjenner i dag har sitt opphav fra 1909, da norske kvinner for første gang fikk rett til betalt permisjon etter fødsel. Da ordningen ble innført var det vernet av kvinner i arbeidslivet som var det sentrale målet (NOU 2017: 6). Siden den gang har foreldrepermisjonen vært under stadig utvidelse og endring i takt med samfunnsutviklingen forøvrig (Ellingsæter, 2012). I 1978 fikk far for første gang mulighet til å ta ut lønnet foreldrepermisjon. Ettersom få familier benyttet seg av dette, ble det i 1993 innført en egen kvote med lønnet permisjon tiltenkt far, som i utgangspunktet ikke kunne overføres til mor (NOU 2017: 6). I ettertid har fars rettigheter til foreldrepermisjon vært under stadig utvidelse.

I 2018 og 2019 besluttet regjeringen å dele foreldrepermisjonen i tre like store deler; en del til mor, en del til far, og en del foreldrene kunne disponere selv, også kalt fellesperioden. I 2018 ble tredelingen gjeldene for de som valgte å ta ut 100 prosent lønn i 49 uker (Prop. 74 L

(2017–2018)), og i 2019 også for de som valgte å ta ut 80 prosent lønn i 59 uker (Prop. 4 L (2018–2019)). Med tredelingen av foreldrepermisjonen ville myndighetene fremheve begge foreldrene som omsorgspersoner, samt legge ytterligere til rette for arbeidslivet for begge kjønn. Det ble påpekt at fedres uttak av foreldrepermisjon i stor grad fulgte kvotestørrelsen, og at en tredeling derfor ville være en god avveining mellom styring og valgfrihet (Prop. 74 L (2017–2018)). Tredelingen fikk tilbakemeldinger som problematiserte muligheten til å amme barnet etter anbefalingene fra Helsedirektoratet. Ammefri ble trukket frem som en løsning på dette (Prop. 4 L (2018–2019)).

I de nasjonale retningslinjene for spedbarnsernæring anbefaler Helsedirektoratet at barn bør fullammes i seks måneder, og deretter introduseres for fast føde i form av smaksprøver som tillegg til morsmelken. Fast føde bør introduseres gradvis og økes i takt med barnets signaler og behov. Videre anbefales det at hovednæringskilden til barnet bør være morsmelk hele det første leveåret, og gjerne lengre. Nasjonale retningslinjer for spedbarnsernæring er basert på systematisk kunnskapsoppsummering, og er i tråd med anbefalingene fra Verdens Helseorganisasjon (Helsedirektoratet, 2016).

En rekke studier peker på de positive helseeffektene av morsmelk og amming for barnet (Sundhedsstyrelsen, 2016). Forskning indikerer at amming blant annet reduserer risiko for uventet barnedød, infeksjonssykdommer, inflammatoriske tarmsykdommer, diabetes og fedme i barndommen. Videre kan amming redusere risiko for enkelte typer barnekreft og allergiske sykdommer. De senere årene har forskning pekt på at helsegevinsten ved amming strekker seg utover ammeperiodens slutt, og kan gi helsegevinster for barnet også videre i livet (Sundhedsstyrelsen, 2016). Det er også observert en dose-respons effekt av amming og medfølgende positive helseeffekter, det vil si at effekten øker ved ammeintensitet og lengden på ammeperioden (Renfrew *et al.*, 2012). Når barnet ammes vil det få hudkontakt, nærhet og oppmerksomhet, som er viktig for barnets mentale utvikling (Helsing og Hægkvist, 2008). Det er også funnet positive helseeffekter for ammende mødre som redusert risiko for bryst- og eggstokkreft, samt redusert risiko for utvikling av diabetes type 2 (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Produksjon av melk stimuleres både av mengden barnet ammer og av nærkontakten mellom mor og barn. For å ha mulighet til å opprettholde amming etter oppstart i jobb har mødre i følge arbeidsmiljøloven rett på en time betalt ammefri når arbeidsdagen har en varighet på minst syv timer (Arbeidsmiljøloven, 2013). Faktorer som reisetid til arbeidsted, turnusordninger og type arbeid vil imidlertid kunne påvirke muligheten til å gjennomføre

dette (Helsing og Häggkvist, 2008). På tross av tilretteleggingstiltak vil redusert nærhet til barnet og dermed redusert melkeproduksjon kunne medføre at ammeperioden avsluttes tidligere når mor går tilbake til arbeidslivet. Flere studier peker på at lengden på mors permisjon påvirker lengden på ammeperioden (Nandi *et al.*, 2018; Theurich *et al.*, 2019). Ammefrekvensen i Norge har tidligere sunket parallelt med reduksjon av mors del av foreldrepermisjonen (Jordmorforbundet, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge ønsker mange kvinner å amme barna sine, og studier peker på at amming er verdsatt i vår kultur (Hvatum og Glavin, 2017). Spedkostundersøkelsen fra 2018-2019 viser at fire av fem barn får morsmelk ved seks måneders alder, og omlag halvparten ved tolv måneders alder (Folkehelseinstituttet, 2020). Tallene peker på at ammefrekvensen er høyere i Norge enn i en rekke andre land, og at en av årsakene er en lengre betalt foreldrepermisjon sammenlignet med andre land (Theurich *et al.*, 2019). Etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen ble imidlertid lengden på mors permisjon redusert. Hvis mor tar hele fellesperioden, vil hun være tilbake på jobb når barnet er rundt syv måneder dersom familien velger 100 prosent lønn, og etter omlag ni måneder ved valg av 80 prosent lønn. Dette fordrer at barnet er født til termin, da mors permisjon starter tre uker før termin dato. Jordmorforbundet (2018) har hevdet at mor må ha minst åtte måneders permisjon for å ha en reell mulighet til å gjennomføre anbefalingene om amming fra Helsedirektoratet. Overnevnte peker på en konflikt mellom den tredelte foreldrepermisjonen og gjeldende ammeanbefalinger fra Helsedirektoratet.

Under min praksisperiode på helsesykepleierutdanningen møtte jeg flere foreldre på helsestasjonen som opplevde utfordringer knyttet til amming og ernæring i sammenheng med den tredelte foreldrepermisjonen. Dette fikk meg til å reflektere over hvordan foreldre løste disse utfordringene, og hvordan jeg som helsesykepleier på helsestasjonen kan bidra til at foreldre mestrer denne situasjonen.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i dette har jeg utformet følgende problemstilling:

Hvordan tilpasser familien seg den tredelte foreldrepermisjonen med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår, og hvordan kan helsesykepleier i sitt arbeid på helsestasjonen hjelpe familien til å mestre eventuelle utfordringer?

1.3 Formål og hensikt

Formålet med studien er å utforske hvordan familier håndterer og opplever tredelingen av foreldrepermisjonen med tanke på amming og ernæring. Videre ønsker jeg å greie ut om hvordan helsesykepleier i sitt arbeid på helsestasjonen har mulighet til å bidra til at familien mestrer situasjonen.

Ved å utforske dette er hensikten at studien kan bidra til økt innsikt og bevissthet rundt utfordringene den tredelte foreldrepermisjonen kan ha for amming og ernæring, og videre utforske og synliggjøre hvordan helsesykepleier på helsestasjonen kan bidra positivt for familiene i møte med disse utfordringene.

1.4 Avgrensning og presiseringer

Problemstillingen er todelt. Den første delen omhandler hvordan familier tilpasser seg den tredelte foreldrepermisjonen med tanke på amming og ernæring. Denne delen har jeg utforsket ved hjelp av kvalitative intervju som jeg vil gjøre rede for i oppgavens methodedel. Andre del av problemstillingen omhandler hvordan helsesykepleier kan hjelpe familiene til å mestre eventuelle utfordringer knyttet til situasjonen. I denne delen av problemstillingen diskuterer jeg resultatene fra første del med teori, tidligere forskning og gjeldende rammeverk for helsesykepleiers arbeid som bakteppe.

Gjeldende rammeverk som regulerer arbeidet til helsesykepleier vil også være en avgrensning i oppgaven, da jeg vil diskutere hva helsesykepleier har mulighet til å gjøre innenfor rammene og regelverket som regulerer tjenesten.

Med «tilpasse seg» mener jeg hvordan familiene innordner seg det nye lovverket, hvordan de mestrer disse endringene, samt hvordan de velger å løse situasjonen og hva de vektlegger i vurderingen.

Andre sentrale begreper vil bli belyst under oppgavens teoridel.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av hoved- og underkapitler. I kapittel 2 gjør jeg rede for tidligere forskning jeg har funnet relevant for oppgavens tema og problemstilling. I det påfølgende kapitlet presenteres oppgavens teoretiske ramme, som omfatter helsefremmende og forebyggende arbeid, salutogenese, empowerment og veiledning, samt helsesykepleiers rammer for utførelsen av tjenesten. Kapittel 4 omhandler den metodiske prosessen jeg har benyttet i min oppgave. Her gjør jeg rede for mitt vitenskapsteoretisk ståsted og min forforståelse, samt fremgangsmåten jeg har brukt for å samle data til prosjektet. Videre beskriver jeg analysemetoden jeg har brukt for å komme frem til oppgavens resultat. I dette kapitlet viser jeg også til etiske og metodiske refleksjoner. I oppgavens 5. kapittel legger jeg frem studiens resultater, og besvarer således på første del av problemstillingen. I det påfølgende kapitlet forsøker jeg å besvare andre del av problemstillingen min ved å diskutere resultatene i lys av teori og tidligere forskning. I oppgavens siste kapittel oppsummerer jeg resultatene, samt vurdere studiens betydning for praksis, og komme med forslag til videre forskning.

2 Tidligere forskning

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har utført søk, og presentere tidligere forskning jeg har funnet relevant for oppgavens tema og problemstilling. Jeg har oppsummert funnene fra tidligere forskning under kategoriene «Statlige føringer påvirker ammeperioden», «Mødres prioriteringer og ønsker om å amme», og «Den norske ammekulturen». Til sist presenterer jeg to masteroppgaver som omhandler tredeling av foreldrepermisjonen.

Jeg har gjort systematiske litteratursøk i databasene Pubmed og SveMed+, samt gjort frie søk på biblioteket til Universitet i Tromsø, og i Google Scholar. Jeg valgte databasene Pubmed og SveMed+ fordi begge inneholder forskning innen medisin og helse. PubMed inneholder internasjonal forskning, mens SveMed+ inneholder forskning fra Norden. Jeg ønsket i utgangspunktet å finne forskning fra Norge som omhandlet den tredelte foreldrepermisjonen, da foreldrepermisjon og ammekultur er varierende i forskjellige land. Over mange år har Norge hatt en lang lønnet foreldrepermisjon, og har sammenlignet med andre land en høy ammefrekvens. Jeg fant imidlertid ingen forskningsartikler som direkte omhandlet temaet for denne oppgaven, og endret derfor inklusjonskriteriene til også å gjelde artikler fra andre land

som omhandler kombinasjonen av amming og oppstart i jobb. Jeg valgte også å utvide tidsrammen til å inkludere forskning fra de siste ti årene for å avgrense hvilke artikler jeg ville inkludere. Jeg mener de valgte artiklene er relevante for mitt prosjekt da de peker på faktorer som kan påvirke ammefrekvensen på forskjellige måter. Jeg har inkludert både kvalitative og kvantitative studier, da begge metodene er egnet til å belyse temaet fra forskjellige vinkler. Videre har jeg tatt med både enkeltundersøkelser og oppsummeringer av forskningsartikler. Polit og Beck (2017) anbefaler å bruke artikler skrevet av forskeren selv i litteraturgjennomganger, da oppsummeringsartikler skrevet av andre kan inneholde få detaljer og sjeldent er objektive. Jeg har likevel inkludert oppsummeringsartikler da disse kan peke på fenomener som er gjennomgående i flere studier. Forskningsartiklene jeg har inkludert er publisert i tidsskrifter som er godkjent i Register over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD Norsk Senter for forskningsdata, 2021).

I databasen Pubmed brukte jeg termene «parental leave», «breastfeeding», «work», «nutrition» og «Norway». Dette søket gav ingen treff, og jeg fjernet derfor termen «Norway». Jeg fikk da ni treff. I databasen SveMed+ brukte jeg de samme søkeordene i forskjellige kombinasjoner, og søkte også på norsk med ordene «foreldrepermisjon», «arbeid», «amme», «ernæring», og «Norge». For å avgjøre om artiklene passet i mitt prosjekt leste jeg abstraktene. De jeg anså som relevante ble inkludert. Jeg fant flere aktuelle artikler ved å lese referanselistene til allerede utvalgt forskning, samt gjennom «forslag til lignende artikler» på databasen Pubmed.

I søket på Universitets bibliotek fant jeg flere masteroppgaver som omhandlet tredelingen av foreldrepermisjonen fra forskjellige studieretninger. Jeg har valgt å ta med to av disse, da jeg som nevnt ikke fant forskningsartikler som spesifikt tar for seg den tredelte foreldrepermisjonen. Masteroppgavene er skrevet fra forskjellige perspektiv, men begge inkluderer foreldres opplevelser vedrørende en tredeling av foreldrepermisjonen. Jeg anser derfor disse som relevante for min studie. Den eldste er fra 2010, men jeg har likevel valgt å inkludere denne da den omhandler innføringen av tredelt foreldrepermisjon på Island, noe som kan være sammenlignbart med dagens situasjon i Norge.

Det finnes et solid forskningsgrunnlag på ammingens fordeler for både mor og barn, men grunnet oppgavens fokus har jeg ikke vektlagt dette her.

2.1 Statlige føringer påvirker ammeperioden

Oppsummering av tidligere studier fra forskjellige land viser at lengden på mors permisjon er en viktig faktor for lengden på ammeperioden (Navarro-Rosenblatt og Garmendia, 2018; Theurich *et al.*, 2019). Flere artikler viser til at amming har en bevist helseeffekt for mødre og barn, og at det dermed kan tilrettelegges politisk for helsefremmende og forebyggende arbeid ved å gi mulighet til at barn ammes lengst mulig (Froh *et al.*, 2018; Nandi *et al.*, 2018; Theurich *et al.*, 2019). Et godt tiltak for å gjøre dette er å utvide den betalte foreldrepermisjonen slik at mor kan være lengre hjemme med barnet (Nandi *et al.*, 2018; Navarro-Rosenblatt og Garmendia, 2018). Nandi *et al.* (2018) fant videre i sin litteraturgjennomgang at betalt foreldrepermisjon hadde større innvirkning på ammelengde enn ubetalt, og at lite tydet på at lengre betalt foreldrepermisjon gav negative konsekvenser for arbeidssituasjonen eller økonomien til mødrene videre i livet. Et annet tiltak som kan tilrettelegge for fortsatt amming når mor går tilbake til jobb er å optimalisere forhold på arbeidsplassen med ammefri/ammepauser og lokaler tilrettelagt for pumping og amming (Bai, Fong og Tarrant, 2015; Wallenborn *et al.*, 2019). Wallenborn *et al.* (2019) fant at tilrettelegging for amming på arbeidsplassen gav mor større tro på å mestre kombinasjonen amming og jobb, noe som gav en positiv innvirkning på lengden på ammeperioden. Politiske føringer og lovgivning rundt foreldrepermisjonen og amming påvirker dermed i større eller mindre grad hvor lenge barnet ammes. Videre peker studier på at å forlenge mors permisjon kan bidra positivt sosioøkonomisk, da det kan gi alle familier lik tilgang til forlenget ammeperiode (Nandi *et al.*, 2018; Navarro-Rosenblatt og Garmendia, 2018).

2.2 Mødres prioriteringer og ønske om å amme

Omer-Salim *et al.* (2015) undersøkte hvilke faktorer som spilte inn på mødre som ammet i kombinasjon med å vende tilbake til jobb. Kvinnene i studien hadde seks måneders lønnet foreldrepermisjon. Informantene fortalte om konkurrerende interesser mellom familielivet og jobben. Mødrene strakk seg langt for å kunne amme barnet etter oppstart i jobb, og ofret ofte egne behov for hvile og egentid for å kunne amme og for å oppnå det de opplevde som barnets beste. I prosessen for å oppnå dette involverte de familien. Når de møtte på konflikter prioriterte de barnet og ammingen i det lengste, og noen fant og tok i bruk kreative og alternative løsninger. Likevel gikk flere over til flaskemating da de startet opp i jobb. Flere

opplevde at det ikke ble tilrettelagt på arbeidsplassen, til tross for at de hadde krav på ammepauser. Sulaiman, Liamputtong og Amir (2018) fant at det å komme tilbake i jobb ikke var en absolutt barriere mot å fortsette amming, og at mødre som var fast innstilt på å fremdeles amme etter arbeidsoppstart hadde større sjanse til å gjennomføre dette. Dette understøttes av Wallenborn *et al.* (2019) som fant at mødrenes mestringsforventninger og tro på å klare kombinasjonen amming og arbeidsliv var en viktig forutsetning for å fortsette ammeperioden etter oppstart i jobb. Flere studier trekker også frem støtte til ammende mødre som en faktor som kan bidra til fortsettelse av ammeperioden etter oppstart i jobb (Renfrew *et al.*, 2012; Theurich *et al.*, 2019).

2.3 Den norske ammekulturen

Hvatum og Glavin (2017) trekker frem at amming representerer en grunnleggende kulturell verdi i Norge. I deres studie fant de at mødre ønsket å amme fordi de opplevde amming som det beste for barnet, men også fordi de ønsket å oppfylle kulturelle forventninger. Hvatum, Hjälmhult og Glavin (2014) belyser også forventningene norske kvinner har til å amme fordi amming representerer et kulturelt fenomen. Bakgrunnen for ammekulturen i Norge kan være det økte fokuset på amming de siste tiårene. I dag har vi blant annet ammekyndige helsestasjoner og mor-barn-vennlige sykehus, som har sitt utspring i Verdens helseorganisasjons verdensomspennende tiltak for å fremme amming. Videre har vi en lang lønnet foreldrepermisjon, og arbeidsmiljøloven gir ammende kvinner rett på minst en time daglig betalt fri for å kunne amme barnet sitt. Det kraftige fokuset på amming kan imidlertid være med på å utøve et press for mødre. Dersom ammingen blir utfordrende kan det påvirke samspillet mellom mor og barn (Hvatum og Glavin, 2017). Begge studiene peker på at mødre som har problemer med amming kan ha behov for støtte og informasjon fra helsepersonell for å bedre situasjonen (Hvatum, Hjälmhult og Glavin, 2014; Hvatum og Glavin, 2017).

2.4 Masteroppgaver som omhandler tredeling av foreldrepermisjonen

Øverland (2011) undersøkte i sin masteroppgave hvordan foreldre på Island løste foreldrepermisjonen da den ble delt i tre like store deler. Hver av delene var på tre måneder; en del var forbeholdt mor, en tilhørte far, del tredje delen kunne foreldrene fritt dele mellom seg. Resultatene peker på at familiene valgte løsninger der barnet ble hjemme til foreldrene mente det var modent for barnehage. De fleste mødrene i studien var hjemme med barna i over ni måneder, til tross for at deres lovgitte permisjon var kortere. Mødrene ønsket ikke

likestilling i spedbarnsperioden, og forlenget egen permisjon ved å være hjemme med barnet uten lønn. Slik peker resultatene på et misforhold mellom lovens intensjon om likestilling og mødrenes praksis (Øverland, 2011).

Lund (2020) undersøkte hvilke praktiske implikasjoner den tredelte foreldrepermisjonen hadde for førstegangsførelde i Norge, samt hvordan barnets beste ble ivaretatt og hvordan foreldrene opplevde foreldreskapet etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen. Funnene viste at ammefri fungerte dårlig i praksis for flere av informantene, og foreldrene bekymret seg for om barnet ville få i seg nok mat når mor skulle tilbake i jobb. Videre opplevde flere av mødrene denne perioden som tung, da de følte på at de burde amme etter anbefalingene, men samtidig måtte tilbake på jobb. Foreldrene reagerte også på at barna skulle skifte omsorgsperson i en sårbar tid, samt at permisjonsordningen ikke passet deres familie. Den økonomiske konsekvensen ble også trukket frem.

3 Teoretisk ramme

I dette kapitlet vil jeg presentere det teoretiske grunnlaget som vil være utgangspunktet for å diskutere resultatene fra min studie og besvare min problemstilling. Jeg har valgt å vektlegge forebyggende og helsefremmende arbeid som er helsesykepleiers overordnede mandat. Videre vil jeg inkludere sentrale begrep og arbeidsmetoder som salutogenese, empowerment, og veiledning. Under sistnevnte vil begrepet mestring bli belyst. Jeg vil også presentere rammene for helsesykepleiers utøvelse i arbeidet på helsestasjonen, da jeg anser dette som sentralt for å kunne svare på min problemstilling.

3.1 Forebyggende arbeid

Forebyggende arbeid handler om å forhindre uønskede og negative fenomener. For å kunne forhindre noe må vi gripe inn i årsaker og prosesser før det utvikler seg til problemer, og det er derfor viktig med kunnskap om hvorfor problemer eller skader oppstår (Garsjø, 2018). Kunnskapsgrunnlaget for det forebyggende arbeidet utvikles av epidemiologiske studier, systematisk leting etter faktorer som utgjør en helserisiko, samt årsakssammenhenger mellom sykdom og ulike faktorer (Dahl, 2020b). Det forebyggende arbeidet er mangfoldig og variert, og oppmerksomheten blir gjerne rettet mot det som aktualiserer i nyhetsbilde (Garsjø, 2018). Forebyggende arbeid deles inn i tre nivåer; primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging. Primærforebygging er tiltak som rettes mot hele befolkningen for å forhindre at problem, sykdom eller skade oppstår. Sekundærforebyggende tiltak handler om å

tidlig fange opp allerede oppstått problem eller skade for å begrense varighet eller omfang, mens tertiærforebygging handler om å forebygge eller minimere konsekvensen av problem eller sykdom som har oppstått (Garsjø, 2018).

Helsesykepleier er anmodet om å i hovedsak jobbe ut fra primærforebyggende strategier, i tråd med målsetningen om at helsestasjonene og skolehelsetjenesten skal betjene hele befolkningen. Helsesykepleiere må inneha kunnskap om kausale sammenhenger mellom måter å leve på og sykdomsutvikling for å kunne gi tilstrekkelig informasjon og råd i helsespørsmål (Dahl, 2020a).

3.2 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid går ut på å fremme prosesser og styrke beskyttelsesfaktorer som fører til god helse. Fra forebyggingens problemfokus har det helsefremmende arbeidet et ressursfokus som vektlegger det som bidrar til at folk er friske og har god livskvalitet. Det helsefremmende arbeid er basert på en ideologi fra Verdens helseorganisasjon som fra 1980-årene har arbeidet for å fremme helse. Ideologien går ut på at helsefremmende politikk og virksomhet skal gjennomføres på alle områder i samfunnslivet (Garsjø, 2018). Det helsefremmende arbeidet retter seg både mot individ og samfunn. Sentralt i det helsefremmende arbeidet står ideen om at mennesker må få kontroll over egen helse (Tveiten, 2020).

Det har vært en historisk utvikling i fokuset på det helsefremmende arbeidet (Garsjø, 2018). Helsesykepleiere er aktive aktører av det helsefremmende arbeidet ved å kommunisere med brukere om helserelaterte forholdt, og ved å formidle helseinformasjon. Videre skal helsesykepleiere legge til rette for dialog der brukeren er aktiv med, og brukerens egne tilgjengelige ressursers og mestringsstrategier blir tatt i bruk (Dahl, 2020b).

Sentralt i det helsefremmende arbeidet er salutogenese og empowerment.

3.2.1 Salutogenese

Salutogenese, eller salutogenetisk tenkning legger vekt på beskyttelsesfaktorer og det helsefremmende, og innebærer at en går fra å tenke hvordan unngå sykdom til hvordan fremme helse (Garsjø, 2018). Navnet stammer fra de latinske begrepene salus (helse) og genesis (opprinnelse) og betyr helsens opprinnelse (Lindström og Eriksson, 2015). Den medisinske sosiologen Aron Antonovsky var kritisk til at helseforskning som regel hadde et patologisk perspektiv, og mente vi måtte vektlegge hva som skaper helse, ikke bare fokusere

på sykdommens årsaker og begrensinger (Antonovsky, 1996; Lindström og Eriksson, 2015). Tar vi utgangspunkt i et helsefremmende perspektiv vil vi kunne finne andre løsninger og identifisere ressurser for helse (Lindström og Eriksson, 2015).

Antonovsky hevdet at vi gjennom hele livet befinner oss et sted mellom helse og uhelse, og at stress er en naturlig del av livet. Han kalte dette «kontinuumet mellom helse og uhelse», og illustrerte det med en horisontal linje, der den subjektive opplevelsen av helse og uhelse er ved hver sin ende av linjen. Når vi møter stressende situasjoner kan vi enten oppleve sammenbrudd og dermed bevege oss mot uhelse, eller vi kan takle den stressende situasjonen ved hjelp av salutogenese og bevege oss mot helse (Lindström og Eriksson, 2015).

Antonovsky var opptatt av hva som gjorde at noen mennesker opprettholdt god helse på tross av at de hadde opplevd krevende situasjoner, og introduserte begrepet «opplevelse av sammenheng» (fra engelsk sence of coherence) (Antonovsky, 1996). Opplevelse av sammenheng representerer mestringsevne og motstandskraft hos den enkelte, og kan oppnås når individet opplever at situasjonen er håndterlig, forståelig og meningsfull (Tveiten, 2020). Håndterlig vises til det å ha tilgjengelige ressurser for å kunne takle en stressende situasjon (Lindström og Eriksson, 2005). Antonovsky (1996) kaller dette for den atferdsmessige komponenten i opplevelse av sammenheng. Med forståelig menes det å oppleve situasjonen som forutsigbar og forståelig, og er dermed den kognitive komponenten av opplevelse av sammenheng. Den motiverende komponenten, meningsfullhet, viser til det å finne mening i en situasjon, noe som gjør at en er villig til å investere krefter for å løse den (Lindström og Eriksson, 2005). Meningsfullhet, som utgjør drivkraften i livet, regnes som den viktigste komponenten, men alle tre dimensjonene samspiller med hverandre (Lindström og Eriksson, 2015). Antonovsky (1996) mente kombinasjonen av den kognitive, atferdsmessige og motiverende dimensjonen gjorde «opplevelse av sammenheng» unikt.

Dersom livet oppleves som meningsfullt, forståelig og håndterbart bidrar dette til indre trygghet og tillitt til at man har egne ressurser, og ressurser i omgivelsene, og videre kan benytte disse ressursene på en helsefremmende måte for å mestre situasjonen (Lindström og Eriksson, 2015). Opplevelse av sammenheng er en måte å være, tenke og handle på som skaper mål og mening i livet, og kan gjøre individet i stand til å løse problemer eller håndtere hendelser. Hva som gir grunnlaget for opplevelse av sammenheng vil avhenge av individet og kulturen (Antonovsky, 1996). Det som er av betydning er at individet selv opplever livet som forståelig, håndterbart og meningsfullt (Lindström og Eriksson, 2015).

Forutsetningen for utvikling av opplevelse av sammenheng er at personer har generelle motstandsressurser (Lindström og Eriksson, 2015). Individets generelle motstandsressurser skapes av livsbetingelsene de har, og vil skape ulike motstandsressurser i møte med utfordringer (Walseth, 2009). Dette gjelder både fysiske, psykiske og sosiale forhold på individ- og samfunnsnivå. Det holder ikke bare å ha disse ressursene, en må også kunne ta de i bruk for å bedre helsen. Generelle motstandsressurser kan for eksempel være sosiale relasjoner, penger, kontakt med indre følelser, religion, selvbilde eller kunnskap (Lindström og Eriksson, 2015).

3.2.2 Empowerment

Empowerment er et sentralt begrep innenfor helsefremming. Empowerment kan sees på som en prosess hvor personer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse. Prosessen bidrar til å øke individets kapasitet til å ta valg, og videre til at valgene transformeres til ønskede handlinger og resultater (Tveiten, 2020). Maktomfordeling, medvirkning og annerkjennelse av at brukeren har kompetanse på seg selv er sentralt i empowerment-tenkningen. Empowerment-tenkningen utfordrer det tradisjonelle pasient-behandler synet, da det innebærer en redistribusjon av makt fra fagfolk til bruker, noe som innebærer at brukeren ikke er en mottaker, men en aktiv deltaker. Deltakelse i avgjørelser som berører eget liv er derfor en forutsetning for empowerment (Tveiten, 2020).

Sett i et kritisk lys er det viktig å være bevisst at pasienten ikke nødvendigvis skal bestemme sin egen behandlingsform, men skal ha rett til å medvirke. Ansvaret og myndigheten ligger fortsatt på fagutøveren. Det handler om å stimulere ressursene og mulighetene, fremme energi og krefter, samt redusere faktorer som skaper stress hos den enkelte. Fagutøveren må involvere brukeren gjennom en dialog som inneholder tillit, annerkjennelse og trygghet for å oppnå medvirkning og ressursmobilisering (Tveiten, 2020).

Empowerment kan bidra til at helsepersonell bedre forstår sykdom og problemer fra et brukerperspektiv. Fra brukerperspektivet kan empowerment-prosessen ha betydning for blant annet livskvalitet og bedre helse, ved at prosessen ofte er selvforsterkende og dermed er med på å skape økt selvfølelse, identitet og tilhørighet (Tveiten, 2020). Veiledning er et middel i empowerment-prosessen.

3.3 Veiledning

Veiledning defineres som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettelsesprosess, som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2019, s. 22).

Definisjonen peker på at veiledning er en formell prosess, og at ansvaret i veiledningen er delt; veilederen har ansvar for å legge til rette, mens fokuspersonen har ansvar for å jobbe med egne tanker og handlinger (Tveiten, 2019). Prosessen er relasjonell i form av relasjonen mellom veileder og fokusperson. I omsorg er relasjoner viktige, og veiledningens relasjonelle aspekt trekkes derfor frem som viktig da tillitt og fortrolighet er grunnleggende for veiledning. I veiledningen må relasjonen være støttende, utfordrende og anerkjennende (Tveiten, 2020). Veileder har hovedansvaret for relasjonen, og må derfor være bevisst på at den ivaretas. Det at veiledningen er pedagogisk henger sammen med at læring, vekst, utvikling og mestring er i fokus. At veiledningen er en istandsettelsesprosess kan innebære at fokuspersonen trenger informasjon, råd, kunnskap og stimulering til refleksjon (Tveiten, 2020). Hensikten med veiledningen er at den som blir veiledet skal styrke sin mestringskompetanse. Mestring handler om å ha tilgang på ressurser, forstått som kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr, og å ha evne til å bruke disse. I vår kultur er mestring ofte forbundet med evnen til å utføre en handling, men det inkluderer også de følelsene og forventningene personen har til utførelsen av handlingen. Dette omtales som å ha mestringskompetanse og er noe vi må vedlikeholde og videreutvikle gjennom hele livet. Det at mestringskompetansen styrkes betyr at personen fra før innehar kompetanse til å mestre, og at denne styrkes igjennom fokusering, refleksjon, bevisstgjøring og trening.

Dialogen er hovedformen i veiledningen; en samtale mellom to eller flere likeverdige. Til forskjell fra den dagligdagse dialogen vil dialog i veiledning være fokusert rundt den som får veiledning, og er dermed asymmetrisk. Det er fokuspersonens mestringskompetanse som skal styrkes, følgelig er det vedkomnes anliggende dialogen skal dreie seg om. Det er veilederens ansvar å legge til rette for at dette skjer (Tveiten, 2019).

Definisjonen på veiledning favner bredt, og kan dermed også brukes som et paraplybegrep ved at andre pedagogiske metoder som informasjon, undervisning eller rådgivning kan inngå i veiledningsprosessen (Tveiten, 2020). Helseesykepleiere skal gi veiledning basert på kunnskap i tråd med brukerens ressurser og utvikling. I noen tilfeller må de også gi kvalifiserte råd om en gitt situasjon basert på kunnskap, der den som veiledes står uten erfaring og viten (Misvær,

2017). Veilederen skal primært ikke gi konkrete svar, men legge til rette for at fokuspersonen finner svarene selv. Studier av veiledningens effekt peker på at veiledning kan bidra til økt evne til å uttrykke følelser, økt motivasjon og selvinnsikt, samt trygghet på egen kompetanse (Tveiten, 2019) .

3.4 Tjenestens rammer

Arbeidet i helsestasjon- og skolehelsetjenesten er regulert gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-2), som stadfester at kommunene skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjenester på skoler og helsestasjon. Videre sier folkehelseloven (2011) at folkehelsearbeidet skal fremme helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold i befolkningen, samt bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skader og lidelser. I 2017 kom det nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen og skolehelsetjenesten som satt rammene for det anbefalte innhold i tjenesten (Dahl og Blindheim, 2020). De nasjonale faglige retningslinjene inneholder krav til hvordan tjenesten skal være, samt anbefalinger om hvordan innholdet i tjenesten bør være for å oppnå god praksis og forsvarlighet i kommunene (Helsedirektoratet, 2017).

FNs barnekonvensjon, som Norge ratifiserte i 1991, påvirker også lovgivningen som omhandler barn og unge i Norge. Barnekonvensjonen har sitt utspring i menneskerettighetene, og tar sikte på barns særlige stiling og behov (Smith, 2016). Det grunnleggende innholdet bygger på at barn har samme ukrenkelige menneskeverd som voksne, samt noen særskilte menneskerettigheter (Haugli, 2016). Barnekonvensjonen er overordnet norsk lov, som vil si at hvis norsk lovverk kommer i konflikt med konvensjonen, har sistnevnte forsprang (Kvell, 2008). Konvensjonen har fire generelle hovedprinsipper. Disse er artikkel 2 om ikke diskriminering, artikkel 3 om barnets beste, artikkel 6 om barnets rett til liv og utvikling, og artikkel 12 om barnets rett til å bli hørt (Haugli, 2016). For helsesykepleiere vil prinsippet om barnets beste være av betydning i arbeidet, da prinsippet er grunnleggende for alle handlinger og avgjørelser som berører barn (Kvell, 2008). Konvensjonen innvirker også på hele barneretten både nasjonalt og internasjonalt (Haugli, 2016).

Historisk sett har helsesykepleiers arbeidsoppgaver vært påvirket av samfunnsforhold, offentlig politikk og de gjeldene helseproblemene i samfunnet (Sollesnes og Tønjum, 2008). Helsesykepleiere regnes for å være sentrale aktører i folkehelsearbeidet, og er videre en profesjon som er utviklet i en folkehelsekontekst (Dahl, 2020a). Folkehelse er definert som befolkningens helsetilstand, og hvordan variasjoner innenfor helsen fordeler seg i en

befolkning (Garsjø, 2018). Folkehelsearbeidet er samfunnets innsats for å styrke faktorer som bedrer helsen, samt å svekke faktorer som fører til helserisiko i befolkningen. Det har et fysisk aspekt; påvirke levevaner og levevilkår i befolkningen slik at den enkelte kan bevare helsen lengst mulig. Videre har det et psykisk aspekt; legge til rette for at enkeltindivider og befolkningen skal oppleve respekt, trygghet og mestring, ha god selvfølelse, og føle at de blir sett. Folkehelsearbeidet er i stor grad politisk styrt og har variert basert på ulike syn på helse og sykdom (Dahl, 2020a). Vi kan si at folkehelsearbeid er summen av helsefremmende og forebyggende arbeid (Garsjø, 2018).

Det finnes ingen egne etiske retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Dahl, 2020a). Helsesykepleier skal derfor forholde seg til sykepleiers yrkesetiske retningslinjer i utøvelse av sitt arbeid. Retningslinjene stadfester at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og videre at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2021).

I sin rolle på helsestasjonen skal helsesykepleier gi råd og veiledning basert på anbefalinger fra Helsedirektoratet, og støtte foreldre til å mestre foreldrerollen. Samtidig har helsesykepleiere en kontrollfunksjon, ved at de skal avdekke individer som avviker fra normalen. Ved mistanke eller tegn på skjevutvikling, omsorgssvikt eller sykdom skal helsesykepleier handle. For å unngå å fremstå som en disiplineringsagent fra staten, må helsesykepleier være bevist sin maktposisjon, og skape tillitt til brukerne for å kunne gjøre et faglig godt arbeid. Basert på oppslutningstallene på helsestasjonen er det grunn til å anta at helsesykepleiere balanserer mandatet sitt på en god måte, og at de har opparbeidet seg tillitt i befolkningen (Dahl, 2020c).

4 Den metodiske prosessen

Ordet metode betyr «*veien til målet*» og er fremgangsmåten som benyttes innenfor forskning i innsamling og bearbeiding av informasjon (Malterud, 2017; Thornquist, 2018). Valg av metode avhenger av problemstilling og eventuelle forskningsspørsmål. I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for fremgangsmåten jeg har brukt i min studie for å komme frem til resultatene jeg legger til grunn for å kunne diskutere min problemstilling. Jeg vil starte med å presentere mitt vitenskapsteoretiske ståsted og min forforståelse. Videre vil jeg gjøre rede for valg av forskningsmetode, utvalg og rekruttering av deltakere, samt innsamling av data og analyse av

materialet. Til slutt vil jeg skrive om etiske overveielser og redegjøre for mine metodiske refleksjoner.

4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

For å forstå og tolke mine informaners erfaringer med den tredelte foreldrepermisjonen har jeg latt meg inspirere av hermeneutikken som vitenskapsteoretisk ståsted. Hermeneutikk omtales som fortolkningslære, og handler om fortolking og forståelse av menneskers meninger og erfaringer (Thornquist, 2018). En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2018). Betingelsen for forståelse overhode er at vi kommer til det vi skal tolke med en tanke og erfaringsmessig bagasje som er med å bestemme og fortolke det vi forstår (Thornquist, 2018). For å kunne oppdage noe nytt må vi kunne se forbi vår egen forforståelse, samtidig som det ikke er mulig å være helt nøytrale i følge hermeneutikken, da forståelse betinger forforståelse (Malterud, 2017; Thornquist, 2018). Jeg har derfor tilstrebet å være bevisst min egen forforståelse for å kunne stille meg åpne til å se nye sider innenfor temaet jeg har utforsket.

I hermeneutikken kalles våre samlede tanker og erfaringsmessige bagasje kalles for forståelseshorisonter. Dette handler om oppfatninger og holdninger vi har, som vi ikke retter oppmerksomheten mot, men som er der. Vi har alle våre egne forståelseshorisonter, som omfatter våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger (Thornquist, 2018). Gjennom intervju jeg har gjennomført har jeg fått ta del i mine informaners forståelseshorisonter, med min egen som utgangspunkt. Målet med intervjuene var å utvide min forståelse innenfor dette temaet, og ved at jeg har fått ta del i mine informaners forståelseshorisonter har det skjedd en horisontsammensmeltning, som har utvidet min forståelse ved å inkludere mine informaners forståelse innenfor dette temaet.

Underveis i prosjektet har jeg tilegnet meg ny kunnskap innenfor mitt tema både ved å lese teori og forskning, og gjennom utførelse av intervjuene. Den nye innsikten har påvirket min forståelse av temaet og problemstillingen i studien, og har i sin tur påvirket meg til å søke kunnskap i andre retninger enn jeg i utgangspunktet hadde tenkt. Dette har preget arbeidet mitt fra begynnelse til slutt og gjort at prosessen hele tiden har vært i utvikling. Det har gitt meg en dypere forståelse av temaet ved at jeg har fått innspill som har fått meg til å se på

oppgaven med nye øyne hele veien. Jeg anser dette å være i tråd med den hermeneutiske sirkelen som viser til at vi forstår delene ut av helheten, og deretter helheten ut av delene. Hver gang vi forstår en del av virkeligheten påvirker det vår oppfatning av helheten. Den nye helhetsforståelsen setter delen i nytt lys og kan gi oss en ny forståelse av enkeltdelene, som igjen påvirker helhetsforståelsen (Thornquist, 2018).

Malterud (2017) skriver at all forskning bygger på fortolkning av representasjoner av de forholdene vi ønsker å studere. På tross av at jeg forsøker å legge min forforståelse bort, vil det være jeg som har formulert spørsmålene i intervjuene, transkribert lydopptaket, og analysert innholdet, og min forforståelse vil derfor prege min oppgave.

4.1.1 Forforståelse

Forforståelse beskrives som et erfaringsgrunnlag som er avgjørende for hvordan vi tolker verden rundt oss. Vår forforståelse kan beskrives som en ryggsekk vi tar med oss inn i forskningsprosjektet. Innholdet i sekken påvirker hvordan vi samler, leser og tolker det vi finner (Malterud, 2017). Denne bagasjen kan gi oss styrke og næring i form av engasjement og motivasjon til prosjektet. Den kan også være en være tung bær å bære, som gjør at vi ikke klarer å løfte fokuset nok til å se forbi den. Min forforståelse er preget av mitt engasjement rundt temaet både personlig og gjennom mine studier til helsesykepleie.

I løpet av helsesykepleiestudiet har jeg tilegnet meg kunnskap om amming, ernæring og barns utvikling, samt innsikt i helsesykepleiers faglige retningslinjer og arbeidsmetoder. Da tredelingen av foreldrepermisjonen ble innført var jeg i praksis ved en helsestasjon. Jeg opplevde at flere mødre syntes det var utfordrende å skulle amme etter anbefalingene fra Helsedirektoratet da de måtte tidligere tilbake i jobb. Videre har jeg selv et barn som var avhengig av meg store deler av sitt første leveår. Jeg opplevde at barnet ikke ville ta flaske, tross mange forsøk. Jeg var derfor avhengig av å være tilgjengelig for å kunne fortsette ammingen.

Mine erfaringer påvirker min forforståelse i dette prosjektet. Jeg opplever at det er nettopp disse erfaringene som vekket min interesse rundt temaet. Jeg vil derfor tilstrebe å være bevisst

min forforståelse slik at den kan gi styrke og næring i form av engasjement, heller enn å begrense muligheten til å utforske temaet utover min forforståelse.

4.2 Mitt metodevalg

Med min problemstilling ønsker jeg å utforske hvordan familier tilpasser seg den tredelte foreldrepermisjonen med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår, og hvordan helsesykepleier i sitt arbeid på helsestasjonen kan hjelpe foreldre til å mestre eventuelle utfordringer. Jeg ønsker å utforske menneskers erfaringer og opplevelser av en situasjon, og har derfor valgt en kvalitativ tilnærming. Dette er i tråd med Malterud (2017) som skriver at kvalitative metoder egner seg når vi vil undersøke menneskers erfaringer, opplevelser og verdier.

4.2.1 Kvalitative intervju

Etttersom jeg ønsket å utforske hvordan familier opplever den tredelte foreldrepermisjonen valgte jeg å bruke kvalitative intervju for å utforske problemstillingen. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2015) som skriver at et kvalitativt forskningsintervju kan benyttes når vi ønsker å forstå verden sett fra intervjupersonens ståsted. Videre har jeg valgt å benytte semistrukturert intervju. Dette fordi jeg vil utforske et tema jeg selv er engasjert i, men ønsker ikke at min forforståelse skal hindre meg i å se nye nyanser innenfor temaet. Polit og Beck (2017) skriver at ved utførelse av et semistrukturert intervju kan forskeren få informanten til å fortelle fritt innenfor temaer forskeren har valg. Denne intervjuformen gjør intervjuet lukket, i form av forhåndsbestemte tema, men samtidig åpent, ved at informantene kan fortelle sine egne opplevelser med egne ord. Videre vil et semistrukturert intervju gi deltakerne tid og rom til å hente frem sine erfaringer innenfor et gitt tema (Malterud, 2017).

4.2.2 Intervjuguide

Ved semistrukturert intervju utarbeides en intervjuguide i stikkordsform som skal minne oss om hvilke tema vi ønsker å snakke om (Malterud, 2017). Som tidligere bemerket ønsket jeg å være åpen for å se utenfor min egen forforståelse. Jeg utarbeidet derfor en intervjuguide (vedlegg 1) med forslag til spørsmål, som jeg delte opp i en innledning og to hoveddeler. Jeg startet med å fortelle litt om meg selv, og gjentok noe av informasjonen informantene hadde fått skriftlig i rekrutteringsprosessen. Jeg spurte deretter spørsmål om informanten og hennes familie- og jobbsituasjon. Andre og tredje del av intervjuguiden delte jeg inn i temaene «foreldrepermisjonen» og «ammig og ernæring». Under hvert av disse temaene hadde jeg forberedt noen åpne spørsmål slik at deltakerne kunne fortelle fritt om deres opplevelser.

Dette er i tråd med Polit og Beck (2017) som skriver at en bør unngå ja og nei spørsmål. Spørsmålene var ment som ledetråder til meg selv gjennom intervjuet, og ble ikke fulgt slavisk. Da jeg utformet intervjuguiden gikk jeg bredt ut, for å være åpen for å finne nye aspekter innenfor mitt tema. Underveis i arbeidet med denne oppgaven har jeg fått ny innsikt som har ført til at jeg har spisset fokuset på oppgaven. Malterud (2017) skriver at vi i kvalitative prosjekter ofte drar lærdom av erfaringer underveis i prosessen, og justerer kursen i forhold til dette. Fleksibilitet og ettertanke er derfor sentralt innenfor kvalitativ forskning. I ettertid ser jeg at noen av spørsmålene jeg brukte i intervjuguiden ikke hadde relevans for fokuset jeg valgte å følge videre i mitt prosjekt.

Jeg har i min jobb som sykepleier og helsesykepleier ofte hatt samtaler med pasienter, barn, ungdommer og pårørende, men har aldri utført et forskningsintervju tidligere. For å forberede meg utførte jeg et prøveintervju med en kvinne i 40-årene som ikke passet alle mine inklusjonskriterier. Dette er i tråd med Polit og Beck (2017) som trekker frem prøveintervju som en nyttig forberedelse. Jeg opplevde prøveintervjuet som en verdifull erfaring, da dette var en ukjent rolle for meg. I etterkant lyttet jeg til intervjuet og ble oppmerksom på utydelige formuleringer av spørsmål, samt en ulogisk rekkefølge på spørsmålene i intervjuguiden. Jeg endret derfor intervjuguiden før jeg gjennomførte intervjuene. Videre fikk jeg testet det tekniske utstyret under prøveintervjuet, både diktafonen og den elektroniske plattformen Zoom som jeg gjennomførte intervjuene på. Dette gjorde meg trygg på bruken av programmet og bidro til å unngå forstyrrende elementer og tekniske utfordringer under intervjuene.

4.2.3 Utvalg og rekruttering

Malterud (2017) skriver at perspektivet vi ønsker å belyse problemstillingen fra avgjør hvilke informanter vi velger, og kaller dette et strategisk utvalg. Etersom jeg ønsket å utforske hvordan familier tilpasset seg den tredelte foreldrepermisjonen med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår ville jeg høre foreldrenes erfaringer fra deres perspektiv. Jeg valgte å intervjuere mødre som representanter for familien, da det er mor som ammer barnet og dermed har førstehånds kjennskap til ammesituasjonen. Videre ønsket jeg at informantene skulle ha friske barn, og at de skulle være i en livs- og arbeidssituasjon som gjorde at de kom inn under reglene for den tredelte foreldrepermisjonen. I utgangspunktet ville jeg at informantene skulle amme barnet sitt, ettersom jeg ville utforske disse momentene sammen. Jeg ønsket å utføre intervjuet da barnet var rundt ett år, fordi permisjonsreglene impliserte at

mor da ville være tilbake i jobb, samtidig som hun hadde situasjonen frisk i minnet. Jeg ville intervjuere mødre som behersket norsk skriftlig og muntlig for å unngå språkbarrierer.

Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å gjennomføre intervjuene i Tromsø kommune, fordi Tromsø kommune har en variert befolknings sammensetning. Helsestasjonene i kommunen når ut til flere samfunnslag i både by- og bygdesamfunn. Jeg planla å rekruttere informanter via helsestasjonene, ettersom tall fra statistisk sentralbyrå viser at over 98 prosent av alle barn er i kontakt med helsestasjonen i sitt første leveår og regelmessig frem til skolestart (Statistisk sentralbyrå, 2020). Dette kunne medvirke til et variert utvalg informanter, og slik bidra til et rikere materiell med flere nyanser. Dette er i tråd med Malterud (2017) som skriver at et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan gi mulighet til å beskrive flere nyanser ved samme fenomen.

Jeg utarbeidet en forespørsel om å få rekruttere deltakere på helsestasjonene i Tromsø kommune (vedlegg 2) og sendte denne til lederen for helsesykepleiertjenesten i kommunen. Da jeg fikk godkjennelse til å starte rekrutteringen sendte jeg rekrutteringsskriv med samtykkeskjema (vedlegg 3) til alle helsestasjonene i kommunen. På grunn av den pågående Covid-19 pandemien la jeg ved både informasjonsskriv og laminerte plakater som helsesykepleiere kunne bruke i rekrutteringen av informanter på helsestasjonen (vedlegg 4). På daværende tidspunkt var smittesituasjonen i Tromsø kommune lav, og jeg anså det derfor som realistisk å utføre intervju med personlig oppmøte, men åpnet også opp for å gjennomføre intervjuene på en elektronisk plattform dersom potensielle informanter ønsket dette. Noen uker etter jeg hadde sendt ut rekrutteringsmaterialet til helsestasjonene oppsto det en lokal oppblomstring av Covid-19 i kommunen. Dette gjorde at rekrutteringsarbeidet på helsestasjonene stoppet før det var kommet i gang, og gjorde at jeg måtte tenke nytt for å rekruttere deltakere til prosjektet.

Jeg utformet en plakat (vedlegg 5) som inneholdt opplysninger om prosjektet mitt, og postet denne på min private Facebook-vegg, samt oppslagsider på Facebook. Jeg oppfordret til videre deling, og plakaten ble delt 46 ganger. Dette gjorde at jeg fikk mange henvendelser. For å kunne velge tilfeldige informanter blant henvendelsene jeg mottok, valgte jeg å tilby intervju til hvert tredje person som tok kontakt og som oppfylte studiens inklusjonskriterier. Grunnen til at jeg valgte å selektere deltakere på den nevnte måten, var at henvendelsene ofte inneholdt beskrivelser av erfaringer og opplevelser rundt den tredelte foreldrepermisjonen og amming. Med bakgrunn i min forforståelse ble det derfor riktig for meg å velge ut informanter

tilfeldig, noe som er med på å styrke studiens reliabilitet. Jeg sendte et rekrutteringsskriv som innhold mer informasjon om studien og samtykkeskjema til utvalgte deltakere jeg ønsket å intervju (vedlegg 3).

Underveis i prosessen var det noen som meldte avbud, samtidig som jeg stadig mottok nye henvendelser. Jeg fortsatte derfor å bruke nevnte utvalgsmetode og gjentok prosessen til jeg anså at materialet var tilstrekkelig rikt til å kunne svare på min problemstilling. Jeg var i utgangspunktet usikker på hvor mange informanter det var hensiktsmessig å intervju. Som allerede nevnt gjorde den pågående Covid-19 pandemien at rekrutteringsprosessen ble forsinket. Dette gjorde at jeg ble avhengig av en kontinuerlig videre fremdrift i prosjektet for å bli ferdig innen gitt tidsfrist. Jeg måtte derfor vurdere tiden jeg hadde tilgjengelig til å ferdigstille arbeidet, samt antall informanter i studien, opp mot det Malterud (2017) kaller metning; når man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap. Etter fem intervju opplevde jeg at jeg hadde et rikt datamateriale som kunne svare på min problemstilling, samtidig som jeg hadde mulighet til å ferdigstille prosjektet innenfor den gitte tidsrammen. Malterud (2017) skriver at det er viktigere å ha et riktig utvalgt av informanter enn å ha et bestemt antall. Ved at jeg gjorde et strategisk utvalg av informanter opplevde jeg at det var tilstrekkelig med fem intervju.

Alle informantene var fra forskjellige kommuner i Norge, og hadde fått informasjon om prosjektet via delinger av andre. Jeg oppfattet dette som positivt for studien, da informantene ikke nødvendigvis var fra samme samfunnsklasse som meg, eller delte mine meninger om temaet.

4.2.4 Gjennomføring av intervju

For å kunne gjennomføre intervjuene under den pågående Covid-19 pandemien ble alle intervjuene utført over den elektroniske plattformen Zoom. I forkant av intervjuene sjekket jeg at Zoom var en godkjent plattform til å utføre slike intervju, og oppdaterte min søknad hos NSD (vedlegge 7). Jeg sjekket nettsidene til Universitet i Tromsø, men fant ikke på daværende tidspunkt et klart svar på hvilke elektronisk plattformer jeg kunne bruke. Jeg sendte derfor en e-post til studiekonsulent og datahjelpetjenesten Oraklet. Jeg fikk svar fra sistnevnte som bekreftet at Zoom kunne benyttes. Jeg har i ettertid funnet av nettsidene til Universitetet i Tromsø at Zoom ikke fyller kriteriene for å diskutere fortrolig informasjon (Universitetet i Tromsø, 2021). Fra mitt perspektiv var innholdet i samtalene med mine informanter ikke fortrolig informasjon, men jeg ville likevel valgt en elektronisk plattform

med høyere klarering om jeg skulle utført intervjuene igjen. Dette fordi jeg ikke på forhånd kan vite hva informantene vil fortelle. Videre brukte jeg en diktafon til å ta opp lyden under intervjuene, noe som var en godkjent opptaksløsning på det tidspunktet jeg planla gjennomføringen av intervjuene. Dagens retningslinjer anbefaler bruk av appen “diktafon nettskjema”. For å ivareta informantenes konfidensialitet overførte jeg lydfilene til min personlige passord-beskyttede Onedrive konto etter endt intervju, og slettet deretter opptaket på diktafonen.

Jeg ønsket i utgangspunktet å gjennomføre intervjuene med personlig oppmøte. Dette fordi jeg var redd inntrykkene en får av å møte mennesker ansikt til ansikt ville forringes ved elektronisk gjennomføring. Jeg reflekterte også over om elektroniske intervju kunne medføre at jeg oppnådde dårligere kontakt med informantene. Jeg ble imidlertid positivt overrasket over Zoom møtene, da jeg opplevde at samtalene inneholdt den dybden jeg var redd for å miste, samtidig som jeg fikk god kontakt med informantene. Dette kan ha sammenheng med at både jeg og informantene var hjemme da intervjuene ble gjennomført. Atmosfæren og omstendighetene rundt intervjuene kunne derfor trolig oppleves som mindre formelle. Videre ble båndopptakeren jeg brukte liggende utenfor bildet, noen jeg tenker kan ha bidratt ytterligere til en uformell stemning. Dette er i tråd med Tjora (2017) som skiver at det å skape en avslappet stemning er en viktig forutsetning for å lykkes med et dybdeintervju, slik at informanten føler det er greit å snakke åpent om personlige erfaring. Etter intervjuene har jeg også reflektert over at den pågående Covid-19 pandemien gjorde at alle mine informanter hadde erfaring med bruk av elektroniske kommunikasjonsplattformer. Dette har trolig bidratt til den gode intervjuatmosfæren. Selv om jeg hadde en positiv opplevelse med å utføre intervju elektronisk, er det vanskelig for meg å vurdere kvaliteten på intervjuene opp mot intervju med personlig oppmøte, da jeg ikke har tidligere erfaringer med å utført forskningsintervju.

Intervjuene ble utført i tidsrommet november 2020 til januar 2021. Jeg startet alle intervjuene med å fortelle kort om meg selv og å gjenta oppgavens problemstilling, samt deltakernes rettigheter fra informasjonsskrivet de hadde mottatt i rekrutteringsprosessen. Jeg informerte også alle deltakerne om båndopptakeren jeg hadde liggende ved siden av meg. Jeg fortalte videre om hvordan intervjuet ville foregå, og oppfordret deltakerne til å ta ordet dersom de ønsket å fortelle noe innenfor temaet.

I det første intervjuet opplevde jeg å være litt nervøs, og ble derfor noe bundet av intervjuguiden. Underveis ble jeg mer komfortabel i rollen som intervjuer. Dette gjorde at samtalen fløt lettere, og jeg merket at vi kom inn på mange av temaene og spørsmålene jeg hadde planlagt å stille. Intervjuguiden ble da mer anvendt som en huskeliste enn et manus, som et verktøy for å sikre at samtlige aspekter ved situasjonen ble belyst. Intervjuenes lengde varierte fra 40 – 90 minutter. Etter hvert intervju noterte jeg mine umiddelbare tanker ned i prosjektloggen.

4.2.5 Transkribering

Da jeg var ferdig med intervjuene omgjorde jeg lydopptakene til tekst for å kunne analysere datamaterialet mitt. Denne prosessen kalles transkribering. Malterud (2017) skriver at all transkripsjon er et indirekte bilde av det som har skjedd, fordi mening vil gå tapt eller forvrennes i prosessen. Ved at forskeren gjør transkriberingen selv er det mulig å unngå et oversettelsesledd som innebærer ytterligere filtrering. Jeg transkriberte alle intervjuene selv, noe som også sikret at alle intervjuene ble likt transkribert.

I følge Kvale og Brinkmann (2015) finnes det ingen universell måte å transkribere intervju på, det viktigste er å velge en metode og bruke denne gjennomgående på alle intervjuene. Jeg valgte å transkribere til en skriftlig stil, og ikke ta med pauser, lydord og intonasjon. Hadde intervjuene derimot omhandlet sensitive tema som kunne være utfordrende eller rørende for informantene å snakke om, kunne det vært relevant å ta med for eksempel pauser og intonasjon, da dette kunne utgjøre en mening. Jeg opplevde ikke min oppgave om den tredelte foreldrepermisjonen i kombinasjon med amming og ernæring som et sensitivt tema å snakke om for mine informantene.

Jeg transkriberte alle intervjuene på bokmål, da dialekten til informantene ikke hadde betydning for prosjektet. Dette skapte en ryddig helhetlig tekst, og ivaretok informantenes anonymitet. I forlengelsen av dette valgte jeg å fjerne alle navn og stedsnavn i transkriberingen. For å kontrollere at teksten samsvarte med lydfilen, lyttet jeg til lydfilen en siste gang mens jeg leste gjennom den transkriberte teksten. Etter dette slettet jeg lydfilen.

Det ferdige materialet ble totalt 81 sider tekst med linjeavstand 1,5.

4.2.6 Analyse

For å analysere materialet mitt valgte jeg å bruke Malterud sin systematiske tekstkondensering (Malterud, 2017). Jeg valgte å bruke denne metoden fordi jeg opplevde den

som en ryddig og oversiktlig analysemetode. Metoden består av fire trinn. Første trinn går ut på å danne seg et helhetsinntrykk. Jeg startet derfor med å lese gjennom materialet mens jeg prøvde å sette min forforståelse i parentes. Da jeg var ferdig laget jeg en liste med foreløpige tema, som ble det første steget i organiseringen av materialet. Jeg opplevde at listen med foreløpige tema ble lang, og vendte derfor tilbake til problemstillingen for å prøve og begrense hva jeg skulle fokusere på videre. På det neste trinnet i analysen konsentrerte jeg meg om å trekke ut de meningsbærende enhetene, som er de delene av teksten som sier noe om problemstillingen, og delte disse inn i kodegrupper. Jeg valgte å merke de fem intervjuene i forskjellige farger. Så klippet jeg ut delene av teksten som omhandlet problemstillingen, mens resten av teksten uteble. Malterud (2017) kaller dette for dekontekstualisering; at vi trekker deler av teksten ut fra den opprinnelige sammenhengen og setter disse delene sammen med andre elementer av materialet som sier noe om det samme. Jeg valgte ut fem forskjellige tema som jeg limte det utklippede materialet inn i. Ved å gjøre dette delte jeg materialet inn i kodegrupper. Kodene jeg hadde på daværende tidspunkt på dette steget var «arbeidslivet og amming», «følelser og konflikt», «likestilling», «økonomi» og «tvang fra staten». Jeg måtte gå flere runder med materialet mitt, og se over problemstilling enda en gang for å spisse kodene i forhold til hva jeg ønsket å finne ut. Etter denne prosessen satt jeg igjen med tre koder som jeg har ført inn i tabellen nedenfor. Jeg var da klar for trinn tre i analysen, trinnet som Malterud kaller kondensering. På dette steget leste jeg nøye gjennom materialet i de forskjellige kodegruppene, og delte de videre inn i to til tre subgrupper som skissert i tabellen nedenfor. Deretter kondenserte jeg innholdet i subgruppene til det Malterud (2017) kaller kunstige sitater. Disse sitatene skrev jeg i jeg-form da de representerte meningen i det informantene mine hadde sagt. Jeg fant deretter passende «gullsitater» til subgruppene. Dette er sitater hentet direkte fra det informantene hadde fortalt, som passet inn i subgruppene. På det fjerde trinnet i analysen satt jeg sammen bitene fra de kunstige sitatene og gullsitatene til en helhetlig tekst. Dette kaller Malterud (2017) for å rekontekstualisere, da bitene settes sammen igjen. For å være sikker på at det jeg hadde funnet i analyseprosessen samsvarte med sammenhengen jeg hadde hentet det ut fra leste jeg på dette tidspunktet gjennom transkriberingene mine på nytt. Malterud (2017) har også et femte trinn i analysen som er påfølgende analyserunder, hvor en kan endre intervjuguide eller forskningsspørsmål. Dette trinnet baserer seg på at intervjuene analyseres fortløpende hver for seg. Ettersom det var kort tid mellom mine fem intervju analyserte jeg alle på samme tid, og har derfor ikke tatt med dette trinnet i analysen.

Kode:	Subgruppe:	Eksempel på kunstig sitat:	Eksempler på Gullsitat:
Amming og tilbake i jobb.	<ul style="list-style-type: none"> - Amming viktig for familien. - Ammefri problematisk. - Gjøre de selvstendige i matveien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amming er viktig for meg fordi det er så mange fordeler med det, og en medvirkende årsak til at jeg tok permisjon uten lønn. Jeg hadde problemer underveis, men ønsket om å amme var sterkt og jeg kjempet derfor for det. - Ammefri var ikke en tilgjengelig rettighet for meg, arbeidsgiver var ikke på tilbudssiden og jeg måtte derfor kjempe for å få det. 	«Jeg har på en måte hørt og jeg vet at den melken er bare gull for barnet. Jeg hadde lyst å få det til, ville at hun få i seg alle de næringsstoffene, og at jeg liksom ikke trengte å tenke på «får hun i seg det hun trenger?». Jeg følte at når jeg gav henne puppen så visste jeg det liksom. Da var jeg trygg på at hun fikk det hun skulle. Hun tok puppen, og slapp når hun var mett. Jeg var mye mer sånn, jeg visste at hun fikk i seg det hun skulle da på en måte. Så jeg var nok veldig sånn at: jeg vil få det til»
Tilpasser seg med å løse det på eget vis.	<ul style="list-style-type: none"> - Permisjon uten lønn og ferie. - Løsningen passet ikke familien, vanskelig system. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeg ville være lengst mulig hjemme med barnet på grunn av amming og at det skulle passe i familielogistikken, så jeg tok permisjon uten lønn i tillegg til felleskvoten. - Våre jobber passet ikke inn i permisjonssystemet som gjorde at vi tapte penger eller tid på det. Et uoversiktlig NAV system gjorde også at en kan tape uker. 	«Da ble det liksom sånn «det for faktisk ikke å begynne å jobbe nå», jeg så liksom ikke for meg i forholdt til hvor mange ganger hun ammet i løpet av døgnet og når hun ammet, hvordan skulle jeg liksom klare å legge det opp».
Følelsen av å bli dratt i forskjellige retninger.	<ul style="list-style-type: none"> - Skvis økonomi og barnet. - Skvis mamma og flink arbeider . 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeg syntes det var vanskelig å balansere det økonomiske opp mot det som var det beste for barnet i form av permisjon uten lønn. 	«Så finner man på en måte, en svingete veg på vei til det man tror fungerer best for familien som enhet, også vet man ikke om de valgene en tar er gode. Det er en krevende balansegang å stå i».

4.2.7 Ethiske overveielser

Alle prosjekter som behandler personopplysninger skal i følge personvernloven meldes inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Thagaard, 2018). Jeg meldte derfor inn mitt prosjekt før jeg utførte intervjuene. I søknaden redegjorde jeg for hvordan jeg skulle håndtere

personopplysningene. Etter enkelte presiseringer ble søknaden godkjent (vedlegg 6). I ettertid måtte jeg oppdatere søknaden til NSD i forbindelse med at jeg endret måte å rekruttere deltakere på, samt at intervjuene ble utført elektronisk.

Den nære kontakten mellom forsker og informant stiller spesielle krav til forskerens etiske ansvar (Thagaard, 2018). Informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser av å delta i forskningsprosjektet, og forskerens rolle trekkes frem som viktige etiske retningslinjer for forskere (Kvale og Brinkmann, 2015) .

For å sikre informert samtykke sendte jeg informasjon om studien sammen med samtykkeskjema til informantene i forkant av intervjuene, og gjentok informasjonen i starten av hvert intervju. Videre gav jeg informantene mulighet til å trekke seg fra studien både muntlig og skriftlig, og sørget for å inkludere kontaktinformasjon på både informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet slik at de kunne kontakte meg. Lydfilet fra intervjuene ble overført fra diktafonen og lagret på min personlige passord-beskyttede Onedrive konto. Da dette var gjort, slettet jeg lydfilet fra diktafonen. Deltakerne ble anonymisert under transkriberingen ved at jeg byttet ut deltakernavn med nummer. Jeg utelot også å ta med navn på steder eller personer rundt informantene, da dette ikke var av betydning for resultatene. Videre transkriberte jeg alle intervjuene på bokmål, slik at det ikke var mulig å kjenne igjen dialektene til deltagerne. I den ferdige oppgaven er alle informantene anonymisert. I forkant av intervjuene reflekterte jeg over om deltakelse i dette prosjektet ville medføre ulempe for informantene. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at summen av potensielle fordeler bør veie tyngre enn risikoen for skade ved å delta i et forskningsprosjektet. Ut fra mitt ståsted kan prosjektet belyse sider av et tema informantene hadde engasjement for, og løfte frem utfordringer knyttet til dette, og slik bidra positivt for informantene. Underveis i oppgaveprosessen har jeg også reflektert over hvordan mine informanter blir fremstilt i den ferdige oppgaven. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at intervjueren selv er det viktigste redskapet i innhenting av kunnskap. Med bakgrunn i dette har jeg tilstrebet at informantenes opplevelser og meninger kommer frem i den ferdige oppgaven. Alle informantene deltok frivillig ved at de tok kontakt med meg for å være med i prosjektet.

4.3 Metodiske refleksjoner

4.3.1 Validitet

Intern validitet viser til om en metode er egnet til å gi svar på det vi ønsker å finne ut av (Kvale og Brinkmann, 2015). Malterud (2017) skriver at vi må gjennomgå verktøyet vi bruker for å få frem kunnskapen, og spørre oss selv i hvilken grad metoden og referanserammen er egnet til å gi gyldige svar på de spørsmålene vi stiller. For å ivareta studiens validitet har jeg stilt meg selv spørsmål ved de valgene jeg har tatt underveis i prosessen for å prøve og fange opp svakheter ved prosjektet. I metodekapitlet har jeg redegjort for de valgene jeg har tatt. Jeg ønsket å finne ut hvordan foreldre tilpasser seg den tredelte foreldrepermisjonen med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår. For å svare på dette valgte jeg å intervjuere mødre, da de har førstehånds kjennskap til ammesituasjonen. I etterkant ser jeg at å intervjuere mødre ikke nødvendigvis omhandler familiens opplevelse, men mors opplevelse og tolkning av situasjonen. Dette ser jeg på som en svakhet ved studien ettersom problemstillingen tar utgangspunkt i et familieperspektiv. Jeg ser at å inkludere far i intervjuene kunne gitt en bredere forståelse av familiens opplevelser av situasjonen. Jeg har likevel valgt å vise til «familien» i min problemstilling, da informantene ble betraktet som representanter for familien. Spørsmålene i intervjuene tok sikte på å kartlegge hvordan familiene hadde opplevd situasjonen, og kunne derfor avdekke informasjon utover mødrenes opplevelser.

Ekstern validitet handler om til hvilke sammenhenger resultatene kan gjøres gjeldene utover den konteksten der vi har kartlagt de (Malterud, 2017). Fra mitt synspunkt styrkes min studies eksterne validitet ved at jeg har rekruttert informanter fra forskjellige steder i landet. Det er likevel en svakhet at alle informantene virket til å være fra samme samfunnslag. Informantene hadde utdanning på minst bachelornivå, videre fremkom det av intervjuene at de hadde sosiale nettverk og stabil økonomi. Jeg legger derfor til grunn at informantene ikke representerer alle barnefamilier i Norge. Grunnen til at jeg valgte disse deltakerne var for å sikre studiens reliabilitet gjennom å tilfeldig velge ut hver tredje deltaker som tok kontakt. Jeg ser likevel at deler av resultatene i andre masteroppgaver om den tredelte foreldrepermisjonen samsvarer med mine resultater (Lund, 2020), og at utfordringene mine informanter tok opp har vært diskutert av andre i samfunnsdebatten forøvrig (Hofstad, 2019; Skjelvik, 2018; Stangvik, 2019). Videre trakk informantene frem mange av de samme utfordringene og perspektivene til tross for at de ikke hadde kjennskap til hverandre og alle bodde på forskjellige steder i landet. Dette styrker min studies eksterne validitet.

4.3.2 Reliabilitet

Innenfor alle forskningsprosjekter vil forskeren ha en form for engasjement for prosjektet som ofte er en stor motivasjonsfaktor (Malterud, 2017). Det er viktig å være bevisst sin egen forforståelse og kunne redegjøre for hvordan den kan påvirke prosjektet. Reliabilitet eller pålitelighet viser til om en annen forsker på et annet tidspunkt ville fått samme resultater som meg i dette prosjektet (Kvale og Brinkmann, 2015). For å styrke min studies reliabilitet har jeg forsøkt å være bevisst min forforståelse gjennom hele prosjektet, og redegjort for dette under metoddelen. Dette fremkommer i hvordan jeg har rekruttert informanter, utført intervjuene, samt transkriberingen og analysen. Jeg har tatt et bevisst valg til språkbruk, og har tilstrebet å spørre åpne spørsmål og unngå ledende spørsmål i intervjuguiden og under intervjuene. Videre har jeg brukt direkte sitater i resultatene for at informantenes stemmer skal komme frem.

Selv om jeg har tilstrebet å være bevisst min forforståelse og redegjort for denne, vil kunnskap være et produkt av menneskelig persepsjon, tolkning og samhandling. Uansett metode eller prosjekt vil personen bak prosjektet påvirke prosessen og resultatene av denne. Spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan (Malterud, 2017).

4.3.3 Vurdering av metoden

Med min problemstilling og min forforståelse kunne jeg ha benyttet fokusgruppeintervju for å samle materiale til å svare på problemstillingen. Ved at fokusgruppeintervju utnytter merverdien av samhandling mellom deltakere kunne jeg trolig ha fått frem flere aspekter ved min problemstilling (Malterud, 2017). Dette kunne ha hjulpet meg ytterligere til å se forbi min egen forforståelse, og få belyst nye sider av temaet. Valget falt likevel på individuelle dybdeintervju fordi jeg ønsket at informantene skulle ha tid og rom til å reflektere over sine erfaringer. Videre tenkte jeg at det kunne oppleves som for personlig og nært for enkelte å snakke om sine valg vedrørende tema som amming og økonomi i en gruppe. Den pågående Covid-19 pandemien vanskeliggjorde også å utføre intervju i grupper.

Videre kunne jeg belyst temaet fra et annet perspektiv ved å intervju helseesykepleiere. Jeg kunne da fått innsikt i hvilke utfordringer helseesykepleiere opplevde at familien hadde i forbindelse med amming og ernæring etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen. Videre kunne jeg fått direkte erfaringer fra hvordan helseesykepleiere møter foreldre med

utfordringer innenfor dette temaet på helsestasjonen. Jeg valgte likevel å intervjuere mødre som representanter for familiene, fordi jeg ønsket å finne ut hvordan permisjonsløsningen påvirket amming og ernæring fra familiens perspektiv uten et fortolkende ledd.

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at å utføre intervju avhenger av forskerens praktiske ferdigheter og personlige vurderinger, og at den beste måten å tilegne seg disse praktiske ferdighetene er ved å utføre intervju. Selv om en ikke kan lære et håndverk ved å lese en bok, kan det å sette seg inn i teorien hjelpe en på veien (Kvale og Brinkmann, 2015). Jeg har ikke utført forskningsintervju tidligere, og anser heller ikke mitt prøveintervju som vesentlig grunnlag for erfaring. Jeg har derfor forsøkt å tilegne meg kunnskaper om intervjuprosessen i faglitteraturen. Jeg vil likevel anse min manglende erfaring som intervjuer som en svakhet ved studien.

En annen svakhet ved min studie kan være rekrutteringsmetoden jeg har benyttet. Jeg postet plakaten på min personlige facebookvegg og på oppslagssider på Facebook, og oppfordret til videre deling. Dette gjorde at jeg mistet oversikten over hvor plakaten ble delt. Enkelte av deltakerne fortalte at de hadde funnet informasjon om studien på en Facebookside til en gruppe som var imot den tredelte foreldrepermisjonen. Det er nærliggende å anta at personer som er medlemmer av slike grupper har hatt utfordringer knyttet til den tredelte foreldrepermisjonen, og at de dermed ikke nødvendigvis representerte et gjennomsnittlig utvalg av småbarnsfamilier. Hadde jeg rekruttert deltakere på helsestasjonen som planlagt, før oppblomstringen av Covid-19, kan det tenkes at jeg ville fått et annet utvalg. Likevel kan vi trolig anta at det som oftest vil være de som er mest engasjert i en sak som stiller som informanter i en studie.

5 Presentasjon av resultatene

I dette kapitlet vil jeg presentere resultatene som fremkom av analysen jeg utførte. Jeg har delt resultatene inn i temaene «tilpasninger til den tredelte foreldrepermisjonen», «permisjonsordningens utfordringer: amming og ernæring» og «opplevelsen av å bli dratt i flere retninger». Resultatene gir svar på første del av problemstillingen min; hvordan tilpasser familien seg den tredelte foreldrepermisjonen med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår.

5.1 Tilpasninger til den tredelte foreldrepermisjonen

Det fremkom av analysen at flere av informantene i studien ikke valgte å følge den tredelte foreldrepermisjonen, og at flere følte at permisjonen ikke passet for deres familie.

5.1.1 Permisjon uten lønn for å forlenge mors tid hjemme med barnet

Fire av fem informanter løste den tredelte foreldrepermisjonen i sin familie ved at mor tok permisjon uten lønn i større eller mindre grad. Den femte informanten fortalte at hun i ettertid skulle ønske de også gjorde dette. Hun og familien hennes valgte å ikke ta ulønnet permisjon fordi hun da ville miste rettighetene sine i arbeidslivet. Skulle hun bli skadet eller syk før hun hadde fått opparbeidet disse igjen, ville hun ikke ha krav på sykepenger. Familien syntes derfor dette var en for stor risiko å ta. Dette snakket samtlige informanter om; risikoen ved å ta ulønnet permisjon for mor, samt tap av pensjonspoeng. De som hadde tatt ut ulønnet permisjon oppgav amming og ernæring, samt tid med barnet som hovedårsaker. For noen spilte jobb og familiesituasjon også inn som viktige årsaker, samt det å komme seg etter en tung graviditet. Alle som hadde tatt permisjon uten lønn gav uttrykk for å være fornøyd med valget i ettertid, og flere så på den ulønnede permisjonen som en nødvendighet i deres tilfelle. En informant fortalte om utfordringer forbundet med søvn hos barnet, som gjorde at hun hadde hatt en tøff barsel- og spedbarnstid. Mannen hennes hadde forsøkt å avløse henne med flaske slik at hun kunne få hentet seg inn, men barnet ville bare ha mors bryst. Når den opprinnelige tiden for oppstart i jobb kom, var hverken hun eller barnet klar for det.

«Jeg følte det veldig når jeg kom tilbake til jobb, at nå er jeg klar. Jeg husker jeg tenkte på det når jeg egentlig skulle tilbake på jobb, at dette hadde jeg ikke taklet i det hele tatt. Så det hadde endt med sykemelding eller noe sånn hvis jeg skulle tilbake så tidlig».

En annen informant fortalte om hvordan barnet var avhengig av henne og mors bryst på det tidspunktet hun egentlig skulle ha vendt tilbake til jobb.

«Da var det liksom sånn «det går faktisk ikke å begynne å jobbe nå», jeg så liksom ikke for meg, sånn i forholdt til hvor mange ganger hun ammet i løpet av døgnet og når hun ammet, hvordan skulle jeg liksom klare å legge det opp».

Informanten hadde tidlig kjent på at de ville ta ut ulønnet permisjon, da de hadde forsøkt å gi barnet flaske mens mor var ute fra hjemmet ved tidligere anledning, og opplevd at det ikke fungerte.

«Så da tenkte jeg bare, det forsterker det med jobb, hvordan i alle dager, når det bare blir trist for henne, trist for meg og trist for han, at jeg vet det er sånn hjemme. Jeg så bare ikke for meg at det kom til å gå, så da valgte vi å ta ulønna da».

Permisjon uten lønn var også en medvirkende faktor til forlengelse av ammeperioden for flere av informantene. Alle informantene brukte også ferien sin til å forlenge perioden borte fra jobb, og noen brukte også oppspart ferie fra tidligere år.

5.1.2 «Firkantet system når familier er så forskjellige»

Flere av informantene var i livssituasjoner eller jobber som gjorde at tredelingen av foreldrepermisjonen kompliserte situasjonen for familien. En informant fortalte om ektemannens jobb som vanskelig lot seg kombinere med familielivet, da han var bortreist og tidvis utilgjengelig de periodene han var på jobb. De hadde flere barn, og for å best mulig utnytte hans permisjon valgte de å ta denne gradert, slik at han fikk mer tid med familien over en lengre periode. Ettersom mors permisjon ble kortere med tredelingen, måtte mor nå ha lengre ulønnet permisjon for at dette skulle passe med familiens plan. Dersom far hadde tatt sin del av permisjonen umiddelbart etter mor, ville familien tapt betalte permisjonsdager. Mor ville også fått en større belastning ved å være alene med barna over en lengre periode i etterkant av foreldrepermisjonen. En annen informant fortalte om hvordan de hadde forsøkt å få fars kvote overført til mor, fordi han var deltidsstudent og ikke fikk permisjon fra obligatoriske samlinger på studiet. Etter dialog med NAV ble resultatet at de ikke fikk overføre fars kvote, og familien var redd disse ukene gikk tapt. De følte at reglene ikke tok høyde for alle typer familier, da studiene og permisjonen ikke lot seg kombinere.

Flere informanter problematiserte at det er vanskelig å overføre kvoter mellom mor og far, og at det burde være anledning for familien selv å velge det som passer i deres situasjon. En annen informant trakk frem at alle familier er forskjellige. Videre at det kan være ulike grunner til at barnets beste er å være hjemme med mor eller far, og at dette burde vært mer vektlagt.

«Når det er så individuelt med familier, det er et veldig firkantet system når familier er så forskjellige.....Venninnen min, som nå fikk barn, hun har, begge har egne bedrifter, og da er det ikke så enkelt å ta ut permisjon, og sånn, og da er det kanskje best at hun er hjemme».

Et annet moment hun belyste var det økonomiske aspektet. Hennes mann hadde en årsinntekt på over 6G, men fikk bare dekket inntil 6G i sin permisjon. For familien var det derfor av økonomisk betydning at far fikk en lengre lovpålagt permisjon.

«Så vi taper penger, hver eneste dag han er i permisjon taper vi penger, mange mange tusen».

Videre tok hun opp at fars permisjon måtte oppgis til NAV før mors betalte permisjonstid var over, og at dette kan være lett å glemme dersom mor tar ulønnet permisjon i etterkant av egen del, før fars del. Hvis familien glemmer dette, vil de miste deler av fars permisjon. Dette hadde en annen informant og familien henne opplevd, og dermed mistet en måned av fars permisjon. Dette gjorde at barnet måtte starte i barnehage en måned tidligere enn planlagt. Informanten problematiserte at flere kunne gå glipp av betalt permisjon på denne måten, da hun hevdet at det er blitt vanligere å ta ut ulønnet permisjon etter den tredelte foreldrepermisjonen ble iverksatt. Hun mente også at det som var best for barnet ikke ble vektlagt.

5.2 Permisjonsordningens utfordringer: Amming og ernæring

Å amme var viktig for informantene, og de strakk seg langt for å kunne amme etter anbefalingene fra Helsedirektoratet. Amming og oppstart i jobb ble problematisk for flere.

5.2.1 Familien ønsket å amme barnet

I intervjuene kom det frem at alle informantene var opptatt av å amme barnet sitt, og at alle hadde et forhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet. Noen av informantene hadde flere barn og hadde derfor tidligere amme-erfaring. De fleste hadde også familie eller venner som delte opplevelser og tips om amming, og flere mente at det var noe naturlig som lå i oss. Alle informantene hadde kunnskap om ammingens fordeler også utover det ernæringsmessige, både for mor og barn. Sammen med anbefalingene fra Helsedirektoratet gjorde dette at amming var viktig for familiene. De fleste oppgav at de ønsket å fullamme til seks måneder og delvis amme til ett år som er i tråd med anbefalingen fra Helsedirektoratet. Noen av informantene opplevde utfordringer med amming, men fortsatte med bakgrunn i sin kunnskap om ammingens fordeler. En informant hadde store smerter i forbindelse med amming, noe som vedvarte utover i ammeforløpet, men fortsatte til tross. En annen fortalte hvordan hun la ammingen til natten slik at hun kunne fortsette å amme barnet sitt da hun startet opp i jobb. Mødrene strakk seg langt for å kunne amme barna sine lengst mulig, og det opplevdes som

trygt og riktig for de å amme. Utover den ernæringsmessige komponenten la flere vekt på nærheten og kontakten med barnet både i øyeblikket og betydning av dette i ettertid.

«Jeg har på en måte hørt og jeg vet at den melken er bare gull for barnet. Jeg hadde lyst å få det til, ville at hun få i seg alle de næringsstoffene, og at jeg liksom ikke trengte å tenke på «får hun i seg det hun trenger?». Jeg følte at når jeg gav henne puppen så visste jeg det liksom. Da var jeg trygg på at hun fikk det hun skulle. Hun tok puppen, og slapp når hun var mett. Jeg var mye mer sånn, jeg visste at hun fikk i seg det hun skulle da på en måte. Så jeg var nok veldig sånn at «jeg vil få det til».

Det fremkommer at amming er et viktig moment for hele familien, da alle familiene hadde planlagt permisjonen slik at mor kunne være lengst mulig hjemme for å kunne amme barnet ved at mor tok hele fellesdelen. Flere hadde også reflektert over at de kanskje ikke ville få til ammingen, eller hadde tidligere erfaringer med amming som var negative, men var i utgangspunktet villig til å prøve, og ønsket å få det til.

5.2.2 «Ammefri, hvis mulig»

Alle informantene hadde hørt om ammefri i større eller mindre grad, men ingen fortalte om å ha blitt presentert ammefri som en rettighet de hadde krav på av arbeidsgiver. En av informantene valgte å ikke benytte seg av ammefri fordi hun var ny i jobben sin, og ønsket ikke å «ta seg den friheten». En annen forteller om en lignende episode, hvor hun ved en tidligere anledning ikke hadde lyst å be om ammefri, fordi hun på det tidspunktet var ny i jobben sin. To av informantene hadde planlagt å benytte seg av ammefri for å kunne fortsette ammingen da de starte i jobb etter endt permisjon. Begge opplevde at det ikke ble tilstrekkelig tilrettelagt for ammfri på arbeidsplassen. Den ene informanten fortalte om hvordan hun på forhånd hadde varslet om behovet for ammefri, og hadde planlagt å ta en time i hver ende av vekten. Arbeidsgiver mente dette ikke passet inn i driften og la det derfor til slutten av vekten. Timene på slutten av vekten ble i stor grad praktisert som «ammefri, hvis mulig». Hun ble dermed prisgitt sine kollegaer, og arbeidsmengden på vakt. Dette til tross for at fagforbundet hennes og arbeidsmiljøloven stadfestet ammefriens lengde, og at denne skulle avvikles ut fra behovet hos mor og barn. Noen ganger fungerte det, men det ble en uforutsigbar løsning. Dette resulterte i at far som var hjemme med barnet ikke kunne vite på forhånd om mor kom hjem, og endte derfor ofte opp med å gi barnet flaske i stedet. Den andre informanten som

hadde planlagt ammefri når hun startet i jobb delte lignende erfaringer. Hun hadde også på forhånd varslet om behovet, men ble forespeilet allerede første dag på jobb at det ville bli vanskelig å gjennomføre. Informanten ble opprørt av dette, og arbeidsgiver var derfor villig til å se på det igjen. Det ble likevel ikke leid inn ekstra bemanning for å frigi informanten, noe som resulterte i at hun selv måtte kompensere med å jobbe mer effektivt for å kunne forlate. Dette gjorde at hun ofte ble forsinket og dermed mistet deler av sin ammefri.

«Jeg klarte aldri å gå til de tidspunktene jeg skulle med ammefri, fordi det var ingen som tok over min jobb..... sjefen min var veldig sånn, jeg tror ikke hun var helt oppdatert på sånne ting».

Arbeidsgiver etterspurte også dokumentasjon på amming, og begrenset tiden på ammeferien. Begge opplevde at de selv måtte betale prisen for at ammefri ikke ble tilrettelagt med å jobbe mer effektivt eller overføre arbeid til kollegaene sine for å få ammefri.

En annen informant som valgte å ta ulønnet permisjon, og derfor ikke hadde direkte erfaring med ammefri, problematiserte sine muligheter for ammefri med at det vanskelig ville la seg gjennomføre i hennes yrke. Videre at både yrke og nærhet til arbeidsplassen kan være avgjørende for om ammefri er gjennomførbart.

5.2.3 Forberede barnet på at mor skal tilbake i jobb

Informantene som ikke tok ut lengre perioder med ulønnet permisjon la mye jobb i å gjøre barna uavhengig av mors bryst. En informant fortalte hvordan hun aktivt hadde startet å trappe ned ammingen fra barnet var seks måneder ved å gradvis erstatte brystmåltid med fast føde.

«Det var det at han ikke skulle få for hard overgang når han plutselig var alene med far som ikke hadde noe annet å tilby enn fast føde og vann, så måtte han jo på en måte allerede ha klart overgangen før jeg begynte å jobbe».

En annen fortalte om hvordan hun startet med flasketrening da barnet var to måneder for å forberede seg og for å være sikker på at barnet ville være klart til hun skulle tilbake i jobb. Alle informantene hadde på et tidspunkt følt på at de selv og brystet var svært viktig for barnet, og flere jobbet derfor for å slippe å stå i en situasjon hvor barnet hadde behov for de, uten at de kunne være tilgjengelige. Av de som hadde valgt permisjon uten lønn var det flere som nevnte dette som en av årsakene til at de valgte å være hjemme lengre.

Flere fortalte også om individuelle opplevelser med barnet deres, som at barnet ikke vil ha flaske eller ikke ville spise grøt, som ytterligere problematiserte det å ta bort mors bryst. En informant opplevde allergiske reaksjoner ved innføring av fast føde, og mors bryst ble derfor viktigere for barnet i denne perioden. En annen informant fortalte om hvordan hun prøvde alle grøttypene i butikken, hjemmelaget grøt, samt diverse hjemmelagede smoothies og grønnsaksmos, uten at barnet ville spise dette, da barnet bare ville ha mors bryst eller flaske. De fleste av informantene oppga at lengden på permisjonen påvirket lengden av ammeperioden.

Det å forberede barna på å klare seg uten mors bryst beskrev informantene som stressende. Mange la inn mye jobb i å få barna til å klare seg uten de, og startet derfor tidlig for å være sikre på å få det til. For noen var tanken på å gjøre barnet selvstendig i matveien tilstede gjennom hele permisjonstiden.

«Jeg husker godt at det var et sånn pes, jeg husker jeg tenkte på det, at her må vi, han må ta flaske før jeg begynner på jobb».

5.3 Opplevelsen av å bli dratt i flere retninger

Mange av informantene opplevde å bli dratt i forskjellige retninger da de startet opp i jobb, da de ønsket å tilfredsstille behov og krav fra arbeidslivet, familien og barnet.

5.3.1 Følelsen av å måtte balansere barnets beste opp mot økonomi

Alle informantene la en plan sammen med familien om hvordan de skulle løse foreldrepermisjonen. Noen holdt seg til planen, mens andre endret denne underveis. I planleggingen ble det økonomiske aspektet et naturlig moment hos flere. En informant fortalte hvordan de måtte vekte hva det kostet å være i ulønnet permisjon mot hva de tenkte var det beste for barnet.

«Så finner man på en måte, den svingete veien på vei til det man tror fungerer best for familien som enhet, også vet man ikke om de valgene man tar er gode. Det er en krevende balansegang å stå i».

Flere fortalte at de hadde oppsparte midler som gjorde at de kunne ta permisjon uten lønn, og var usikre på om de kunne gjøre dette hvis de fikk flere barn. Ulønnet permisjon måtte vektes opp mot alle de andre utgiftene familien hadde.

«Hvis jeg ammer neste barn like mye som jeg har gjort til nå, så blir det ikke enkelt, og det er ikke sikkert jeg har fire uker ferie å ta ut, og da må jeg kanskje ta lengre ulønnet. Og da vet man ikke, har man råd til det? Det er mange ting å tenke på, vi har tenkt å kjøpe større leilighet, også skal man i tillegg tenke på at hvis man får et til barn må man spare penger for å være i permisjon fordi man har lyst å amme barnet sitt til ett år».

En informant fortalte om hvordan hun underveis i permisjonstiden hadde kjent på kroppen at det ble for kort tid hjemme med barnet, men at de i planleggingen av permisjonen hadde vektlagt det økonomiske, noe hun angret på i ettertid. Alle informantene vektla det de tenkte var det beste for barna sine.

5.3.2 Skvis mellom flink arbeider og flink mor

Flere av informantene følte på stress, samt å ikke strekke til både på jobb og hjemme i forbindelse med amming. En av informantene som hadde en negativ opplevelse med ammefri fortalte om hvordan hun følte på dårlig samvittighet både overfor barnet og arbeidsplassen. Ettersom det ikke var leid inn ekstra bemanning ble arbeidsdagen svært stressende for henne. Dette førte til at melkeproduksjonen gikk ned, og at ammingen ble redusert. Hun ønsket å kunne benytte seg av ammefri, men hadde også lyst til å være en god kollega og å gjøre en god jobb.

«Men det er liksom mye på samvittigheten, og man vil ikke bare gå fra de en jobber med, og for pasientene sin del, man blir liksom strekt i begge retninger. Man vil hjem til barnet sitt men man vil også gjøre en god jobb».

Den andre informanten som hadde en negativ erfaring med ammefri kjente også på dårlig samvittighet overfor kollegaer og barnet hjemme. Hun fortalte at dette i stor grad gikk utover hennes kollegaer, og at hun flere ganger måtte overføre jobb til andre til tross for at hun visste at de i utgangspunktet hadde nok å gjøre.

«Så da i tillegg til mitt, så blir jo alle berørt av det, det gikk utover alle sammen, så jeg var jo så mye sur».

Hun kjente på mye frustrasjon over situasjonen, og opplevde at konflikten med arbeidsgiver tok mye plass. Hun ønsket å være en flink arbeider og en positiv person, men samtidig opplevde hun å måtte si ifra og kjempe for sine rettigheter for å få amme barnet sitt.

«Ja, det er greit det, men fortsatt så har jeg en baby hjemme, hun er avhengig av at jeg får gått, og at hun kan få amme. Så jeg følte meg, av og til så var det sånn, huff nei, kanskje jeg bare skal la være å sende den mailen, neida, men det går kanskje bra likevel, fordi man skal være så himla flink pike og klare over alt. Så det kjente jeg at jeg bruke mye energi på...Også blir det jo, når alt kommer til alt så er det jo ungen min som er det viktigste»

Hun opplevde at hun og barnet hennes betalte prisen for at arbeidsgiver ikke la opp til at hun kunne ha ammeferie. Dette i kombinasjon med andre hendelser i livet gjorde at hun tilslutt resignerte og tok til takke med tiden hun fikk. Dette gjorde også den andre informantene, da hun ikke ønsket å stå i konflikten.

«Altså det ble bare, det ble så mye dumt. Derfor så gikk bare gnisten litt ut, jeg gidde ikke ta kampen de siste 6 ukene. Så det tenker jeg, det her skulle bare vært tilrettelagt før jeg kom tilbake, det må bare leder tenke på «nå kommer hun tilbake etter permisjon, hun ammer, hun skal ha ammeferie, og da på hennes vakter så må vi sørge for at noen kommer å avløser henne enten på starten eller begge deler da, eller hvordan hun vil ha ammeferien sin».

6 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg med bakgrunn i resultatene mine, samt teori og tidligere forskning, forsøke å besvare andre del av oppgavens problemstilling. Jeg vil diskutere hvordan helsesykepleier innenfor sine rammer kan bidra til at familier som opplever utfordringer knyttet til den tredelte foreldrepermisjonen i kombinasjon med amming og ernæring, kan mestre disse. Jeg har delt diskusjonsdelen i to hovedkategorier, «Tilpasninger til den tredelte foreldrepermisjonen» og «Permisjonsordningens utfordringer; amming og ernæring». Tilslutt i diskusjonsdelen vil jeg belyse helsesykepleiers rolle som samfunnsaktør, som en forlengelse av arbeidet på helsestasjonen. Mitt tredje hovedresultat, som omhandler informantenes følelsesmessige opplevelser, vil bli belyst under de to nevnte hovedkategoriene.

6.1 Tilpasninger til den tredelte foreldrepermisjonen

6.1.1 Individuell veiledning og støtte ut fra familiens behov

De nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen skisserer et standardisert program med fjorten konsultasjoner på helsestasjonen i løpet av barneårene, hvor de første ti er i barnets

første leveår (Helsedirektoratet, 2017). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at over 98 prosent av alle barn er i kontakt med helsestasjonen i løpet av sitt første leveår, og regelmessig frem til skolestart (Statistisk sentralbyrå, 2020). Dette betyr at helsesykepleier er i kontakt med majoriteten av norske barnefamilier, og står i en posisjon der de kan veilede foreldre.

Mine resultater viser at flere av informantene opplevde det som utfordrende å bestemme hvordan de ville løse permisjonskabelen etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen. Flere følte på at de ville være hjemme sammen med barnet over en lengre tidsperiode enn den betalte permisjonstiden, og tilpasset seg den tredelte foreldrepermisjonen ved å ta permisjon uten lønn i større eller mindre grad for å forlenge mors del av permisjonen. De fleste oppgav amming som medvirkende årsak til dette, flere nevnte også familie- og jobbrelaterte årsaker, samt mors helse. Felles for alle var at de tok valg basert på det de tenkte var det beste for familien og barnet sitt. Dette er i tråd med hva Øverland (2011) fant når tredeling av foreldrepermisjonen ble innført på Island; at foreldre tilpasset seg ved at de som hadde mulighet tok fri utover den betalte permisjonen for å kunne gjøre det de opplevde som best for barnet. Valget om å ta permisjon uten lønn hos mine informanter ble vektet mot faktorer som blant annet økonomi og rettigheter i arbeidslivet. Noen fulgte planen de hadde lagt i forkant, andre endret planen underveis. For noen av informantene ble dette en krevende balansegang, og flere oppgav en følelse av å bli trukket i flere retninger. Informantene problematiserte også at permisjonsordningen ikke passet alle familier.

I følge Tveiten (2019) er veiledning en relasjonell og pedagogisk istandsettelsesprosess, hvor målet er at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes ved at en kan bli bevisst og få tilgang på sine egne ressurser og evne å bruke de. Helsesykepleier som fagutøver har kunnskap om barns generelle behov og utvikling, og foreldre har kjennskap til sin livssituasjon og sitt barn. Ved individuell veiledning kan helsesykepleier gjennom dialog utforske familiens ønsker, muligheter og rammer. Ved at helsesykepleier møter familien ofte har en også mulighet til å skape en relasjon til familien. Relasjon er viktig i all omsorg, og tillitt og fortrolighet er karakteristiske trekk ved veiledningen (Tveiten, 2020). Basert på dette vil jeg hevde at helsesykepleier, gjennom konsultasjonene på helsestasjonen, har mulighet til å veilede foreldre individuelt angående hvordan de løser foreldrepermisjonen. Helsesykepleier kan dermed legge til rette for at familien kan mestre situasjonen gjennom veiledning og empowerment-prosessen.

Empowerment sees på som en prosess hvor individer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse, og bidrar til å øke den enkeltes kapasitet til å ta valg for å oppnå ønskede handlinger og resultater. Maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av at brukeren har kompetanse på seg selv er sentralt i empowerment-prosessen (Tveiten, 2020). Gjennom veiledning og empowerment-prosessen kan helsesykepleier stimulere foreldres ressurser og muligheter og bidra til at foreldre kan tilpasse permisjonen selv slik de ønsker innenfor sine rammer. Dette kan bidra til en opplevelse av å mestre situasjonen.

Å fokusere på foreldres ressurser i stedet for utfordringene tredelingen av foreldrepermisjonen utgjør, er i tråd med den salutogene tilnærmingen. I følge Antonovsky er vi gjennom hele livet et sted mellom helse og uhelse, og vår opplevelse av sammenheng er avgjørende for hvordan vi løser problemer eller håndterer hendelser (Lindström og Eriksson, 2015). Den atferdsmessige komponenten av «opplevelse av sammenheng» viser til om vi tror en situasjon er påvirkelig, og dermed håndterbar (Lindström og Eriksson, 2005). Fra mitt perspektiv kan den individuelle veiledningen være med på å bevisstgjøre foreldrene deres egne ressurser og muligheter i situasjonen, og kan slik bidra til at situasjonen oppleves som påvirkelig og håndterbar. Individuell veiledning kan således legge til rette for at foreldre beveger seg i retning mot helse i lys av Antonovskys «opplevelse av sammenheng».

De yrkesetiske retningslinjene helsesykepleier skal følge i utførelsen av sitt arbeid stadfester at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2021). Fra mitt perspektiv understreker også de yrkesetiske retningslinjene individuell veiledning ved at en skal ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ønsker og muligheter.

Videre vil jeg hevde at helsesykepleier må bruke sitt faglige skjønn i den individuelle veiledningen. Clancy (2020) trekker frem at helsesykepleiere må bruke faglig skjønn og ta utgangspunkt i menneskene de møter og deres situasjon. Som helsesykepleiere må vi se bort fra vår standardiserte viten og vende oppmerksomheten mot de vi møter. Vi kan aldri ha svarene på forhånd, og dette fordrer at vi er åpne og undrende i møte med brukere av tjenesten. Det faglige skjønn kommer til uttrykk i hvordan helsesykepleiere vurderer og tilpasser kunnskapsgrunnlaget med åpenhet om alt vi ikke vet, og sørger for at vitenskapelige fakta tolkes og tilpasses situasjonen (Clancy, 2020).

I tillegg til å veilede foreldrene vedrørende den tredelte foreldrepermisjonen, kan helsesykepleier også være en støtte for foreldrene. Flere av mine informanter var usikre på om løsningen de valgte ble riktig. Ruud (2008) fant at anerkjennende støtte fra helsesykepleier hadde betydning for mestring av foreldrerollen. Å støtte foreldrene trekkes også frem i de nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen, som fastslår at familien bør sees på som en enhet, da foreldrenes psykiske helse og trivsel, samt deres opplevelse av å håndtere og å mestre hverdagslivet har betydning for barnets oppvekst (Helsedirektoratet, 2017).

I følge Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng er generelle motstandsressurser en forutsetning for å kunne håndtere utfordringer i livet (Lindström og Eriksson, 2015). Fra mitt perspektiv kan de hyppige konsultasjonene på helsestasjonen bidra til at helsesykepleier får innsikt i foreldrenes liv utover det konkrete som skjer på konsultasjonene. De nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen skisserer at foreldrenes sosiale nettverk, trivsel og psykiske helse bør belyses under konsultasjonene (Helsedirektoratet, 2017). Dette gjør at helsesykepleier kan ha mulighet til å identifisere foreldrenes manglende motstandsressurser. For å øke foreldrenes sosiale støtte kan helsesykepleier opplyse om sosiale tilbud som åpen barnehage og barselgrupper, samt tilby kurs og foreldreveiledningsprogrammer dersom foreldrene kan ha nytte av dette. Videre skal helsesykepleier vurdere behovet for tverrfaglig samarbeid, og ha oversikt over avlastnings- og støttetiltak som finnes i kommunen (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleier kan dermed bidra noe på veien for å hjelpe foreldrene til å finne, samt å benytte seg av sine motstandsressurser på enkelte områder.

Konsultasjonene på helsestasjonen skal imidlertid romme mange tema. I de nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen er det skissert fra sju til tretten tema for foreldreveiledning/helseopplysning for hver konsultasjon i barnets første leveår (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleier skal også utføre vaksinerings, og i tillegg observere barnet med tanke på fysisk og psykisk utvikling, samt med tanke på vold og overgrep. Barnet skal også veies og måles, og alt dette innenfor en tidsramme på 45-60 minutter. Dette peker på at helsesykepleiere på helsestasjonen allerede har mange oppgaver som skal utføres, samt mange tema foreldrene bør veiledes på. De nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen fastslår likevel at konsultasjonene bør ta utgangspunkt i barnet og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår (Helsedirektoratet, 2017).

Helsesykepleiers overordnede mål med arbeidet på helsestasjonen er blant annet å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos barn, og å bidra til at foreldre opplever mestring i

foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2017). Slik jeg tolker de nasjonale faglige retningslinjene bør derfor konsultasjonene ta utgangspunkt i det som opptar familien for å kunne oppnå dette. Hvis foreldrene opplever utfordringer knyttet til å vekte ulike momenter i forbindelse med foreldrepermisjonen, bør helsesykepleier veilede foreldrene på dette. Hva som opptar hver enkelt familie er individuelt, det er derfor viktig at helsesykepleier gir individuell veiledning med bakgrunn i familiens utfordringer. Dersom dette gjør at andre viktige momenter av konsultasjonene blir tilsidesatt, kan helsesykepleier avtale oppfølgingskonsultasjoner for familien.

Fra mitt perspektiv peker det overnevnte på at helsesykepleiere bør arbeide ut fra sine overordnede mål om å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos barn, og prioritere hva som bør vektlegges på hver enkelt konsultasjon. Basert på dette bør helsesykepleier gi individuell veiledning og støtte i møte med familier som opplever utfordringer knyttet til den tredelte foreldrepermisjonen.

6.1.2 Opplysning vedrørende tilpasninger til den tredelte foreldrepermisjonen

Flere av mine informanter opplevde at den tredelte foreldrepermisjonen ikke passet deres familie. Noen tapte penger på at far måtte ta ut lengre permisjon, andre mistet betalte permisjonsuker på grunn av at foreldrenes yrker ikke passet inn i systemet. Dette samsvarer med funnene til Lund (2020), som viser at foreldre opplevde at den tredelte permisjonsordningen ikke passet alle familier. Mine informanter problematiserte reglementet til NAV, og det ble trukket frem av flere at hvis fars permisjon ikke ble meldt inn før mors betalte permisjon var over, tapte familien betalte permisjonsuker på dette. Jeg vil derfor hevde at helsesykepleiere bør ha kjennskap til permisjonsreglementet for å kunne opplyse foreldrene om gjeldende regelverk. Dette i lys av at helsesykepleier er en fagperson som møter familiene hyppig i den aktuelle tidsrammen, og dermed har anledning til å opplyse foreldrene slik at de kan unngå å havne i en situasjon der de mister betalte permisjonsuker. Vi kan også anta at kunnskap om regelverket kan være av betydning i den individuelle veiledningen av foreldrene med tanke på hvordan de kan løse sin situasjon rundt den tredelte foreldrepermisjonen.

Fra mitt perspektiv vil det å ha kunnskap om regelverket være i tråd med helsesykepleiers mål med tjenesten på flere nivå. Det kan tenkes at å tape betalte permisjonsuker familien har planlagt å benytte seg av kan by på utfordringer både økonomisk, praktisk og emosjonelt.

Informasjon som kan unngå dette vil således være til barnets beste og kan gi foreldrene bedre mulighet til å mestre foreldrerollen.

Helsesykepleie er et yrke som er utviklet i en folkehelsekontekst, og helsesykepleiers arbeidsoppgaver har dermed fulgt samfunnets utvikling forøvrig (Dahl, 2020a). Mine resultater og oppslag i samfunnsdebatten peker på at de nye permisjonsreglene og påfølgende utfordringer er av betydning for foreldre i dagens samfunn, og derfor noe helsesykepleier bør ha kunnskap om sett i lys av yrkets folkehelsekontekst (Skjelvik, 2018; Stangvik, 2019). Videre vektlegger de yrkesetiske retningslinjene å holde seg oppdatert på forskning og utvikling, samt å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2021). Også dette bygger opp under min påstand om at helsesykepleier bør ha kjennskap til reglementet rundt den tredelte foreldrepermisjonen. Regelverket til NAV er imidlertid omfattende og det finnes flere unntak fra hovedregelen (NAV, 2021). Det vil derfor være urealistisk at helsesykepleiere kan ha fullstendig innsikt i regelverket. Helsesykepleiere kan imidlertid ha oversikt over de mest sentrale problemstillingene slik at de eksempelvis kan opplyse familiene vedrørende innmelding av fars permisjon for å unngå tap av betalte permisjonsuker.

Ved at helsesykepleiere har kunnskap om ordningen og videre kan opplyse foreldrene om rammene rundt den tredelte foreldrepermisjonen, kan de bidra til å utvide foreldrenes forståelse av situasjonen. Det kan tenkes at informasjon i kombinasjon med individuell veiledning kan bidra til at en utfordrende situasjon kan oppleves som mer forutsigbar og forståelig for foreldrene. Forståelse er den kognitive komponenten i «opplevelse av sammenheng», som viser til faktorer som er medvirkende til at individet kan mestre utfordringer (Lindström og Eriksson, 2005). Fra mitt perspektiv kan dermed helsesykepleiers kunnskap og opplysning om regelverket rundt den tredelte foreldrepermisjonen være en faktor som kan legge til rette for at foreldre kan mestre utfordringer sett i lys av Antonovskys «opplevelse av sammenheng».

6.2 Permisjonsordningens utfordringer; amming og ernæring

6.2.1 Individuell veiledning og støtte vedrørende amming

Det fremkommer av intervjuene at alle informantene hadde kunnskap om ammingens helsefremmende og forebyggende egenskaper. Tidligere studier viser til at norske mødre har et sterkt ønske om å amme. Bakgrunnen for dette er at de fleste kjenner til de helsefremmende

og forebyggende egenskapene ved amming, og fordi det anses for å være det riktige å gjøre i vår kultur (Hvatum og Glavin, 2017). Resultatene fra min studie viser at informantene hadde ønske, vilje og motivasjon til å amme. Andre studier peker på at mødres motivasjon og ønske om å amme er en faktor som kan forlenge ammeperioden etter oppstart i jobb (Omer-Salim *et al.*, 2015; Sulaiman, Liamputtong og Amir, 2018; Wallenborn *et al.*, 2019). Videre er det påvist en sammenheng mellom lengden på mors permisjon og ammeperioden (Nandi *et al.*, 2018). Med bakgrunn i at mødrenes betalte permisjon har blitt kortere etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen, kan det tenkes at mødres motivasjon til å amme kan være en faktor som bidrar til å forlenge ammeperioden.

De nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen skisserer amming og ernæring som et tema som bør tas opp på samtlige konsultasjoner i barnets første leveår (Helsedirektoratet, 2017). Veiledningen har bakgrunn i de nasjonale faglige retningslinjene for spedbarnsernæring, som anbefaler fullamming til seks måneder og delvis amming til minst ett år (Helsedirektoratet, 2016). Samtlige av mine informanter hadde hørt om disse anbefalingene fra venner, familie, gjennom jobben, eller fra helsepersonell. De generelle anbefalingene er i dag også synliggjort på brosjyrer og i informasjon fra Helsedirektoratet, og er lett tilgjengelige for allmenheten. Dette peker på at disse rådene er veletablerte i vårt samfunn, og at majoriteten av de som har fått barn har et forhold til disse generelle anbefalingene. Dette fant også Hvatum og Glavin (2017) i deres studie.

Resultatene mine antyder imidlertid at tredelingen av foreldrepermisjonen kan vanskeliggjøre å amme etter anbefalingene fra Helsedirektoratet, da mors betalte permisjon har blitt kortere. Dersom helsesykepleier ikke er bevisst foreldrenes situasjon, kan disse generelle anbefalingene bidra til å skape press på foreldre som ikke har mulighet til å følge de. Ved individuell veiledning vil helsesykepleier kunne ta utgangspunkt i familiens muligheter, ressurser og rammer. Dermed kan vi unngå at generelle anbefalinger trekkes frem som den eneste riktige løsningen, og videre kan oppleves som en belastning for familien. Tidligere studier peker på at helsepersonell bør ta hensyn til familiens individuelle situasjon, og at informasjonen om fordelene ved amming bør være tilstrekkelig balansert og nyansert for å forhindre at de påfører foreldrene skam i de tilfellene foreldrene ikke klarer å følge disse (Hvatum og Glavin, 2017). Hvatum, Hjälmhult og Glavin (2014) fant at norske mødre hadde forventninger om å mestre ammingen, og dersom dette ble komplisert kunne de ha behov for tilpasset veiledning og støtte for å mestre situasjonen. Dette understreker viktigheten av at vi som helsesykepleiere individuelt veileder foreldre vedrørende amming og ernæring, og videre

støtter familier som opplever utfordringer med ammesituasjonen. Individuell veiledning om amming og ernæring trekkes også frem i nasjonale faglige retningslinjer både for helsestasjon og for spedbarnsernæring (Helsedirektoratet, 2016).

Nettopp fordi amming står så sterkt i vårt samfunn stiller jeg meg undrende til om amming etter anbefalingene utelukkende er det beste alternativet for alle familier etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen. Amming er et veldokumentert helsefremmende og forebyggende tiltak med fordelaktige egenskaper for både mor og barn. Jeg vil likevel hevde at den veletablerte norske ammekulturen i noen tilfeller kan skape belastning for familier som har problemer med å følge anbefalingene fra Helsedirektoratet etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen. Flere av mine informanter fortalte om utfordringer knyttet opp mot amming etter anbefalingene og tidligere oppstart i jobb. Mine informanter taklet denne utfordringen, men det fremkom at dette kan by på utfordringer for småbarnsfamilier. Et ensidig fokus på amming kan fra mitt perspektiv forringe andre viktige faktorer i barnets første leveår, i de tilfeller der omsorgspersonene blir utilgjengelig for barnet i forsøket på å få ammingen til å fungere. Dette understøttes av tidligere studier som fant at en stressfylt ammesituasjon kan bidra til at mødre føler en distanse fra barnet (Hvatum, Hjälmhult og Glavin, 2014). Samspillet mellom foreldre og barnet er betinget av forutseende og følsomme omsorgspersoner, og det første leveåret er essensielt for utviklingen av en trygg tilknytning som videre påvirker utviklingen av hjernestrukturer. Dette har igjen betydning for god kognitiv, sosial og emosjonell utvikling videre i livet (Gerhardsen, 2017; Helsedirektoratet, 2017). Foreldrenes psykiske helse, trivsel, plager eller sykdom, samt deres opplevelse av å håndtere og mestre dagliglivet har som tidligere skissert betydning for barnets oppvekst (Helsedirektoratet, 2017). Videre peker studier på at dersom ammesituasjonen skaper stress, kan det å gå over til flaske redusere stress og bedre samspillet mellom mor og barn (Hvatum, Hjälmhult og Glavin, 2014).

Helsesykepleier må arbeide ut fra sitt overordnede mål på helsestasjonen, og sammen med foreldrene vekte anbefalinger, muligheter og rammer hos den enkelte familien. Sitasjonen fordrer at helsesykepleier bruker sitt faglige skjønn for å unngå at generelle anbefalinger blir en byrde for familien. Clancy (2020) skriver at helsesykepleierfaget består av både evidensbasert kunnskap og skjønn, og at konsultasjonene med helsesykepleiere består av mer enn det som lar seg begrepsfeste. Vitenskap og generalisert kunnskap kan ikke erstatte skjønnsutøvelsen. Det faglige skjønnnet sørger for at vitenskapelig kunnskap tolkes og tilpasses situasjonen (Clancy, 2020).

Dette understreker viktigheten av helsesykepleiers individuelle veiledningen for den enkelte familien vedrørende amming og ernæring, og peker på at familiens beste ikke utelukkende er å følge gjeldende anbefalinger. For noen kan det å avslutte ammingen tidligere enn anbefalingene foreslår være det riktige valget. Også her peker de yrkesetiske retningslinjene for sykepleier på viktigheten av individuell veiledning ved at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2021).

6.2.2 Opplysning vedrørende ammefri

Resultatene mine viste at ammefri hadde vært vanskelig for flere av informantene. De som hadde planlagt å benytte seg av ammefri etter endt foreldrepermisjon, opplevde at det ikke ble tilstrekkelig tilrettelagt på arbeidsplassen. Videre problematiserte flere informanter muligheten til å benytte seg av ammefri i forskjellige yrker og familiesituasjoner. Mine resultater er i tråd med Lund (2020) som fant at ammefri hadde vært vanskelig å gjennomføre for hennes informanter etter oppstart i jobb. Studier fra andre deler av verden peker også på at ammefri kan være utfordrende å gjennomføre (Omer-Salim *et al.*, 2015). En av mine informanter fortalte at hun ikke ville «mase» om ammefri da hun var ny i jobben, en annen fortalte om en lignende hendelse. Slik jeg tolker resultatene mine peker dette på en oppfatning blant arbeidsgivere og til dels blant arbeidstakere om ammefri som et gode, men ikke nødvendigvis en rettighet hjemlet i Arbeidsmiljøloven. De fleste av mine informanter opplevde derfor ikke ammefri som en tilgjengelig rettighet. Fra mitt perspektiv vil rettighetene ammefri innebærer være desto viktigere etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen. Dette for å kunne opprettholde lengden på ammeperioden til tross for at mors permisjon har blitt kortere. Tidligere studier viser en sammenheng mellom lengden på mors permisjon og lengden på ammeperioden, men også at tilrettelegging på arbeidsplassen kan bidra til å forlenge ammeperioden (Bai, Fong og Tarrant, 2015; Wallenborn *et al.*, 2019). Regjeringen Solberg, som innførte den tredelte foreldrepermisjonen, trekker også frem ammefri som en løsning for å kunne følge Helsedirektoratets ammeanbefalinger, tross tidligere oppstart i jobb for mor (Barne- og likestillingsdepartementet, 2018).

Overnevnte peker på at ammefri bør løftes frem som den rettigheten det er, både for arbeidsgivere og for ammende mødre. Det er store forskjeller på mødre, arbeidsplasser og barn, men Arbeidsmiljøloven §12-8 gir kvinner som ammer rett til minst en time betalt fri daglig (Arbeidsmiljøloven, 2013). Videre påpeker arbeidstilsynet at ammende mødre har rett

på ubegrenset fri uten lønn i den grad de selv finner dette nødvendig for å gjennomføre ammingen. Behovet hos mor og barn skal legges til grunn for hvor lenge og når på dagen ammefri avvikles. Dersom dette medfører ulemper for arbeidsgiver, er arbeidsgiver ansvarlig for å finne løsninger på dette i samråd med ammende mor (Arbeidstilsynet, 2021).

Ved at oppslutningen på helsestasjonen er så stor, har helsesykepleier mulighet til å gi informasjon som vil nå store deler av norske barnefamilier. I de nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen er veiledning og helseopplysning oppgitt som arbeidsmetoder, videre skisseres det forslag til tema. Amming og ernæring er som tidligere nevnt et tema som går igjen på samtlige konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2017). Jeg vil derfor hevde at helsesykepleier bør opplyse om hva rettigheten ammefri innebærer til foreldre som står i en posisjon til å kunne benytte seg av denne. Som tidligere skissert mener jeg ammefri kan være et viktig tiltak da det kan forlenge ammeperioden til tross for at mors permisjon har blitt kortere grunnet den tredelte foreldrepermisjonen. Videre er de helsefremmende og forebyggende egenskapene ved amming hos både mor og barn forankret i forskning. Opplysningsarbeid vedrørende rettigheten ammefri vil derfor være i tråd med helsesykepleiers overordnede mandat som er å drive helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er rimelig å anta at ammefri kan bli mer tilgjengelig ved at flere har kjennskap til hva rettigheten innebærer, og at dette i neste omgang kan bidra til at flere benytter seg av den. Mine resultater viser at enkelte familier ikke hadde fullstendig kjennskap til hva rettigheten innebar, noe som kan ha medvirkende til at de ikke benyttet seg av den. Ved å informere om hva ammefri innebærer kan det tenkes at flere foreldre vil benytte seg av denne rettigheten som en løsning når mor går tilbake i jobb. Det er imidlertid flere faktorer som vil påvirke om det er mulig å gjennomføre ammefri, som type jobb, avstand til arbeidsplassen og turnusordninger, men jeg vil likevel hevde at en bevisstgjøring vil kunne føre til økt bruk for flere (Helsing og Hægkvist, 2008).

Mine resultater peker på at arbeidsgivere ikke nødvendigvis har tilstrekkelig kunnskap om rettigheten ammefri. Hvis foreldrenes kompetanse og bruk av ammefri øker gjennom informasjon fra helsesykepleier, kan det tenkes at kunnskapen om denne rettigheten også vil nå ut til arbeidsgivere. I lys av mine informanters opplevelser kan det imidlertid se ut til at ammefri må synliggjøres på et høyere nivå for å opplyse arbeidsgivere og samfunnet forøvrig, for at rettigheten kan bli tilgjengelig for alle ammende mødre som ønsker å fortsette ammeperioden etter oppstart i jobb.

6.2.3 Støtte og informasjon vedrørende amming

For informantene i studien som var kjent med ammefri, men møtte motstand hos arbeidsgiver kunne helsesykepleier ha vært en støttespiller i en utfordrende situasjon. Konflikten med arbeidsgiver tok mye plass da den sto på, og mødrene oppgav også her en følelse av å bli dratt i flere retninger; mellom arbeidsplassen og barnet. Opplevelsene til mine informanter er i tråd med funnene til Omer-Salim *et al.* (2015) som fant at kvinner følte seg trukket mellom forventningene om å være en god mor og en flink arbeider da de startet opp i jobb da barna var seks måneder. Undersøkelsen fant videre at informasjon og støtte var av betydning for kvinnene. Også Renfrew *et al.* (2012) fant i sin litteraturgjennomgang at støtte til ammende kvinner bidro til å forlenge ammeperioden. Dette peker på viktigheten av å gi familiene støtte for å kunne mestre sin situasjon, men også for å kunne forlenge ammeperioden. Fra mitt perspektiv er dette i tråd med de nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen som foreslår foreldres trivsel og psykiske helse som tema for veiledning. Som tidligere skissert er godt samspill mellom foreldre og barn betinget forutseende og følsomme omsorgspersoner, foreldrenes helse og trivsel er dermed av betydning for barnets oppvekst. Videre kan støtte, opplysning og individuell veiledning være med på å hjelpe foreldrene til å mestre foreldrerollen. (Helsedirektoratet, 2017).

Støtte og informasjon vil også være viktig for mødre som avslutter ammingen tidligere enn planlagt. Tidligere undersøkelser har pekt på at det å avslutte ammingen kan oppleves som et nederlag for norske mødre, som igjen kan påvirke samspillet med barnet negativt (Hvatum, Hjälmhult og Glavin, 2014). Flere studier har funnet at aksept og støtte fra helsesykepleier, samt informasjon om morsmelkerstatning og flaskemating er viktig (Hvatum, Hjälmhult og Glavin, 2014; Hvatum og Glavin, 2017). De nasjonale faglige retningslinjene for spedbarnsernæring understreker også at mødre som ikke ammer skal møtes med respekt og forståelse, og i tillegg få veiledning om riktig bruk av morsmelkerstatning (Helsedirektoratet, 2016).

6.2.4 Aktualisering av begrensningen

I forlengelse av å opplyse om rettigheten ammefri, vil jeg hevde at helsesykepleier under konsultasjonene på helsestasjonen bør aktualisere begrensningen den tredelte foreldrepermisjonen kan utgjøre for foreldrenes mulighet til å følge Helsedirektoratets ammeanbefalinger. Bakgrunnen for dette er mine resultater og andre studier som peker på at norske kvinner har kunnskap om anbefalingene fra Helsedirektoratet vedrørende amming og

et sterkt ønske om å amme (Hvatum og Glavin, 2017). Videre peker andre norske studier på at det å avslutte ammingen kan bidra til en negativ opplevelse og at større åpenhet omkring ammeproblemer kan føre til at flere søker hjelp. Å minske tabuet kan virke dempende på selve stressfaktoren (Hvatum, Hjälmhult og Glavin, 2014).

Da arbeidsoppgavene på helsestasjonen innebærer at helsesykepleier både skal støtte foreldrene til å mestre foreldrerollen, og samtidig ha en kontrollfunksjon, kan helsesykepleier oppleves som en forvalter av statlige anbefalinger. Dette kan føre til en maktubalanse i møte med foreldrene (Dahl, 2020c). Clancy (2020) skriver at der det er mennesker er det makt, og der det er makt vokser det motkrefter. Ved at helsesykepleier er en fagperson vil det alltid finnes implisitte maktstrukturer i konsultasjonene på helsestasjon i større eller mindre grad (Clancy, 2015; Dahl, 2020c). Foreldrenes motstandsstrategier kan være å fortelle helsesykepleier det de tror vedkommende ønsker å høre, for å unngå konflikt. Foreldrene vet hva som anbefales og anerkjennes, og hva som bør holdes skjult, og handler ofte deretter (Clancy, 2015). Det er viktig at helsesykepleiere er bevisst sin maktposisjon, og for å unngå foreldrenes motstandsstrategier mener jeg helsesykepleiere bør aktualisere problematikken om amming etter anbefalingene fra Helsedirektoratet etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen. Misvær (2017) skriver at når helsesykepleier eller foreldre står ovenfor et vanskelig tema er det viktig at vi er åpne og endrer pekefingeren til en hjelpende hånd ved å snakke om det. Som tidligere nevnt er helsesykepleier den fagpersonen som møter de fleste familier hyppigst i løpet av barnets første leveår. I en studie av relasjonelle forhold under helsesykepleierkonsultasjonen kom det frem at helsesykepleiere mente de hadde et ansvar for å være åpne og ærlige om vanskelige tema på helsestasjonen, selv om de var redde for at dette skulle oppleves som ødeleggende for relasjonen. De fleste av brukerne av tjenesten satte imidlertid pris på åpenhet og ærlighet i konsultasjonene (Clancy og Svensson, 2009). Sett fra mitt perspektiv har helsesykepleier her anledning til å endre den opplevde moralske pekefingeren til en hjelpende hånd, ved å ta opp temaet på helsestasjonen og deretter kunne veilede foreldrene individuelt ut fra deres situasjon.

Som tidligere nevnt skal konsultasjonene på helsestasjonen romme mange tema. Jeg vil likevel hevde at å aktualisere utfordringene knyttet til amming etter anbefalingene fra Helsedirektoratet i kombinasjon med den tredelte foreldrepermisjonen vil kunne bidra til åpenhet rundt et tema som kan oppleves som vanskelig. Videre vil opplysning kunne føre til at helsesykepleier kan få innsikt i familiens situasjon, og på bakgrunn av dette gi individuell veiledning, støtte og informasjon ut fra familiens behov. Helsesykepleier er som tidligere

nevnt et yrke som er utviklet i en folkehelsekontekst, og helsesykepleiers arbeidsoppgaver har dermed fulgt samfunnets utvikling forøvrig (Dahl, 2020a). Mine resultater, andre studier, og oppslag i mediebildet indikerer at utfordringene den tredelte foreldrepermisjonen kan gi i kombinasjon med amming opptar dagens foreldre (Lund, 2020; Skjelvik, 2018; Stangvik, 2019). Dette peker på at denne problemstillingen bør aktualiseres på helsestasjonen.

Meningsfullhet er den viktigste komponenten i Antonovsky teori om opplevelse av sammenheng. Det å finne mening i en situasjon kan gjøre at vi vil investere krefter i å løse den (Lindström og Eriksson, 2015). Slik jeg oppfattet mine informanter var drivkraften deres å oppnå det beste for barnet i situasjonen, noe som ble utfordret i møte med den tredelte foreldrepermisjonen. Ved å aktualisere problemet og få innsikt i familiens situasjon, og på bakgrunn av den gi individuell veiledning, støtte og informasjon, kan helsesykepleier hjelpe foreldrene til å se hvordan de kan oppnå det beste for barnet sitt ut fra egne rammer. Fra mitt perspektiv kan helsesykepleier på denne måten bidra til at foreldrene vil kunne oppleve situasjonen som meningsfull, og slik kunne legge til rette for at foreldre blir motivert til å investere krefter i å finne løsninger for å mestre.

6.2.5 Opplysning, veiledning og støtte vedrørende fast føde

Flere av mine informanter gjorde en aktiv innsats for å få barnet til å spise fast føde slik at det ikke skulle være avhengig av mors bryst når mor måtte tilbake i jobb etter endt permisjon.

Flere forsøkte også å innføre flaske tidlig i ammeforløpet for å være sikre på at barnet skulle kunne klare seg hjemme med far. Noen av barna ville ikke ta flaske, noe som opplevdes som utfordrende og skapte usikkerhet rundt situasjonen. Dette er i tråd med Lund (2020) som fant at foreldre bekymret seg for om barnet fikk i seg nok mat når mor måtte tilbake i jobb.

Informantene mine opplevde også individuelle forskjeller hos barna sine som vanskeliggjorde å følge planen de i utgangspunktet hadde om fast føde, flaske eller lignende.

Helsesykepleier skal også her gi individuelt tilpasset veiledning basert på de nasjonale faglige retningslinjene for spedbarnsernæring. Retningslinjene trekker frem at fast føde skal introduseres gradvis i takt med barnets behov og signaler ved seks måneder alder, eller tidligst fra fire måneder (Helsedirektoratet, 2016). Barnet er fysiologisk modent til å håndtere fast føde fra fire måneder, før dette er ikke barnets fordøyelsessystem og nyrefunksjon godt nok utviklet (Helsedirektoratet, 2016).

Slik jeg opplevde situasjonene til informantene mine var dette en krevende balansegang, da flere skulle tilbake i arbeidslivet på et gitt tidspunkt, og dermed hadde en frist å forholde seg til. Helseesykepleier bør som en del av den individuelle veiledningen om amming og ernæring snakke med familien om hvordan de tenker å løse dette, både for at familien kan få veiledning og støtte vedrørende det de opplever som vanskelig, men også for å opplyse foreldrene om gjeldende anbefalinger. Som tidligere nevnt skisserer de nasjonale faglige retningslinjene at helseesykepleier skal ta opp foreldres psykiske helse og trivsel på konsultasjonene. Formålet med helsestasjonstjenesten er blant annet å fremme fysisk og psykisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og å forebygge sykdommer og skade. Tjenesten skal bidra til å skape gode oppvekstvilkår for barn, blant annet ved å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen. Foreldrenes helse og trivsel, samt deres opplevelse av å mestre og håndtere hverdagslivet har derfor betydning for barnas oppvekst (Helsedirektoratet, 2017). Mine resultater peker på at anbefalingene om introduksjon av fast føde og tredelingen av permisjonen, sammen med individuelle faktorer hos barnet, kan skape konflikter. Dette er en problemstilling helseesykepleiere vanskelig kan løse, men ved å aktualisere problemene, opplyse, veilede og støtte foreldrene mener jeg de kan bidra på veien til at foreldrene mestrer utfordringen.

6.3 Helseesykepleier som samfunnsaktør

Mine funn peker på at amming etter anbefalingene fra Helsedirektoratet har blitt utfordrede etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen. Ammingen var viktig for mine informanter, og mange strakk seg langt for å kunne følge anbefalingene. Flere tok permisjon uten lønn, og de som forsøkte å benytte seg av ammefri opplevde at arbeidsplassen ikke tilrettela slik at dette ble gjennomførbart. Min studie er en kvalitativt studie, og har dermed fanget mine informanters subjektive erfaringer og opplevelser av situasjonen. Temaet har imidlertid vært diskutert i samfunnsdebatten og mange av de samme utfordringene som mine informanter fortalte om har vært belyst i kronikker og på sosiale media (Facebook, 2021; Hofstad, 2019; Skjelvik, 2018; Stangvik, 2019). Mange av de samme problemene gjør seg også gjeldende hos informantene i en lignende masteroppgave (Lund, 2020). Jeg har pekt på at helseesykepleier i sin rolle på helsestasjonen kan bidra til foreldrenes mestring av utfordringene de opplever i forbindelse med den tredelte foreldrepermisjonen og Helsedirektoratets ammeanbefalinger, men flere av utfordringene informantene oppgav strekker seg utenfor rammene til konsultasjonene på helsestasjonen, da de er av slik karakter at de krever løsninger på et høyere nivå.

Garsjø (2018) skriver at en viktig del av folkehelsearbeidet er å introdusere og vurdere helsefremmende og forebyggende tiltak basert på det som blir observert innenfor eget fagfelt. Helsefremmende og forebyggende tiltak må bygge på kunnskap om befolkningens helsesituasjon, det er derfor av betydning at folkehelsearbeidet tar utgangspunkt i helsesituasjonen og de forhold og miljø som påvirker helsen. Det må videre tas hensyn til befolkningens egne ønsker og behov (Garsjø, 2018). Ved at helsesykepleier møter familier hyppig, og tar del i deres hverdag og utfordringer, har helsesykepleier en viktig rolle som samfunnsaktør (Galvin, 2007).

Landsforeningen for helsesykepleiere trekker frem at helsesykepleiere som samfunnsaktører skal gi beslutningstakere grunnlag for å fatte vedtak til det beste for barn og unge ved å tale deres sak (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Dette påpekes også av barneombudet som anbefaler at helsesykepleiere må melde oppover i systemet når det er svikt i tjenesten, og involvere seg i det kommunale planarbeidet (Barneombudet, 2014). Videre stadfester sykepleiers yrkesetiske retningslinjer at sykepleier skal delta aktivt i den offentlige debatten og bidrar til at faglige og etiske vurderinger legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger (Norsk sykepleierforbund, 2021).

Hvilke tiltak det bevilges økonomiske midler til er politisk styrt. Det forebyggende og helsefremmende arbeidet taper ofte i kampen om midlene fordi resultatene av dette arbeidet er vanskelige å se og å etterprøve. Profesjoner som arbeider helsefremmende og forebyggende bør derfor gjøre arbeidet mer synlig, ved å løfte frem utfordringer og problemstillinger som oppleves i eget felt (Garsjø, 2018). Landsforeningen for helsesykepleiere har over flere år arbeidet med å styrke helsesykepleiers rolle som talsperson for barn og unge, både lokalt og nasjonalt, og har gjennomført kompetanseprogrammet «helsesykepleier som samfunnsaktør» for å tydeliggjøre og styrke helsesykepleiers rolle som samfunnsaktør (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Ut fra mitt ståsted vil jeg hevde at helsesykepleiere i større grad bør bruke sin rolle som samfunnsaktør, og løfte frem problematikken familiene opplever i forbindelse med amming og ernæring etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen i samfunnsdebatten.

7 Avslutning

7.1 Studiens viktigste funn

I min studie ønsket jeg å finne ut hvordan familien tilpasser seg den tredelte foreldrepermisjonen med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår, og videre hvordan helsesykepleier i sin rolle på helsestasjonen kan bidra til at foreldrene mestrer eventuelle utfordringer i forbindelse med dette.

Resultatene mine viser at informantene ønsket å følge ammeanbefalingene fra Helsedirektoratet, men at den tredelte foreldrepermisjonen utfordret dette. Flere av informantene valgte å ta permisjon uten lønn, og amming ble oppgitt som en av de viktigste årsakene til dette. Det økonomiske aspektet ble aktualisert av flere av informantene, og det ble trukket frem at ordningen ikke passer for alle typer familier og yrker. Videre peker resultatene på at rettighetene ammende mødre har ikke er godt nok implementert i samfunnet. Flere av informantene lot være å benytte seg av ammefri selv om de kunne hatt nytte av dette, og samtlige som prøvde å benytte seg av det møtte motstand hos arbeidsgiver. Jeg anser dette som et viktig funn, da myndighetene viser til ammefri som et tiltak for å kunne fortsette ammeperioden til tross for at mors permisjon har blitt kortere etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen. Flere av informantene opplevde også den tredelte foreldrepermisjonen som utfordrende og stressende, da de følte seg trukket mellom arbeidslivet og eget ønske om å gjøre det beste for barnet sitt.

Helsesykepleier er som regel den fagpersonen som møter familiene hyppigst i barnets første leveår. Gjennom diskusjonen har jeg belyst hvordan helsesykepleiere kan bidra til familienes mestring i noen av utfordringene informantene oppgav i forbindelse med amming og ernæring etter innføringen av den tredelte foreldrepermisjonen. Jeg har trukket frem aktualisering av utfordringene og videre individuell veiledning, opplysning og støtte. Ved å aktualisere utfordringene vil helsesykepleier ha grunnlag for individuell veiledning basert på familiens ressurser og muligheter. Helsesykepleier må bruke sitt faglige skjønn og ta utgangspunkt i hver enkelt familie. Individuell veiledning, støtte og opplysning er i tråd med gjeldende retningslinjer for helsestasjonen og er mulig å gjennomføre innenfor rammene til arbeidet på helsestasjonen. Med utgangspunkt i resultatene mine, samt teori og tidligere forskning, hevder jeg at helsesykepleier gjennom individuell veiledning, støtte og opplysning vil kunne bidra på veien til familienes mestring av noen av utfordringene mine informanter oppgav.

Helsesykepleiere kan dermed være viktige fagpersoner for familiene etter innføringen av den

tre delte foreldrepermisjonen. Mine informanter oppgav imidlertid også utfordringer som streker seg utenfor rammene til arbeidet på helsestasjon. Jeg har i den sammenheng pekt på at helsesykepleier i sin rolle som samfunnsaktør kan bidra ved å løfte frem disse utfordringene i samfunnsdebatten.

Jeg har også sett på de tiltakene helsesykepleiere kan bidra med innenfor sine rammer i lys av Antonovskys helsefremmende teori «opplevelse av sammenheng». Dette er ikke en mestringsstrategi, men en livsinnstilling og mestringsressurs hos den enkelte. Jeg mener helsesykepleier kan legge til rette for at foreldre kan oppleve utfordringene som håndterbare, begripelige og meningsfulle ved hjelp av individuell veiledning, støtte og informasjon, og dermed kunne mestre situasjonen.

7.2 Betydning for praksis

Resultatene i studien tyder på at foreldre kan oppleve utfordringer knyttet til den tre delte foreldrepermisjonen og amming og ernæring, og at helsesykepleier i sin rolle på helsestasjonen kan bidra til foreldrenes mestring av situasjonen. Fra mitt perspektiv bør derfor helsesykepleier være bevisst utfordringene den tre delte foreldrepermisjonen kan utgjøre for familiene og videre aktualisere dette temaet i konsultasjonene. Helsesykepleiere bør også sette seg inn i de mest sentrale reglene rundt permisjonsordningen for å kunne veilede og opplyse foreldrene vedrørende dette.

Helsesykepleiere har videre mulighet til å fange opp de ulike utfordringene familiene opplever som ikke lar seg løse gjennom arbeidet på helsestasjonen, og fra mitt perspektiv bør de bruke sin rolle som samfunnsaktør til å løfte frem de utfordringene som kan oppstå når anbefalinger og lovverk ikke samsvarer.

7.3 Videre forskning

Mine resultater peker på behov for mer forskning på hvordan den tre delte foreldrepermisjonen påvirker ammefrekvensen i Norge, og videre hvilke ringvirkninger dette har for familier.

Et tema jeg vil trekke frem som jeg mener det bør forskes videre på i en helsesykepleierkontekst er hvordan tredelingen påvirker ammefrekvensen i forskjellige

samfunnslag. Barn har få muligheter til å påvirke sine sosiale rammer, og antall norske barn som lever i fattigdom er økende (Helsedirektoratet, 2017). For å kunne amme etter anbefalingene tok flere av mine informanter permisjon uten lønn, men problematiserte å kunne gjøre dette hvis de fikk flere barn. Det er imidlertid ikke alle familier som har økonomisk frihet til å utvide mors permisjon for å kunne forlenge ammeperioden. Dette kan peke på at familier med dårligere økonomi kan ha dårligere forutsetninger for å amme barna sine etter anbefalingene fra Helsedirektoratet. Tidligere studier peker på at kort betalt foreldrepermisjon er med på å skape sosiale ulikheter, og at lav økonomisk status er forbundet med kortere ammefrekvens (Navarro-Rosenblatt og Garmendia, 2018). I følge de nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen skal helsesykepleier gjennom sitt arbeid på helsestasjonen bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller (Helsedirektoratet, 2017). Med tanke på de helsefremmende og forebyggende effektene amming har for mor og barn mener jeg videre forskning på hva den tredelte foreldrepermisjonen gjør med ammeperioden i forskjellige samfunnslag vil være nyttig.

Andre tema mine informanter og tidligere oppgaver om den tredelte foreldrepermisjonen har pekt på, er rettigheter og likestilling for kvinner i forbindelse med den tredelte foreldrepermisjonen. Mine informanter trakk frem at bakgrunnen for den tredelte foreldrepermisjonen var likestilling, men at det i praksis ble «likestilling» på bekostning av mor. Flere mente de biologiske forskjellene mellom kvinner og menn ikke ble tatt høyde for, da mødrenes påkjenninger gjennom svangerskap, fødsel og amming ikke blir hensyntatt i permisjonsordningen. Dette kunne igjen føre til at kvinner tar permisjon uten lønn, og mister sine rettigheter i arbeidslivet, samt pensjonspoeng. Disse temaene har ikke blitt belyst i min oppgave grunnet mitt fokus, men samtlige av mine informanter brakte dem på banen under intervjuene. For flere var disse temaene også medvirkende faktorer i vurderingen av hvordan de ønsket å løse permisjonen i sin familie. Dette er temaer jeg mener er viktige og interessante å forske videre på.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health promotion international*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arbeidsmiljøloven (2013) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (arbeidsmiljøloven).
- Arbeidstilsynet (2021) *Ammefri*. Tilgjengelig fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/permisjoner/foreldrepermisjon/ammefri/> (Lest: 15. April 2021).
- Bai, D. L., Fong, D. Y. og Tarrant, M. (2015) Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum, *Matern Child Health J*, 19(5), 990-9. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1596-7>
- Barne- og likestillingsdepartementet (2018) *Høring - forslag om å utvide kvotene ved 80 pst. uttak av foreldrepenger*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-om-a-utvide-kvotene-ved-80-pst.-uttak-av-foreldrepenger/id2601776/?expand=horingsnotaterd> (Lest: 30. Februar 2021).
- Barneombudet (2014) Helse på barns premisser -Barneombudets fagrapport 2013. Tilgjengelig fra: https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Helse_pa_barns_premisser.pdf (Lest: 02. Mars 2021).
- Clancy, A. og Svensson, T. (2009) Perceptions of Public Health Nursing Practice by Municipal Health Officials in Norway, *Public Health Nursing*, 26(5), 412-420. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2009.00799.x>
- Clancy, A. (2015) Helsesøsterkonsultasjonene fra sidelinjen - Et blikk på makt og kunnskap, i Martinsen, K. og Kjær, T. A. (red.) *Utenfor tellekantene*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 145-159.
- Clancy, A. (2020) Fra helsesøster til helsesykepleier, i Dahl, B. M. (red.) *Helsesykepleie - En grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 155-168.
- Dahl, B. M. (2020a) Helsesykepleiers arbeid - Utviklingstrekk i et folkehelseperspektiv, i Dahl, B. M. (red.) *Helsesykepleie - En grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 39-55.
- Dahl, B. M. (2020b) Helsesykepleiers kunnskapsgrunnlag og kunnskapsbaserte praksis, i Dahl, B. M. (red.) *Helsesykepleie - En grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 137-151.
- Dahl, B. M. (2020c) Helsesykepleiers samfunnsmandat og profesjonalitet, i Dahl, B. M. (red.) *Helsesykepleie - En grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 57-70.
- Dahl, B. M. og Blindheim, K. (2020) Helsesykepleiers hovedarena og viktigste samarbeidspartnere, i Dahl, B. M. (red.) *Helsesykepleie - En grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 73-86.
- Ellingsæter, A. L. (2012) Familiepolitikk i klassesamfunnet, i Ellingsæter, A. L. og Widerberg, K. (red.) *Velferdsstatens familier*. Oslo: Gyldendal akademisk s. 99-116.
- Facebook (2021) *Permisjonen Burde Foreldre Fordele Gruppen*. Tilgjengelig fra: <https://www.facebook.com/groups/2105830609674655/permalink/2303393516585029/> (Lest: 19. April 2021).
- Folkehelseinsituttet (2020) *Kosthold blant spedbarn i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/studier/nasjonale-kostholdsundersokelser/kosthold-blant-spedbarn-i-norge/> (Lest: 04. April 2021).
- Froh, E. B. et al. (2018) Status of Legislative Efforts to Promote and Protect Breastfeeding and the Provision of Human Milk for Women Returning to Work in the First Postpartum Year, *Breastfeed Med*, 13(7), 506-509. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0092>

- Galvin, K. (2007) Kommunediagnose eller helseprofil, i Galvin, K., Helseth, S. og Kvarme, L. G. (red.) *Fra tanke til handling - Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe, s. 68-78.
- Garsjø, O. (2018) *Forebyggende og helsefremmende arbeid : fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Gerhardsen, E. (2017) Utviklingstøttende oppdragelse, i Misvær, N. og Lagerløv, P. (red.) *Håndbok for helsestasjoner*. Oslo Kommuneforlaget, s. 242-270.
- Haugli, T. (2016) Hensynet til barnets beste, i Høstmælingen, N., Kjørholt, E. S. og Sandberg, K. (red.) *Barnekonvensjonen: Barns rettigheter i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget, s. [46]-62.
- Helsedirektoratet (2016) *Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>
- Helsedirektoratet (2017) *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten#referere>
- Helsing, E. og Håggkvist, A.-P. (2008) *Amming : til deg som vil amme*. Bergen: Fagbokforl.
- Hofstad, E. (2019) *Savner NSF i kampen mot ny tredeling av foreldrepermisjon*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/05/savner-nsf-i-kampen-mot-ny-tredeling-av-foreldrepermisjon> (Lest: 13. April. 2021).
- Hvatum, I., Hjalmlhult, E. og Glavin, K. (2014) Stressfylt amming og samspill, *Sykepleien forskning (Oslo)*, 9(1), 14-23. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0019>
- Hvatum, I. og Glavin, K. (2017) Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture, *J Clin Nurs*, 26(19-20), 3144-3155. <https://doi.org/10.1111/jocn.13663>
- Jordmorforbundet (2018) *Jordmorforbundet NSFs innspill Høringssvar 18/1900 Offentlig høring - deling av foreldrepengeperioden i tre like deler ved 80 pst. uttak og endring av kvotebegrepet*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-om-a-utvide-kvotene-ved-80-pst.-uttak-av-foreldrepenger/id2601776/?uid=ae127db5-0ce8-4b5c-b70c-eb22819e0bfa>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oversatt av Anderssen, T. M. og Rygge, J. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvell, Ø. (2008) En globalisert barndom, i Kvell, Ø. (red.) *Oppvekst - Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 21-42.
- Landsgruppen av helsesøstre NSF (2015) Trygg, tydelig og tilgjengelig - Rapport om helsestasjons- og skolehelsetjenesten Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2688734/cache=20162206092407/Rapport_Helsestasjo%20n-helsetjenesten_ny%20oktober%202015.pdf (Lest: 14. Mars 2021).
- Lindström, B. og Eriksson, M. (2005) Salutogenesis, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440-442. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>
- Lindström, B. og Eriksson, M. (2015) *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. The hitchhiker's guide to salutogenesis. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lund, A. K. (2020) *Hvordan erfarer førstegangsførelde permisjonsordningen fra 01. juli 2018?*: The University of Bergen.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Misvær, N. (2017) Kommunikasjon, i Misvær, N. og Lagerløv, P. (red.) *Håndbok for helsestasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget AS, s. 68-90.

- Nandi, A. *et al.* (2018) The Impact of Parental and Medical Leave Policies on Socioeconomic and Health Outcomes in OECD Countries: A Systematic Review of the Empirical Literature, *Milbank Q*, 96(3), 434-471. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12340>
- NAV (2021) *Foreldrepenger, engangsstønad og svangerskapspenger*. Tilgjengelig fra: <https://familie.nav.no/>.
- Navarro-Rosenblatt, D. og Garmendia, M. L. (2018) Maternity Leave and Its Impact on Breastfeeding: A Review of the Literature, *Breastfeed Med*, 13(9), 589-597. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0132>
- Norsk sykepleierforbund (2021) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Lest: 19.April.2021).
- NOU 2017: 6 *Offentlig støtte til barnefamiliene*. likestillingsdepartementet, B.-o. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-6/id2540981/?ch=3>
- NSD Norsk Senter for forskningsdata (2021) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Lest: 04.April 2021).
- Omer-Salim, A. *et al.* (2015) 'Negotiating the tensions of having to attach and detach concurrently': a qualitative study on combining breastfeeding and employment in public education and health sectors in New Delhi, India, *Midwifery*, 31(4), 473-81. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.008>
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2017) *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Prop. 4 L (2018–2019) *Endringer i folketrygdlova (tredeling av foreldrepengeperioden ved 80 prosent uttak) Tilråding frå Barne- og likestillingsdepartementet 5. oktober 2018, godkjend i statsråd same dagen. (Regjeringa Solberg)*.
- Prop. 74 L (2017–2018) *Endringer i folketrygdloven og kontantstøtteleven (innfasing av tredeling av foreldrepenger mv.) Tilråding fra Barne- og likestillingsdepartementet 10. april 2018, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)*.
- Renfrew, M. J. *et al.* (2012) Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies, *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub4>
- Ruud, K. (2008) *Helsesøsters bidrag til mestring av foreldrerollen*: University of Stavanger, Norway.
- Skjelvik, I. D. (2018) En reversering av likestillingen?, *Dagbladet*, 19. Mai. Tilgjengelig fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/en-reversering-av-likestillingen/69817371> (Lest: 16. April 2021).
- Smith, L. (2016) FNs konvensjon om barns rettigheter, i Høstmælingen, N., Kjørholt, E. S. og Sandberg, K. (red.) *Barnekonvensjonen - Barns rettigheter i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 17-29.
- Sollesnes, R. og Tønjum, L. (2008) Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken” : En studie av helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten fra rundt 1960 til i dag.
- Stangvik, C. (2019) Tredeling av foreldrepermisjonen: – Mor som fødemaskin, *Verdens Gang (VG)*, 13. Mars Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/wE14AA/tredeling-av-foreldrepermisjonen-mor-som-foedemaskin> (Lest: 23. April 2021).
- Statistisk sentralbyrå (2020) *Aktivitet i helsestasjons- og skulehelsetenesta, 2019*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helsetjko/> (Lest: 03.04.2021).
- Sulaiman, Z., Liamputtong, P. og Amir, L. H. (2018) Timing of return to work and women's breastfeeding practices in urban Malaysia: A qualitative study, *Health Soc Care Community*, 26(1), 48-55. <https://doi.org/10.1111/hsc.12460>

- Sundhedsstyrelsen (2016) *Amning : en håndbok for helsepersonell*. Oversatt av Strømsnes, H. 4. utg. utg. Amning en håndbog for sundhedspersonale. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder*. 5. utg. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Theurich, M. A. *et al.* (2019) Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(3), 400-407.
<https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002234>
- Thornquist, E. (2018) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. 2. utg. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2019) *Veiledning : - mer enn ord*. 5. utgave. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020) *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukervedvirkning*. 2. utgave. utg. Pasient- og pårørendeopplæring. Bergen: Fagbokforlaget.
- Universitetet i Tromsø (2021) *Informasjonssikkerhet og personvern ved UiT*: UIT, Universitetet i Tromsø. Tilgjengelig fra:
https://uit.no/om/informasjonsikkerhet#innhold_675089 (Lest: 03. April 2021).
- Wallenborn, J. T. *et al.* (2019) Workplace support and breastfeeding duration: The mediating effect of breastfeeding intention and self - efficacy, *Birth*, 46(1), 121-128.
<https://doi.org/10.1111/birt.12377>
- Walseth, L. T. (2009) Salutogenese, *Urposten*, 8, 25-28. Tilgjengelig fra:
<https://www.utposten.no/i/2009/8/utposten-chapter-7> (Lest: 02. Februar 2021).
- Øverland, T. M. (2011) *Islands tredelte permisjonsordning : mødres praksis og lovens intensjon*.

Vedlegg 1 - Intervjuguide

Intervjuguide

- Først, takk for at du ville bli med.
- Litt om meg og masteroppgave i helsesykepleie – tema og bakgrunn
- Gjenta fra infoskriv om rettigheter deltaker
- Har du noen spørsmål før vi starter?

Før vi starter lurte jeg på om du kunne fortelle litt om deg selv...

- Familie – hvor mange barn og alder?
- Yrke – kan du fortelle om din arbeidshverdag?
- Hva gjør du nå? Permisjon? Jobb?
- Hvordan hørte du om denne undersøkelsen?

Permisjon – litt mer spesifikt om permisjon. Hvis det er noe du vil tilføye må du gjerne gjøre det.

- Hvordan forventninger hadde dere til permisjonstiden før den startet? Hva var viktig for dere?
- Hvordan samsvarte forventninger og planer om barseltiden med hvordan den ble?
- Hvordan delte du og din familie opp foreldrepermisjonen –
 - o Hvem tok hvordan del?
 - o Hva var viktig å prioritere for din familie i fordelingen?
 - o Hvorfor løste dere permisjonen på en slik måte?
- Ved ulønna perm: Hvorfor valgte dere å ta ulønna permisjon - Hva veide tyngst for å ta ulønna permisjon?
- Ferie?
- Hva var deres tanker på forhånd om den tredelte foreldrepermisjonen?
 - o Hvordan opplevde dere at det fungerte/ikke fungerte?
 - o Hva var positivt?
 - o Hva var negativt?
- Hvordan ville dere løst permisjonen om du fikk mulighet igjen? Har du gjort deg noen erfaringer du vil dele? Hvis du skulle gi noen andre tips?

Amming og ernæring: - nå vil jeg spørre mer spesifikt om amming. Også her er det bare å komme med innspill

- Hva var deres pprinnelig plan for amming, og kan du fortelle om den?
 - o Hva var viktig? - Hva tror du gjorde at du hadde dette målet? Hvorfor ville du gjøre det slik? Hva kan ha påvirket deg til å tenke det?
- Kan du fortelle om ammesituasjonen frem til nå?
 - o Ved slutt – hvor lenge ammet du og hvorfor sluttet du?

- Ble ammigens lengde påvirket av permisjonens lengde i forhold til det du hadde planlagt?
- Ved oppstart i jobb før ett år: – Hvordan fungerte det å kombinere amming og jobb – Kan du fortelle om hvordan denne situasjonen var for familien og barnet?
- Kan du fortelle om introduksjonen til fast føde – når startet dere med det og hvordan fungerte det?
 - Hvorfor startet dere med det?
- Holdning til anbefalingen fra helsedirektoratet om fullamming til 6 måneder og delvis amming til barn er over 1 år?

Oppsummert

- Hvordan innvirkning tror du tredeling av foreldrepermisjonen hadde for deg og din familie?
 - Positivt?
 - Negativt?
 - Amming og ernæring?

Vedlegg 2 – Forespørsel om rekruttering

Forespørsel om hjelp til rekruttering av deltakere på helsestasjon til forskningsprosjektet:

«Hvordan tilpasser familiene seg de nye permisjonsordningene med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår»

Jeg heter Marte Johansen og er masterstudent ved Universitet i Tromsø, retning helsesykepleier. Jeg ønsker i den forbindelse hjelp til å rekruttere deltakere på helsestasjon hos dere i Tromsø kommune til mitt forskningsprosjekt. Temaet for prosjektet er amming og ernæring til barn etter innføring av den nye tredelingen av foreldrepermisjonen. Med tanke på at Helsedirektoratet anbefaler fullamming til barn er seks måneder og delvis amming til barnet er over ett år, ønsker jeg å undersøke hvordan foreldre tilpasser seg med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår da mors permisjon blir kortere med de nye reglene.

Jeg ønsker i den forbindelse hjelp til å informere om studien til mødre som er på 1-års konsultasjon på helsestasjon med barnet sitt. Av hensyn til smittevern vil jeg lage et infoskriv som lamineres slik at det kan desinfiseres. Her vil det stå kort om studiens hensikt og formål, samt kontaktinformasjon til meg. Dette skrivet kan helsesykepleier vise til mødre på ettårs konsultasjon for å informere om studien. De som ønsker å delta i studien kan ta bilde med telefonen, eller skrive ned kontaktinformasjon til meg. Jeg vil i etterkant sende utfyllende informasjon samt samtykkeskjema i posten til de som tar kontakt.

Jeg ønsker å intervju mødre som i utgangspunktet ammer/har ammet barnet sitt, og som er i en arbeidssituasjon som gjør at de kommer inn under den nye tredelingen av foreldrepermisjonen. Videre at mødre og barna er friske, har gode norskkunnskaper, og lever i et parforhold. Inklusjonskriteriene vil jeg også redegjøre for når jeg sender ut utfyllende informasjon om studien.

Deltakerne vil få mulighet til å gjennomføre intervjuene elektronisk om de ønsker det, dette vil jeg avklare med hver enkelt deltaker når vi avtaler tid for intervju. For de som ikke ønsker å gjennomføre intervjuet elektronisk vil jeg sørge for å følge gjeldene smittevernsrutiner. Intervjuene vil vare rundt en time, og vil bli tatt opp med diktafon. Alle opplysninger vil bli

behandlet konfidensielt og alle identifiserbare personopplysninger vil bli anonymisert ved studiens publisering. Deltakerne kan når som helst trekke seg fra studien om de ønsker det uten å oppgi grunn. Det er ønskelig at det presiseres til aktuelle informanter at helsestasjonen ikke har noen tilknytning til dette prosjektet.

Ta gjerne kontakt om dere har noen spørsmål. På forhånd takk for hjelp til å rekruttere deltakere.

Med vennlig hilsen

Marte Johansen

Marte154@hotmail.com

Tlf: 47613392

Vedlegg 3 – Rekrutteringsskriv med samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Hvordan tilpasser familien seg de nye permisjonsordningene med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår»

Jeg heter Marte Johansen og er masterstudent ved Universitetet i Tromsø, studieretning helsesykepleier. Jeg skal starte opp med mitt forskningsprosjekt vinteren 2020, der mitt tema er amming og ernæring til barn etter innføring av den nye tredelingen av foreldrepermisjonen. Med tanke på at Helsedirektoratet anbefaler fullamming til barn er seks måneder og delvis amming til barnet er over et år, ønsker jeg å undersøke hvordan foreldre tilpasser amming og ernæring i barnets første leveår da mors permisjon blir kortere med de nye permisjonsreglene.

Jeg ønsker derfor å intervju deg som har fått barn etter innføring av den tredelte foreldrepermisjon for å høre hvordan du og din familie har løst situasjonen, og hvilke tanker dere har omkring dette. Jeg ønsker å gjennomføre intervjuet når barnet er rundt ett år.

Hvis du ønsker å delta i studien vil jeg kontakte deg for å avtale tidspunkt og sted for intervjuet. Av hensyn til smittevern kan intervjuet utføres elektronisk om du ønsker det. Hvis ikke vil jeg forholde meg til gjeldende smittvernsregler. Dette vil du få nærmere informasjon om når vi avtaler tidspunkt. Intervjuet vil ta rundt 1 time, og lyden vil bli tatt opp. Det er planlagt at intervjuene skal utføres i høst/vinter 2020. Etter endt intervju vil jeg skrive ned intervjuet, og vil i denne prosessen anonymisere deg. Under arbeidet vil det være jeg og min veileder på UIT, Hilde Laholt, som har tilgang på materialet jeg har samlet inn. Alle opplysningene om deg vil behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til: - innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, - å få rettet personopplysninger om deg, - få slettet personopplysninger om deg, - få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og - å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Når oppgaven er ferdig vil lydfilen slettes og nedskrevne intervju makuleres. Alle identifiserbare personopplysninger som omhandler deg vil være anonymisert i den ferdige oppgaven. Oppgaven er planlagt å være ferdigstilt i Mai 2021.

Det er frivillig å delta i denne studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Hvis du velger å trekke deg vil informasjonen om deg bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg om du ikke vil delta, eller senere ønsker å trekke deg fra studien. Hvis du ønsker å lese det jeg har skrevet ned fra intervjuet før oppgaven publiseres vil du få mulighet til det.

Hvis du har noen spørsmål om studien kan du kontakte meg på telefon: 476 13 392, eller på e-post: Marte154@hotmail.com

Om du ønsker å komme i kontakt med min veileder, Hilde Laholt, kan hun kontaktes på telefon 952 67 543 eller e-post: Hilde.laholt@uit.no.

Personvernombud på UIT er Joakim Bakkevold og kan nås på 976 91 578 eller personvernombud@uit.no.

Med vennlig hilsen Marte Johansen

Samtykkeskjema til å delta i forskningsprosjektet: «Hvordan tilpasser familien seg de nye permisjonsordningene med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår»

Jeg har mottatt informasjon om studien ” Hvordan tilpasser familien seg de nye permisjonsordningene med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår ” og samtykker herved til å delta.

Jeg er kjent med at det er frivillig å delta og at jeg når som helst uten å oppgi noen grunn kan trekke mitt samtykke.

Navn:.....

Sted og dato:.....

E-post:.....

Telefonnummer.....

Utfylt skjema returneres til:

Marte Johansen

Tussøyvegen 17A, 9013 Tromsø

Eller på e-post: Marte154@hotmail.com

Vedlegg 4 – Laminert plakat til rekruttering på helsestasjon

Hvordan har du og din familie tilpasset dere den tredelte permisjonsordningene med tanke på amming og ernæring i barnets første leveår?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Jeg heter Marte Johansen og er masterstudent ved Universitetet i Tromsø, studieretning helsesykepleier. Jeg skal starte opp med mitt forskningsprosjekt høsten 2020, hvor mitt tema er amming og ernæring til barn etter innføring av den nye tredelingen av foreldrepermisjonen som kom i 2018 og 2019. Med tanke på at Helsedirektoratet anbefaler fullamming til barn er seks måneder og delvis amming til barnet er over et år, ønsker jeg å undersøke hvordan foreldre tilpasser amming og ernæring i barnets første leveår da mors permisjon blir kortere med de nye permisjonsreglene.

Jeg ønsker derfor å intervju deg som har fått barn etter innføring av den tredelte foreldrepermisjon for å høre hvordan du og din familie har løst situasjonen, og hvilke tanker dere har omkring dette. Jeg ønsker å gjennomføre intervjuet når barnet er rundt ett år. Intervjuet kan gjennomføres elektronisk om du ønsker det. Hvis ikke vil jeg forholde meg til gjeldende smittevernsrutiner. Intervjuet vil ta rundt en time og vil bli tatt opp med båndopptaker.

Det er frivillig å delta i studien, og alle opplysninger om deg vil behandles konfidensielt. Alle identifiserbare personopplysninger vil være anonymisert i den ferdige oppgaven.

Hvis du ønsker mer informasjon om studien eller vil delta – kontakt meg på telefon: 476 13 392, eller e-post: Marte154@hotmail.com

Med vennlig hilsen Marte Johansen

Vedlegg 5 – Plakat til rekruttering

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

HVORDAN HAR DU OPPLEVD TREDELINGEN AV FORELDREPERMISJONEN?



Jeg skal starte mitt forskningsprosjekt vinteren 2020 som omhandler amming og ernæring til barn etter tredelingen av foreldrepermisjonen. Helsedirektoratet anbefaler fullamming til barn er seks måneder og delvis amming til over et år. Jeg vil derfor undersøke hvordan foreldre tilpasser amming og ernæring i barnets første leveår, da mors permisjon blir kortere med den tredelte foreldrepermisjon.

Jeg ønsker å intervju deg som lever i et parforhold som gjør at du faller inn under den tredelte foreldrepermisjonen for å høre hvordan dere har løst permisjonen, og hvilke tanker og erfaringer dere har om dette. Det er ønskelig at barnet er rundt ett år.

Hvordan delta?

Send mail til marte154@hotmail.com, eller ring 476 13 392 for mer informasjon om studien.

Intervju vil gjennomføres elektronisk via Zoom.



UiT Norges arktiske universitet

Vedlegg 6 – Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvordan tilpasser familien seg de nye permisjonsreglene med tanke på amming og ernæring barnets første leveår

Referansenummer

547334

Registrert

20.08.2019 av Marte Johansen - mjo107@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hilde Laholt , hilde.laholt@uit.no, tlf: 77660725

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marte Johansen, marte154@hotmail.com, tlf: 47613392

Prosjektperiode

01.09.2020 - 30.06.2021

Status

07.10.2020 - Vurdert

Vurdering (2) 07.10.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 06.10.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 07.10.2020. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

25.09.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 25.09.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

En leverandør av elektronisk samtale/videoløsning er databehandler i prosjektet. Innmelder har forklart at hun er i dialog med institusjonen om hvilken som skal benyttes. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 7 – Meldingslogg tilleggsopplysninger NSD

- **Melding fra NSD** 19.11.2020 13:32

Hei Marte, Det går fint. vennlig hilsen xxxx

- **Melding fra Marte Johansen**11.11.2020 15:36

Hei igjen! Kan jeg rekruttere deltakere slik jeg skisserte i sist melding, men dele det på min private facebookvegg, samt oppslagssider på facebook? Hvis noen tar kontakt vil jeg gi de et skiv med all informasjon om prosjektet.

- **Melding fra NSD** 10.11.2020 09:43

Hei Marte, Du kan sende forespørsel om deltakelse på disse sidene. Husk at du må gi deltakerne all informasjon i informasjonsskrivet før de deltar i prosjektet. Lykke til! vennlig hilsen xxxx

- **Melding fra Marte Johansen** 04.11.2020 19:52

Hei! Jeg har ikke fått noen deltakere til mitt prosjekt, og tenker at det kan ha sammenheng med smittesituasjonen i Tromsø kommune om dagen. Jeg lurte derfor på om jeg også kunne rekruttere deltakere på facebooksidene til kommunens helsestasjoner? Jeg tenkte her skrive kort om prosjektet og legge vekt på at intervjuene kan gjennomføres digitalt.

- **Melding** 07.10.2020 13:43

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 547334 er nå rang av NSD. Følgende vurdering er gitt: NSD har rang endringen registrert 06.10.2020. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 07.10.2020. Behandlingen kan fortsette. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

- **Melding fra NSD** 07.10.2020 13:43

Hei Marte, Takk for din gaffeltruck. Dette høres ut som en fin måte å gjennomføre rekruttering på. Videre er det fint at du sender informasjonsskrivet (som tidligere er rangert) til de som da ønsker å delta, samt innhenter samtykke. Du mottar straks en endringsvurdering fra NSD. Vi ønsker deg fortsatt lykke til med prosjektet! vennlig hilsen xxxx

- **Melding fra Marte Johansen**06.10.2020 13:24

Jeg har lagt de nye dokumentene inn i meldeskjema under "tilleggsopplysninger"

- **Melding** 06.10.2020 13:22

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 547334 er innsendt og mottatt.

- **Melding fra Marte Johansen** 06.10.2020 12:32

jeg har også endret i rekrutteringsskrivet at informanten kan velge selv om intervjuet skal gjøres elektronisk. Og om de ikke ønsker å gjøre det elektronisk, vil jeg holde meg til gjeldene sittevernsrutiner. Med vennlig hilsen Marte Johansen

- **Melding fra Marte Johansen** 06.10.2020 12:30

Hei! På grunn av den pågående covid-19 situasjonen ønsker jeg å gjøre noen endringer i rekrutteringen av deltakere. Jeg ønsker å rekruttere deltakere ved at helsesykepleiere viser et laminert skriv på 12-måneders konsultasjon med kort informasjon om prosjektet. Dette for at helsestasjon skal kunne desinfisere skrivet etterpå, og slippe å dele ut noe. Dette informasjonsskrivet vil være noe kortere, da det vil ta for mye tid for helsesykepleier på konsultasjon å informere om alle detaljer, er mest informasjon om prosjektet og kontaktinformasjon til meg. Foreldre vil da få muligheten til å ta et bilde med mobilen for å få kontaktinformasjon til meg. Når de tar kontakt med meg vil jeg sende de det et mer utfyllende informasjonsskriv (det jeg tidligere har fått godkjenning på fra dere), og samtykkeskjema. Jeg kan gjerne sende dere alle de nye skriven slik at dere kan lese om dette er ok? Fikk ikke til å vare det opp her på dette siden.

