

Helsesykepleier på hjemmebesøk hos mødre med innvandrerbakgrunn

En kvalitativ intervjustudie av mødrenes opplevelser

Public Health Nurses` postpartum home visit to mothers who have immigrated to Norway

A qualitative interview study of immigrant mothers` experiences

Anna Yulieva Jensen

Msc, Helsesykepleier, Master i helsefag, Familieenheten i Vågan

anna.yulieva.jensen@vagan.kommune.no

Anne Clancy

PhD, Professor ved Institutt for helse og omsorgsfag, Master i helsesykepleie, Leder forskningsgruppa Liv og livsmot, UiT: Norges Arktiske Universitet-

anne.clancy@uit.no

Sammendrag

Tiden etter fødsel kan oppleves av mange mødre med innvandrerbakgrunn som en sårbar periode med emosjonelle endringer og usikkerhet i foreldrerollen. Det foreligger lite forskning om hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever å bli ivaretatt av helsesykepleier på hjemmebesøk etter fødsel. Hensikten med studien er å undersøke mødrenes opplevelser av helsesykepleiers ivaretagelse av deres behov. Studien har et kvalitativt design. Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer med seks mødre med innvandrerbakgrunn. Empirien ble analysert med systematisk tekstkondensering. Materialet viser at mødre med innvandrerbakgrunn satte pris på helsesykepleiers profesjonelle kompetanse og tryggende tilnærming. Opplevelsen av støtte, anerkjennelse og respekt var viktig for å få tillit til helsesykepleier. Samtidig framkom følelser av usikkerhet vedrørende hensikt og innhold i hjemmebesøksstilbudet. De ønsket også bedre oppfølging av mors psykososiale helse. Resultatene diskuteres i lys av teoretisk grunnlag om interkulturell kommunikasjon, relasjonsbygging, likeverdighet, respekt og profesjonalitet. I tillegg drøftes betydningen av støtte og omsorg i perioden etter fødsel. Studien gir en verdifull innsikt i mødrenes opplevelser av helsesykepleiers hjemmebesøkspraksis. Studien viser behovet for større bevissthet blant helsesykepleiere om hvordan møte kvinner med innvandrerbakgrunn.

Nøkkelord: barselomsorg, helsestasjonstjeneste, innvandrere, intervjustudie, nyfødt, relasjoner

Abstract

Immigrant mothers can experience intense emotions and uncertainty in their parental role and be particularly vulnerable during the postnatal period. There is limited research on how mothers with an immigrant background experience the public health nurses' first home visit. The study aims to explore the mothers' experiences of the public health nurse's care. The study has a qualitative design. Individual semi-structured interviews were conducted with six mothers who have immigrated to Norway. The data were analyzed using systematic text condensation. The study shows that mothers with an immigrant background appreciated the public health nurse's professional but friendly approach. The participants' experience of support, recognition and respect was important for building relationships based on trust. At the same time, the mothers felt insecurity regarding the purpose and content of the home visit and highlighted the importance of information and psychosocial support. The theoretical framework for the study is based on theory of intercultural communication, caring relationships, recognition, respect and professional approach. Furthermore, the study explores how public health nurses support immigrant mothers during the home visit. The study creates awareness of immigrant mothers' experience of the postpartum period in a new country and gives valuable insight into how the public health nurse's approach can be tailored to meet their needs.

Keywords: interview study, immigrants, newborn, postnatal care, public health nursing, relationships

Bakgrunn

Hjemmebesøk fra helsesykepleier er et universalt tilbud til alle familier med nyfødt barn i Norge, uavhengig av sosial tilhørighet eller kulturell bakgrunn (1). Tilbudet skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, erfaring, kultur- og språkbakgrunn (2). Hjemmebesøk av helsesykepleier fremheves som en viktig del av det helsefremmende og forebyggende arbeid (3,4).

På hjemmebesøk får helsesykepleier en unik mulighet til å bli kjent med familien og danne seg et bilde av deres situasjon og eventuelle utfordringer (5). På denne måten kan helsesykepleier lettere tilpasse informasjon, tiltak og oppfølging som tar hensyn til familiens og barnets behov. Å komme hjem til familiene som «en gjest» gir en mer likeverdig relasjon, og anledning til å etablere et godt grunnlag for videre samarbeid (3, s.417). Foreldrene føler seg ofte tryggere og mer avslappet på egen arena, og de kan lettere ta opp temaer som er viktige for dem (6).

Flere studier påpeker hjemmebesøkets betydning som grunnlag for etablering av en tillitsfull relasjon mellom helsesykepleier og familien (5-7). I tillegg finnes flere nasjonale og internasjonale studier om hjemmebesøkets fordeler (8,9) og helsesykepleiers og mødrenes erfaringer fra hjemmebesøk (5-7,10-12). Det foreligger derimot lite forskning rettet spesifikt mot mødre med innvandrerbakgrunn og deres opplevelser fra det første møte med helsesykepleier på hjemmebesøk. Flere studier (13-16) fremhever behovet for videre forskning på feltet.

Sjetne, Kjøllesdal, Iversen og Holmboe (13) sin rapport om brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge fra 2013 viser at mødre med innvandrerbakgrunn var mindre fornøyde med hjemmebesøksstilbudet av helsesykepleier etter

fødsel sammenlignet med norske mødre. Hjälmhult og Lomborg (14) utforsket mødrenes opplevelser den første tiden hjemme med et nyfødt barn og bemerker at forskning på mødre med annen språklig bakgrunn kunne gitt ytterligere detaljer. Söderbäck og Ekström (15) sin studie hadde fokus på helsesykepleiers erfaringer med interkulturell kommunikasjon med somaliske foreldre. Forfatterne påpeker behov for mer forskning innenfor det flerkulturelle møtet mellom helsesykepleiere og foreldre (15). Johansson, Golsäter og Hedberg (16) belyser at helsesykepleiers flerkulturelle kompetanse er av stor betydning for å oppnå målet om å gi likeverdige tjenester til alle brukere.

Helsestasjonen er den eneste offentlige instans som møter alle barn og deres foreldre gjennom barnets første leveår (1). Norge er et flerkulturelt land og innvandrerbefolkningen forventes å øke kraftig i årene framover (17,18). Krysskulturelle møter er en del av hverdagen i helsestasjonstjenesten (17). Sosiokulturelle forskjeller og utfordringer i kommunikasjon medfører ofte behov for tilrettelegging av tjenestene, ikke minst når det gjelder hjemmebesøksstilbudet (1).

Å få et barn er en gledelig begivenhet, men samtidig en overgangsperiode i livet med økt sårbarhet og store emosjonelle endringer (5,19). Mødre med innvandrerbakgrunn kan være spesielt sårbare i perioden etter fødsel grunnet kulturelle, språklige og sosioøkonomiske faktorer (20). Ifølge O'Mahony og Clark (21) kan innvandrerstatus, det sosiale nettverket og kjønnsrelasjoner ha negativ innvirkning på mødrenes psykiske helse. Kvinnene kan føle seg usikre på det norske samfunnets forventninger og hvordan disse samsvarer med deres syn på foreldrerollen (18,22).

Kulturelle forskjeller i møtet mellom helsesykepleier og mødre med annen kulturell bakgrunn kan påvirke samhandlingen i ulik grad og vanskeliggjøre kommunikasjonen. Egen kultur kan oppfattes som universell og dermed relateres verdier, vurderinger og oppfatninger til eget

kulturelle ståsted (18). Mødre med innvandrerbakgrunn er ikke en homogen gruppe og det kan være variasjoner innen sosiale og kulturelle faktorer, økonomiske forhold og utdanningsnivå blant kvinnene (13). Samtidig har personer fra samme kulturelle verden mye felles – «felles språk, religion, erfaringsverden og moral» (23, s.33). Denne studien omfatter den første kontakten og møtet mellom helsesykepleier og mødre med innvandrerbakgrunn i familiens hjem. Det første møte på hjemmebesøk kan i seg selv åpne opp for innsikt og legge grunnlaget for etablering av relasjon mellom helsesykepleier og familien (24).

Formål

Formålet med studien er å utforske hvordan et utvalg av mødre med innvandrerbakgrunn opplever å bli ivaretatt av helsesykepleier på hjemmebesøk. Større innsikt i mødrenes opplevelser kan være av betydning for helsesykepleiere i arbeidet med å gi et bedre tilbud til mødrene uavhengig av etnisitet og kulturell bakgrunn.

Teoretisk perspektiv

Studiens teoretiske perspektiv tar utgangspunkt i en tillitsskapende, helsefremmende fremtoning som grunnlag for etablering av likeverdige relasjoner. I analysedelen har teorien bidratt til å kategorisere dataen (25) med fokus på problemstilling og formålet med hjemmebesøket. Teorigrunnlaget løftes frem i diskusjon av funnene (25).

Løgstrup (26) hevder at mennesker møter hverandre med gjensidig tillit. Det gjelder både for mennesker vi kjenner, men også i det første møte med fremmede. Tillit er en del av enhver samtale, og i kommunikasjon stilles det krav til begge parter om å være oppmerksomme på egne holdninger og væremåte (26). Lindberg & Hvatum (24) påpeker at en av utfordringene i helsesykepleiers arbeid for å kunne etablere tillitsskapende relasjon er evnen til å kunne finstille seg og være åpen for mors følelser. En respektfull tilnærming er av stor betydning til

å lykkes med mellommenneskelig kommunikasjon på tvers av kulturer og en viktig aspekt som bidrar til effektiv relasjonsbygging allerede fra det første møte (5,18).

Metode

Forskningsdesign

Med utgangspunkt i studiens formål ble et kvalitativt design valgt. Kvalitativ tilnærming bygger på teori om fortolkning, erfaring og opplevelser og kjennetegnes som en fleksibel metode som kan bidra til å presentere deltakernes subjektive erfaringer (25,27). I studien søkes mer kunnskap og forståelse om hvordan mødre med innvandrerbakgrunn opplever å bli ivaretatt av helsesykepleier på første hjemmebesøk.

Nøkkelen til godt empirisk materiale i kvalitative studier er å samle inn rik og detaljert data fra begrenset antall deltakere som har optimal relevans og validitet til problemstillingen (25,27). Det ble derfor gjennomført individuelle dybdeintervjuer med seks mødre med innvandrerbakgrunn.

Utvalg og rekruttering

Det ble foretatt et strategisk utvalg av deltakere utfra «maximum variation sampling», som innebærer at utvalget preges av større variasjonsbredde i deltakernes bakgrunn (27, s.493). Å inkludere mødre med flere barn og tidligere erfaring med hjemmebesøk, samt mødre med lite erfaring kunne gi mulighet for ulike nyanser i datamaterialet. Seks kvinner som tilsvarte inklusjonskriteriene ble intervjuet. Det ble inkludert fire førstegangsfødende og to flergangsfødende. Deltakerne forstod og snakket flytende norsk eller engelsk. Kvinnene hadde ulik kulturell og sosioøkonomisk bakgrunn. Fire av informantene kom fra fire ulike land i Øst - Europa, mens to kvinner kom fra land i Nord – Amerika og Asia. Samlet botid i

Norge varierte mellom 6 måneder og 10 år. Kvinnene var i aldersgruppen 20 - 40 år og hadde minst ett barn under ett år. Alle var gift/samboere, men ingen av dem hadde sin nærmeste familie i Norge unntatt ektefelle/samboer og barn. Av hensyn til informantenes konfidensialitet blir det ikke gitt fullstendige opplysninger om landbakgrunn eller alder. I Tabell 1 gis informasjon om informantenes bakgrunn.

Tabell 1. Presentasjon av informantene

Generell informasjon	Informasjon om deltakerne
Sivilstatus	Gift/samboer (n=6)
Alder	20-30 år (n=2) 30-40 år (n=4)
Land	Øst-Europa (n=4) Nord-Amerika (n=1) Asia (n=1)
Botid i Norge	Under 6 måneder (n=1) Mellom 2 - 10 år (n=5)
Antall barn	Førstegangsfødende (n=4) Flergangsfødende (n=2)
Intervjuspråk	Norsk (n=4) Engelsk (n=2)
Arbetsstatus (når ikke i permisjon)	Arbeidssøkende (n=2) Syssestatt (n=4)
Tidligere erfaring fra hjemmebesøk etter fødsel	I Norge (n=1) I utlandet (n=1)

Helsesykepleiere fra tre helsestasjoner i ulike kommuner i Nord -Norge bidro til rekruttering av deltakere. Det ble først sendt henvendelser til helseledelsen i fire mellomstore kommuner med informasjon om studien. De stilte seg positivt til prosjektet og ledende helsesykepleier ved de aktuelle helsestasjonene ble kontaktet. Informasjon om studien og fremgangsmåte for rekruttering ble videreformidlet internt til helsesykepleierne, som delte ut informasjonsskriv på norsk eller engelsk til aktuelle deltakere. Det ble også hengt opp rekrutteringsplakat på helsestasjonens venterom. Deltakerne tok kontakt med forsker enten per e -post, eller la igjen kontaktinformasjon for avtale av eventuelt intervjutidspunkt.

Datainnsamling

Dybdeintervjuene ble gjennomført av førsteforfatter og tilnærmingen var basert på forhåndsformulert temaguide, som presenteres i Tabell 2. Samtidig ble den frie samtalen bevart under intervju, noe som ga kvinnene mulighet til å stille spørsmål og inkludere temaer som kunne berike datamaterialet. Fem av intervjuene ble gjennomført hjemme hos deltakerne mens en mor ble intervjuet på helsestasjonen. Fordelen med hjemmeintervju var at forsker fikk en bedre fornemmelse av konteksten for hjemmebesøket.

Det ble benyttet lydopptaker under intervjuene. Intervjulengden varierte mellom 25 og 50 minutter. Etter at alle intervjuene var gjennomført fremkom ingen ny informasjon og rekrutteringsprosessen ble avsluttet. Lydopptakene var av god kvalitet, uten betydelige forstyrrelser. Lydfilene ble lyttet til flere ganger og transkribert ordrett.

Tabell 2. Temaguide og eksempel på intervju spørsmål

Intervjuteama	Eksempel på intervju spørsmål
1. Bakgrunnsspørsmål	Hva tenker du om å ha helsesykepleier på besøk i eget hjem?
2. Barselstid og hjemmebesøkstilbud	Kan du fortelle om dine opplevelser fra helsesykepleiers måte å kommunisere på?
3. Erfaringer med hjemmebesøk	
4. Opplevelser fra møtet med helsesykepleier	Hvordan skulle du ønske at du ble møtt av helsesykepleier?
5. Helsesykepleiers tilnærming	Er det noe mer du ønsker å fortelle om det første møte med helsesykepleier som ikke ble tatt opp?
6. Avsluttende spørsmål	

Analyse

Datamaterialet ble analysert med systematisk tekstkondensering (STC) som beskrevet av Malterud (25). Analysemetoden har en induktiv tilnærming, som innebærer at data fra enkeltpersoner bidrar til å abstrahere funnene til noe mer allment (25). Alle fire analysetrinn (Tabell 3) i STC ble fulgt systematisk for å få best mulig oversikt over den transkriberte teksten. Begge forfattere har bidratt i analysefasen og kritisk vurdert analysetrinnene.

Tabell 3. Analysetrinn i systematisk tekstkondensering (STC)

Analysetrinn i STC
1. Helhetsinntrykk – identifisere foreløpige tema
2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder (kodegrupper)
3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I analysens første trinn ble den transkriberte teksten lest gjennom flere ganger og det ble sammenfattet foreløpige tema og meningsbærende enheter. Enhetene ble deretter

systematisert og sortert i fire kodegrupper (trinn 2), som ble i tredje trinn abstrahert gjennom kondensering av innholdet i hver gruppe til subgrupper (25,28).

De meningsbærende enhetene tilhørende hver subgruppe ble gjennomgått grundig og vurdert på nytt. De enhetene som hadde relevans til problemstillingen ble inkludert i et kondensat og deretter i tre kategorier (trinn fire), som samlet resultatene fra analysen med utgangspunkt i de opprinnelige temaer og koder (Tabell 4).

Tabell 4. Eksempler på meningsbærende enheter, kodegrupper, subgrupper og kategorier

Meningsbærende enhet	Kodegrupper	Subgrupper	Kategorier
Det var liksom en selvfølge. Visste egentlig ikke” hva” de gjør.	Uklar hensikt med hjemmebesøk	Behov for informasjon Interkulturell kommunikasjon	Kvinnenes forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten
Det er veldig bra at de kommer hjem. Men det var litt tidlig, visste ikke hva jeg skulle spørre om. Annerledes når barnet er født i et annet land. Føles litt rart og skummelt.	Hjemmebesøkets betydning for mor og barn Å få barn i et fremmed land	Mors sosiale nettverk Sårbarhet Opplevelse av mestring i foreldrerollen	Mødrenes behov for støtte i barselperioden
Da føler jeg meg trygg. Jeg ble gitt mulighet til å stille mine egne spørsmål. Ærlig. Profesjonell, men ikke formell. Det jeg reagerte på, at det ikke var samme helsesøster	Helsesykepleiers ivaretagelse	Profesjonalitet og likeverdighet Ærlighet Mødrenes opplevelse av kontinuitet	Helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging

Etiske overveielser

Etiske hensyn ble tatt gjennom hele forskningsprosessen for å ivareta deltakernes integritet (25). Informantene fikk skriftlig informasjon om prosjektet. De ble informert om forskerens taushetsplikt og hvordan deres konfidensialitet og personvern ble ivaretatt. Det ble innhentet frivillig, informert og spesifikt samtykke før intervjuene ble gjennomført. Deltakerne ble informert om at de kunne trekke sitt samtykke tilbake når som helst og uten nærmere forklaring. Forsker har vært bevisst de etiske utfordringene knyttet til egen forforståelse som helsesykepleier og kvinne med innvandrerbakgrunn. Studien er tilrådt NSD (referansenummer 654245), og fremlagt for REK som vurderte at prosjektet faller utenfor helseforskningloven sitt virkeområde.

Resultater

Resultatene tar utgangspunkt i analysens tre hovedkategorier som illustrerer mødrenes opplevelser fra hjemmebesøk etter fødsel: *forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten, mødrenes behov for støtte i barselperioden og helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging*. For å holde oversikt over datamaterialet og samtidig følge kravene til konfidensialitet blir kvinnene referert til med følgende fiktive navn: Ewelina, Mila, Julia, Erika, Mihaela og Irena.

Forventninger til hjemmebesøk og den første kontakten

Alle mødre fortalte at de hadde forventninger til det første møte med helsesykepleier, men følte usikkerhet knyttet til helsesykepleiers arbeidsmåte og hensikten med hjemmebesøket. Tilbud om hjemmebesøk ble formidlet til alle informanter telefonisk og innenfor to uker etter fødsel. Ewelina, Mihaela, Julia, Mila og Irena oppfattet imidlertid ikke at informasjon om hjemmebesøk ble formidlet slik at det fremstod som et tilbud til familien, men snarere som et

påbud. Deltakerne fortalte imidlertid at de hadde akseptert tilbudet uansett, både av hensyn til barnet og av praktiske årsaker. Mihaela formidlet det slik:

Hun tok kontakt per telefon, spurte meg om det gikk greit og om hun kan komme på hjemmebesøk, så jeg takket ja. Og det er veldig bra, at de kommer på besøk, det er lettere for meg. Etter fødsel har man litt plager, så det er bedre at hun kommer hit. Det er bedre for barnet også.

Videre erfarte alle mødre at de fikk mangelfull informasjon om formålet med hjemmebesøk av helsesykepleier. Flere hadde fått hjemmebesøk av jordmor først. De formidlet at kjennskap til jordmors faglige kompetanse og arbeidsmåte, samt at en kjent person kom på hjemmebesøk rett etter fødsel, følte trygghet. Mødrene som ble intervjuet hadde ikke møtt helsesykepleier før. Spesielt førstegangsfødende hadde lite kunnskap om helsestasjonens arbeid i Norge. Julia sa følgende:

Hjemmebesøk fra helsesykepleier var velkomment, men med det første barnet hadde jeg aldri møtt damen som kom. Så på det tidspunktet skulle jeg foretrekke at det var jordmor som kom først, siden jeg kjente henne fra før.

Deltakerne fortalte at de allikevel opplevde det første møte som trygghet, når de først møtte helsesykepleier. Dette på tross av at deres forventninger til hjemmebesøk i forkant var preget av usikkerhet. Erika, Irena og Mihaela hadde tilnærmet lik erfaring. Erika formidlet det slik:

Jeg visste ikke hva hun skulle gjøre. Absolutt ingenting, hadde ikke peiling. Hun sa at hun skal besøke oss og veie babyen. Ga ikke så mye informasjon, men sa litt. Så jeg spurte ikke så mye.

Julia opplevde at hun var ganske fortvilt den første tiden, og usikker på mange ting. Hun «kjente ingen her» og uttrykte at på det tidspunktet skulle hun ønsket at hun fikk mer informasjon fra helsesykepleier i forkant av hjemmebesøket.

Informasjonsformidlingen på selve hjemmebesøket ble oppfattet av de aller fleste deltakere som tilfredsstillende. Helsesykepleier ga generelt gode råd og veiledning. Ewelina, Julia, Erika og Mihaela beskrev en følelse av usikkerhet i forkant av hjemmebesøket, med tanke på å uttrykke seg selv på et annet språk og forstå informasjonen helsesykepleier ønsket å formidle. Usikkerheten var også relatert til ulike norske dialekter. Erika fortalte at hun var «stresset om hvordan det skulle gå», mens Julia hadde bedt eksplisitt om helsesykepleier som snakket engelsk. Kvinnene hadde en positiv erfaring av helsesykepleiers måte å kommunisere på. Det var uproblematisk å forstå det som ble sagt, helsesykepleier tilpasset seg mors forståelsesevne, snakket ikke så fort og forsikret seg om at mor hadde forstått det som ble formidlet. Helsesykepleier var omtenkksom, hyggelig, lett å prate med og utstrålte vennskapelig holdning.

Mødrenes behov for støtte i barselperioden

Julia, Mihaela, Erika og Irena fortalte at de opplevde seg sårbare den første tiden etter fødsel. Mors fysiske og psykiske helse, spedbarnets omsorgsbehov, morsrollen i et fremmed land og opplevelsen av sosial støtte hadde innvirkning på deres opplevelser i perioden etter fødselen. Det fremkom i intervjuene at hjemmebesøk av helsesykepleier var «sårt tiltrengt».

Det varierte hvor godt sosialt nettverk mødrene hadde. Felles for alle informanter var at med unntak av ektefelle/samboer og barn, hadde alle sin nærmeste familie i hjemlandet. Julia og Mihaela fikk besøk av familie i løpet av de første ukene etter fødsel. Mødrene som hadde lite sosialt nettverk i Norge opplevde at de hadde større behov for hjelp og støtte fra

helsesykepleier, siden de ikke hadde så mange andre i umiddelbar nærhet som kunne stille opp for dem. Julia uttalte følgende:

Jeg var en utenlandsk mor her. Ingen av mine nærmeste bortsett fra min mann bor her. Det er annerledes å få barn i et annet land. I eget hjemland, da er det mødre og tanter ... og så har man vennene sine som kan stille opp og hjelpe når det trengs ... Og spesielt med det første barnet. Jeg var virkelig fortvilet og usikker på mange ting og jeg kjente ingen her ... Min familie skulle komme, men senere. Jeg skulle gjerne hatt deres støtte og spurt om hjelp når jeg tvilte på noe eller hadde spørsmål, men de var ikke her.

I tillegg opplevde Irena, Mihaela og Julia komplikasjoner under svangerskap og fødsel, og det tok en stund før de klarte å komme seg. Mila fortalte at det kan bli mye når man kommer hjem med et nyfødt barn, med tanke på fysiske plager og psykiske påkjenninger. «Stress», «usikkerhet» og «sjokk» var gjennomgående i deres beskrivelser av den første tiden etter fødsel. Julia følte seg «overveldet og fortapt» når hun fikk sitt første barn, og var veldig glad for at en person med faglig kompetanse besøkte familien. Irena beskrev det slik: «Den første tiden når man kommer hjem ... vel, det skjedde veldig mye på sykehuset ... jeg var på en veldig vanskelig plass og jeg var egentlig fortsatt i litt sånn sjokk».

Forventninger om støtte fra helsesykepleier ble nevnt som svært viktig. «Støtte er for min del det viktigste», påpekte Irena. Både Mihaela, Erika, Julia og Mila opplevde at de generelt fikk god støtte under hjemmebesøket. Helsesykepleier tok deres bekymringer på alvor og de fikk god oppfølging i etterkant med utgangspunkt i temaer som ble tatt opp. Helsesykepleier ble omtalt av kvinnene som snill og omsorgsfull, noe som ga trygghet og la grunnlaget for et tillitsfullt forhold. Mødrene erfarte at helsesykepleier var interessert, hjelpsom og lydhør. Fem av mødrene opplevde å få god støtte der og da når det gjaldt spørsmål om spedbarnet.

Irena hadde allikevel en annen opplevelse når det gjaldt egen psykisk helse. Hun fortalte at hun var i «grenseland for barseldepresjon» i tiden etter fødsel, og beskrev helsesykepleier som «flink» og «veldig snill». Allikevel satt hun igjen med en følelse av at det kunne vært gjort mer på hjemmebesøket for å kartlegge hvordan hun egentlig hadde det på det tidspunktet. Irena formidlet det slik: «Jeg bare føler at hvis helsesykepleier får en bitte liten følelse av at det kan være noe på gang, så prøv å følge opp. For jeg klarte ikke si ifra nøyaktig hvordan jeg hadde det».

Helsesykepleiers faglige kompetanse og relasjonsbygging

Informantene formidlet at helsesykepleiers holdninger og tilnæringsmåte, hensynet til det nyfødte barnet og helsesykepleiers faglige kunnskap var viktige for å få til en god relasjon. Et forhold som bygde på gjensidig respekt og tillit ble ansett som grunnlaget for det videre samarbeidet, noe som gjenspeiles i mødrenes utsagn. Julia fortalte det slik: «Det er en god start at mor og helsesykepleier har et godt forhold til hverandre, siden vi begge er her for barnets del».

Alle mødre beskrev hvordan helsesykepleier kom med faglige innspill, men samtidig viste respekt for mors valg, noe kvinnene satte pris på. Helsesykepleier ga informasjon, råd og veiledning, men var ikke for ledende i samtalen. Mila uttrykte det slik:

Hun var tydelig på at hun ikke var der for å stille masse spørsmål, men at det er jeg som fikk stille spørsmål hvis jeg hadde noe. Det var hun tydelig på helt fra begynnelsen av, det sa hun nesten med en gang. Det kjentes bra, for da fikk jeg stille spørsmålene jeg hadde behov for å stille.

Videre uttrykte alle informanter takknemlighet for at en person med helsefaglig kompetanse kom på hjemmebesøk kort tid etter hjemkomst med det nyfødte barnet. Noen av informantene

fortalte at i hjemlandet er det vanlig at for eksempel en lege gjennomførte et formelt hjemmebesøk dersom barnet var sykt. Hjemmebesøk av helsesykepleier i Norge ble derimot beskrevet som uformelt og vennlig. Julia opplevde helsesykepleier som «profesjonell, men allikevel varm og ikke for formell». Erika og Irena nevnte også «profesjonell» holdning i sine beskrivelser av hvordan de ønsket helsesykepleier skulle opptre. Profesjonell tilnærming ble knyttet til helsesykepleiers faglige kunnskap og dyktighet. Kvinnene hadde forventninger om at helsesykepleier skulle svare på deres spørsmål utfra sin helsesykepleiefaglige bakgrunn, uten å være nølende eller usikker. Erika sa følgende:

Hvis jeg spør om noe, forventer jeg et svar. For dette er nytt for meg. Ikke at jeg spør: hva tror du om det? og hun sier «jeg vet ikke». Det er veldig viktig for meg. At hun har svar, selv om det er selvfølgelig vanskelig å vite alt. Eller at hun kan forklare meg ting. Og det gjorde hun.

Videre satte mødrene pris på at helsesykepleier var oppriktig og ærlig. Mila, Julia, Mihaela og Irena påpekte at de ønsket en ærlig tilbakemelding dersom helsesykepleier hadde andre tanker om hvordan ting kunne gjøres, slik at de ikke satt igjen med en følelse av usikkerhet hva helsesykepleier egentlig mente. Mila uttrykte det slik:

Som pasient, eller hva man skal si, så vil man helst få en klar beskjed hvis det er noe. At det ikke blir usikkerhet i det, eller i iallfall vil jeg ha det slik. At man sier det bare som det er liksom, at man ikke blir usikker.

Diskusjon

Resultatene viser at mødrenes behov for informasjon, råd og veiledning under hjemmebesøket ble godt ivaretatt. Profesjonell og omsorgsfull tilnærming beskrives som svært viktig for å få tillit til helsesykepleier. Kvinnene opplevde at helsesykepleier var lydhør, omsorgsfull og

hjelpsom. De erfarte at deres mening ble respektert, noe som tyder på at helsesykepleier ivaretok kvinnenes integritet.

Informantene opplevde imidlertid at de fikk lite informasjon om hensikten med og innholdet i hjemmebesøket. I tillegg ble ikke hjemmebesøk presentert som et frivillig tilbud. Videre etterlyses det bedre oppfølging knyttet til emosjonell støtte og ivaretagelse av mors psykiske helse den første tiden etter fødsel.

Diskusjonen fokuserer på formidling av hjemmebesøkstilbudet samt mødrenes opplevelse av støtte, respekt og likeverdighet.

Formidling av hjemmebesøkstilbudet

Resultatene i denne studien viser at tidspunkt for hjemmebesøk med mødrene ble avtalt telefonisk og innenfor en kort periode etter hjemkomst fra barselavdelingen. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger om at foreldrene bør få tilbud om hjemmebesøk innen ti dager etter barnets fødsel (1). Mødrene opplevde at hjemmebesøk ble formidlet som en selvfølge, og ikke som et frivillig tilbud, noe som samsvarer med funn fra tidligere forskning (6,11). Det er betenkelig at ingen av informantene i denne studien fikk reel mulighet til å velge formen på den første konsultasjonen. Rett til å medvirke i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester er et viktig prinsipp (2) og brukerperspektivet anses å være en grunnstein i helsesykepleiers helsefremmende arbeid (29). I tillegg har personer med innvandrerbakgrunn og spesielt nyankomne innvandrere generelt mindre kjennskap til omsorgstjenestene i Norge (30). Det stiller spørsmål ved helsesykepleiers ivaretagelse av mødrenes behov for informasjon i forkant av hjemmebesøk og muligheten til å foreta et selvstendig valg når det gjelder formen på den første konsultasjonen.

Informantene fikk utilstrekkelig eller ingen informasjon om hjemmebesøkets innhold, og uttrykte en følelse av usikkerhet i sine forventninger til helsesykepleier. Dette står i kontrast til Helsedirektoratets anbefaling at informasjon om helsestasjonens tilbud bør gis i forkant av hjemmebesøket (1). Samme funn belyses av Hjälmhult og Lomborg (14) som fant at førstegangsfødende var usikre på hva de kunne forvente, siden helsestasjonens tilbud var uklart for dem.

Resultatene fra denne studien synliggjør at informasjon om hensikten med og innholdet i hjemmebesøksstilbudet er mangelfull. Hjemmebesøk har en lang tradisjon i Norge, men kan være helt ukjent for mødre med innvandrerbakgrunn. Kunnskap om formålet med og innholdet i hjemmebesøket vil kunne redusere opplevelsen av usikkerhet. Samtidig blir brukervedvirkningsprinsippet ivaretatt ved å presentere hjemmebesøk som et tilbud.

Mødrenes opplevelse av støtte

Julia, Mihaela, Erika og Irena fortalte at de hadde utfordringer i barseltiden, spesielt etter hjemkomst fra sykehuset. Gjennomgående for tre av mødrene (Julia, Irena og Erika) var opplevelsen av stress, sjokk og fortvilelse etter at barnet ble født. I de fleste kulturer er fødsel sett på som en gledelig begivenhet, men en slik overgangsperiode innebærer også at kvinner opplever emosjonelle endringer i form av økt følsomhet og sårbarhet (14,19).

Empirien i denne studien viser at kvinnenens utfordringer i tiden etter fødsel er ikke stort annerledes enn det kvinner generelt opplever som utfordrende i barseltiden. Det er imidlertid flere risikofaktorer som helsesykepleiere bør være oppmerksomme på når det gjelder kvinner med innvandrerbakgrunn, deriblant kvinnenens mulig manglende sosiale nettverk og behov for sosial støtte (21). Mødrene i denne studien opplyste at det tok tid før deres nærmeste besøkte dem i Norge. De fremhevet behovet for hjelp, støtte og bekreftelse fra helsesykepleier som

svært viktig den første tiden hjemme med et nyfødt barn. Sjetne et al (13) påpeker at mange som ikke er kjent med norsk kultur og helsevesen er i en sårbar fase når de får barn og har enda større behov for støtte og omsorg. Ifølge Leahy -Warren (31) står sosial støtte, både fra familie og helsevesen sentralt for å styrke foreldrenes selvtillit i foreldrerollen.

Helsesykepleiers rolle på hjemmebesøk er unik med tanke på tilgangen til familien og tidlig intervensjon (1,32) ikke minst med hensyn til å gi støtte til mødre med innvandrerbakgrunn (33).

Kvinnene i denne studien hadde en positiv opplevelse av helsesykepleiers omsorgsevne. Helsesykepleier ble beskrevet som «moderlig, men samtidig profesjonell», noe som ga assosiasjoner til opplevelse av omsorg og trygghet. Det fremkom imidlertid utsagn som berører mors psykiske helse og helsesykepleiers evne til å utforske hva mor egentlig prøver å formidle. Funnene viser at det kan være noe som plager mor som hun ikke klarer å formidle og at det er viktig at helsesykepleieren følger opp skjøre tegn som kan indikere at moren trenger hjelp.

Forskning viser at innvandrerkvinner har en høyere forekomst av barseldepresjon enn den øvrige befolkning (20). Mødre med innvandrerbakgrunn kan oppleve betydelige psykiske helseutfordringer med bakgrunn i språklige utfordringer og sosioøkonomiske faktorer (21). Men i noen kulturer blir alvorlighetsgraden av psykiske og emosjonelle reaksjoner hos mor betraktet som en normal reaksjon etter fødsel og noe mor bør takle selv (20). I O'Mahony og Clark (21) sin studie fortalte mødre om et kulturelt stigma forbundet med psykiske vansker som kan forhindre at de søker adekvat støtte og hjelp. I denne studien antydte en av mødre at hun var i fare for barseldepresjon, men ønsket ikke å framstå som «svak». Clancy og Svensson (34) hevder at noen velger å ikke utdype eller si noe om hvordan de egentlig har det, grunnet ønske om å leve opp til helsesykepleiers forventninger. I Söderbäck og Ekström

(15) sin studie ga somaliske mødre uttrykk for at de holdt igjen informasjon om egne tanker og oppfatninger, grunnet tidligere erfaringer med helsevesenet.

I denne studien fremmes mødrenes behov om å bli sett og tatt på alvor og helsesykepleier utfordres til å bruke faglig skjønn for å identifisere og avdekke mødrenes behov for støtte og hjelp. Det reiser spørsmål om helsesykepleiers kultursensitive kompetanse til å møte mødrenes behov for psykososial støtte og forståelse. Ifølge Alvsvåg og Martinsen (35) er det faglig-etiske skjønnet nødvendighet for å kunne ivareta brukerne på en best mulig måte, spesielt i situasjoner en er usikker på. En annen sentral faktor i møtet mellom mødre og helsesykepleiere er oppnåelse av en felles forståelse av situasjonen, og at helsesykepleier er åpen for mors emosjonelle reaksjoner og opplevelser, uavhengig av karakter (36). Det er i tillegg viktig å utforske kulturelle forskjeller og likheter for å komme fram til en felles forståelse (18).

Opplevelsen av respekt og likeverdighet

Kvinnernes opplevelse av helsesykepleiers hjemmebesøk gir inntrykk av at helsesykepleier opptrådte profesjonelt samtidig som hennes holdning var vennlig. Det stod i kontrast til deres tidligere erfaringer fra hjemlandet, der hjemmebesøk av helsepersonell ble forbundet med et formelt møte. En slik kombinasjon av vennlighet og profesjonalitet hos helsesykepleier ble ansett som en stor fordel for etablering av et tillitsfullt forhold. Kvinnernes utsagn tyder på at helsesykepleier hadde en faglig og omsorgsfull tilnærming som skapte en betryggende atmosfære. Dette er i tråd med Clancy (37) som skriver at helsesykepleier er den ansvarlige profesjonelle som skal ivareta foreldre og barn ved å bruke sin kliniske kompetanse og ekspertblikk og samtidig vise personlig og omsorgsfull nærhet. Helsesykepleier bør finne en balanse mellom åpenhet, nærhet og profesjonell distanse for å kunne gi en adekvat hjelp (34).

Flere deltakere fortalte at helsesykepleier var ikke fordømmende og mødrene opplevde at deres meninger ble respektert. Det står i kontrast til Söderbäck og Ekström (15) som henviser til tidligere forskning at somaliske foreldres utfordringer i møte med helsevesenet hadde sitt utspring i opplevelsen av å ikke bli respektert eller tatt på alvor. Det er imidlertid nærliggende å påpeke at selv om kvinnene i denne studien opplevde relasjonen til helsesykepleier som likeverdig, er partene likevel ikke likestilte.

Helsesykepleiers helsefremmende arbeid legger vekt på brukerens selvbestemmelsesrett, men det er viktig å være bevisst på maktubalansen som bestandig vil være til stede mellom helsepersonell og brukere (32). Selv om alt kan virke tilsynelatende greit, kan foreldrene unnlate å fortelle om det som er problematisk og heller velge å fortelle at alt er bra (37). I tillegg kan det tenkes at forholdet preges av kulturelle ulikheter som forsterker asymmetrien i relasjonen. Ifølge Eriksen og Sajjad bærer de fleste situasjoner der innvandrere kommuniserer med nordmenn preg av maktforskjeller «og nesten alltid er det nordmannen som har mest makt» (23, s.123). Løgstrup skriver at ethvert menneske er et selvstendig og ansvarlig individ, og ønsket om å forstå den andres verden er tett koblet til viljen om å la den andre «være herre over sin egen verden» (26, s.48). Relatert til denne studien kan det forstås som at mødrenes opplevelse av respekt og likeverdighet på hjemmebesøket var med på å styrke tilliten til helsesykepleier. Samtidig forventet kvinnene at helsesykepleier var oppriktig og ærlig og sa ifra dersom ting burde gjøres annerledes. I den sammenheng støtter forfatter seg til Clancy og Svensson (34) om at likeverdighet og deltakelse ikke handler om aktive brukere og passive helsesykepleiere, men om åpenhet, ærlighet og å imøtekomme brukernes behov.

Metodiske overveielser

Studien er liten, men gir en verdifull innsikt i helsesykepleiers hjemmebesøkspraksis utfra mødrenes opplevelser. En begrensning med studien er at ingen av deltakerne har flyktningebakgrunn, selv om mødre med flyktningebakgrunn var blant inklusjonskriteriene. Utfra studiens tidsramme kunne imidlertid større antall informanter gitt utfordringer med dyptgående analyse av datamaterialet (38). Studien omfatter ikke mødre som har behov for tolk og belyser derfor ikke utfordringer som kan oppstå når tolk benyttes i kommunikasjon. Å intervju mødre med flyktningebakgrunn kunne ha belyst flere utfordringer og kan være et interessant fokus for videre forskning.

Resultatene er ikke statistisk generaliserbare. Mødre med innvandrerbakgrunn er ikke en homogen gruppe og det er individuelle forskjeller innenfor samme kultur (23,30). Hensikten med kvalitative studier er å oppdage mening og utforske mangfoldige realiteter og ikke generalisere til resten av populasjonen (27). Funnene støttes av sitater og begge forfattere har bidratt i fortolkningen av funnene og kritisk vurdering av manuskriptet, noe som styrker studiens troverdighet. Intervjustudien har gitt dybdekunnskap om mødrenes opplevelser.

Konklusjon

Resultatene viser at hjemmebesøk av helsesykepleier var en positiv og betryggende opplevelse. Mødrene opplevde at helsesykepleier hadde en profesjonell, respektfull og vennlig holdning, noe som styrket tilliten til helsesykepleier. Utilstrekkelig informasjon om hensikten med og innholdet i hjemmebesøksstilbudet førte imidlertid til en opplevelse av usikkerhet blant mødrene.

Resultatene tyder på at informasjonsformidling i forkant av hjemmebesøk kan bli bedre. Dette bør helsesykepleiere være oppmerksomme på når hjemmebesøksstilbudet presenteres for

mødrene. Resultatene viser i tillegg at det etterlyses bedre oppfølging knyttet til psykososial støtte og ivaretagelse av mors psykiske helse den første tiden etter fødsel.

Studien har relevans for praksis og viser at tilstrekkelig informasjon, kultursensitiv kompetanse og skjønnsmessig vurdering er viktige forutsetninger for å kunne gi et bedre tilbud til mødre med innvandrerbakgrunn. Studien kan være nyttig for helsesykepleiere i arbeidet med kvalitetsforbedring av tjenesten til kvinner med innvandrerbakgrunn.

Videre forskning bør rettes mot minoritetsfamilier og foreldrenes erfaringer med helsestasjonstjenesten. Det kan i tillegg være relevant å forske på helsesykepleiers erfaringer i møte med kvinner med annen kulturell bakgrunn som har behov for psykososial støtte.

Observasjonsstudier av interaksjonen mellom helsesykepleier og mødre med innvandrerbakgrunn på hjemmebesøk kan belyse hva som faktisk skjer i en konsultasjon.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Oslo: Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 08. februar 2017 [oppdatert 11.november 2019; hentet 08.04.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>
2. Lov om pasient-og brukerrettigheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999
3. Hjälmhult E. Hjemmebesøk som metode. I: Holme H, Valla L, Hansen, MB, Olavesen ES, red. Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.s. 413 – 421.
4. Glavin K. Helsesøstertjenesten i helsestasjon. I: Glavin K, Gjevjon ER, red. Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS; 2016. s.55-67.
5. Aston M, Price S, Etowa J, Vukic A, Young L, Hart C. et al. The power of relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during postpartum home visits. J Fam Nurs. 2015; 21(1):11-34. <https://doi.org/10.1177/1074840714561524>
6. Jansson, A, Petterson K, Udèn G. Nurses' first encounters with parents of new-born children – public health nurses' views of a good meeting. J Clin Nurs. 2001; 10 (1): 140-151. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00456.x>

7. Henderson S. Community child health nurse's experience of home visits for new mothers: A quality improvement project. *Contemporary nurse*. 2010; 34(1): 66-76. DOI: <https://doi.org/10.5172/conu.2009.34.1.066>
8. Kronborg H, Væth M, Kristensen I. The effect of early postpartum home visits by health visitors: A natural experiment. *Public Health Nurs*. 2012; 29(4): 289-301. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x>
9. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. Issue8. Art. No.: CD009326. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub3>.
10. Hjälmhult E. Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning*. 2009; 4 (1):18-26.10.4220/sykepleienf.2009.0018
11. Økland T, Hjälmhult, E. Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn. Rapport fra kartlegging av helsesøsters tilbud ved helsestasjoner i Bergen. Bergen: Høgskulen på Vestlandet; 2010 [hentet 08.03.2020]. Tilgjengelig fra: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2481721>
12. Hjälmhult E, Økland T. Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. *Sykepleien forskning*. 2012; 7(3): 224-230. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0128>
13. Sjetne IS, Kjøllesdal JG, Iversen HH, Holmboe O. Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater. PasOpp-rapport nr. 4–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/brukerfaringer-med-svangerskaps--fodsels--og-barselomsorgen>
14. Hjälmhult E, Lomborg K. Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scand J Caring Sci*. 2012; 26(4):654-662. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x>
15. Söderbäck M, Ekström C. Hälsovägledning med Somaliska föräldrar inom Svensk Barnhälsovård. En kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 2014; 34(4), s.33-7. <https://doi.org/10.1177%2F010740831403400407>
16. Johansson L, Golsäter M, Hedberg B. Health dialogue with non-native-speaking parents: Child health nurses' experiences. *Nord J Nurs Res*. 2016; 36(4), 209-215. <https://doi.org/10.1177%2F2057158516635480>
17. Salole L, Holme H. Krysskulturelle møter på helsestasjonen. I: Holme H, Valla L, Hansen MB, Olavesen ES, red. *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016. s.173-185.
18. Jávo C. *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer: Transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
19. Eberhard-Gran M, Slinning K. *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007
20. Sword W, Watt S, Krueger P. Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian – born women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35(6):717-727. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00092.x>
21. O'Mahony JM, Clark NK. Immigrant women and mental health care: Findings from

- an environmental scan. *Issues Ment Health Nurs.* 2018; 39 (2): 1-11.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1479903>
22. Annexstad E. Minoritetshelse. I: Holme H, Valla L, Hansen, MB, Olavesen ES. red. Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.s.189-201.
 23. Eriksen TH, Sajjad TA. Kulturforskjeller i praksis. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015.
 24. Lindberg A, Hvatum I. Møtet med helsestasjonen - foreldre som aktive deltakere. I: Holme H, Valla L, Hansen MB, Olavesen ES, red. Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.s.289-297.
 25. Malterud K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4.utg.Oslo: Universitetsforlaget; 2017
 26. Løgstrup, KE. Den etiske fordring. 3.utg. København. Gyldendal; 2008.
 27. Polit DF, Beck CT. Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.10. ed. Lippincott Williams & Wilkins. Wolters Kluwer; 2017
 28. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health.* 2012; 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177%2F1403494812465030>
 29. Kvarme LG. Forebyggende og helsefremmende arbeid. I: Glavin K, Helseth S, Kvarme LG red. Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. Oslo: Cappelen Damm AS; 2016. s. 28-34.
 30. Helse-og omsorgsdepartementet. Likeverdige helse- og omsorgstjenester –god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017[Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 13.august 2013[Hentet 05.april 2020] Tilgjengelig fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
 31. Leahy - Warren P. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *J Adv Nurs.* 2005; 50(5) s. 479-488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>
 32. Tveiten, S. Veiledning. I: Glavin K, Helseth S, Kvarme LG red. Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. Oslo: Cappelen Damm AS; 2016 s. 173-189.
 33. Glavin K. Ikke alltid fantastisk. Psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid. Bergen: Fagbokforlaget. 2019
 34. Clancy A, Svensson T. Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Prim Health Care Res Dev.* 2010; 11(4): 363–373. <https://doi.org/10.1017/S1463423610000137>
 35. Alvsvåg H, Martinsen KM. Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning.* 2018; 4 (3), s. 215-222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
 36. Fägerskiöld A, Timpka T, Ek A-C. The view of the child health nurse among mothers. *Scand J Caring Sci.* 2003; 17(2):160-162. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00106.x>
 37. Clancy A. Helsesøsterkonsultasjoner fra sidelinjen – et blick på makt og kunnskap. I: Kjær TA, Martinsen K red. Utenfor tellekantene: essays om rom og rommelighet. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. s.145-159.
 38. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3.utg. Oslo. Gyldendal

akademisk; 2015.