



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Fedres erfaringer med helsestasjonen – en scoping review

Rigmor Helene Skarhol

Masteroppgave i helsesykepleie, HEL – 3964 05.05.2022

Antall ord: 24 888

Forord

Da var 3 års studier over og jeg kan ikke annet enn si at dette har vært noen meget lærerike år. Dette siste året har skilt seg ut med selve skrivingen av masteroppgaven. Det har vært en prosess som jeg ser har endret meg. Den kunnskapen jeg nå har tilegnet meg er jeg takknemlig for. Det har vært oppturer og nedturer, og noen intense siste måneder. Jeg kommer nok til å tenke tilbake til dette året, som noe av det mest verdifulle jeg har gjort for meg selv med tanke på læring og personlig utvikling, jeg gleder meg til å bruke all kunnskapen videre i mitt nye yrke.

Min veileder, Runa Anneli Andersen, tusen takk for mange kloke ord og tilbakemeldinger. Tusen takk til Grethe Overvåg på biblioteket ved UiT for hjelp i søkeprosessen min. Jeg ønsker takke familie, venner, medstudenter og kollegaer for utrolig støtte, dere er gull. Tusen takk til min søster Solveig som fikk meg i flow, og hjalp til med korrekturlesing. Tusen takk til min leder, Jill- Trude, for støtte og tilrettelegging jeg ikke hadde klart meg uten.

Tusen takk til alle mine som har vært tålmodige og heiet meg videre.

Lakselv, mai 2022

Rigmor Helene Skarhol

Sammendrag

Bakgrunn: Fedre er forholdsvis «nye» som brukere av helsestasjonen, og det er forsket mindre på deres erfaringer med helsetjenesten, enn på mødres erfaringer. Helsestasjonen er et lavterskel-tilbud for hele familien. Med tanke på kvalitetsforbedring, hvor brukermedvirkning står sterkt, og helsesykepleierens helsefremmende arbeid, ønsker jeg å belyse fars erfaringer og opplevelser med helsestasjon, og hans møter med helsesykepleiere.

Hensikt: Formålet er å samle, kartlegge og vise hva som er gjort av forskning på emnet i Nordiske land. Forskerspørsmålet mitt er *Hva er fedres erfaringer med helsestasjonen?*

Metode: Dette er en litteraturstudie av typen scoping review, med rammeverket til Arksey og O'Malley for hvordan de anbefaler å gjøre en scoping review som utgangspunkt.

Rammeverket består av 5 (6) trinn, hvor det siste er valgfritt. Dette rammeverket er delvis modifisert etter deres anbefalinger (Arksey & O'Malley, 2005) med noen implementeringer fra forfattere som har bearbeidet det opprinnelige rammeverket, og kommet med noen tilleggsanbefalinger for hvordan gjennomføre en scoping review. Jeg har gått bredt ut i mine søk, både i databaser, referanselister og andre nettverk som resulterte i 10 inkluderte artikler.

Resultat: Det er brukt Aveyard's beskrivelse for tematiske analyse i resultatdelen. Resultatet av den tematiske analysen er drøftet opp mot utvalgt teori og praksis.

De fire hovedtemaene som er funnet i denne studien er; Er tilbudet for oss? Relasjon til helsesykepleieren, trygghet og støtte i farsrollen og ekspertisen på helsestasjonen.

Konklusjon: Det var delte erfaringer med helsestasjonen. Fedrene har tillit til kunnskapen og ekspertisen, og dersom helsesykepleier inkluderer far skapes en relasjon som både gir trygghet og støtte. De setter pris på råd om blir gitt, men føler seg enda på sidelinjen. De ytrer et ønske om å bli likestilt på samme måte som mor. Helsesykepleiere bør aktivt involvere far, og invitere han med. Egne konsultasjoner, eller grupper for fedre er noe som er ønsket. Denne studien viser også at det er kunnskapshull, og ytterligere forskning bør tilstrebes.

Nøkkelord: Fedre, helsestasjon, erfaringer, helsesykepleier

Abstract

Background: Fathers are relatively “new” to the child health clinic, and less research has been done on their experiences with the health service, compared to mothers` experiences. The child health clinic is a low-threshold service for the whole family. With a view to quality improvement, where user participation is strong, and the public health nurse`s healthpromoting work, I wish to shed a light on fathers` experiences and expectations with the child health center and his meetings with the public health nurse.

Aim: The purpose is to collect, map and show what research has been done on the subject in the Nordic countries. My research question is *What are fathers` experiences with the child health clinic?*

Method: This is a literature review study of the type scoping review, with the framework of Arksey and O`Malley on how to perform av scoping review as a base. The framework consists of 5 (6) steps, where the last one is optional. This framework is partly modified after the authors own recommendations (Arksey & O`Malley, 2005) with some implementations from authors who has processed the original framework, and come up with some additional recommendations on how to perform a scoping review. My search has been wide in databases, reference lists and other networks to fine my 10 included research articles.

Result: Aveyard`s description of an analytical thematic is used in the results section. The result from the thematic analysis is discussed up against chosen theory and practice. The four main themes found in this study is; Is the offer for us? The interaction with the public health nurse, feeling secure and supported in the role as a father and the expertise at the child health clinic.

Conclusion: There were different experiences with the child health clinic. The fathers trusted the knowledge and the expertise, and if the public health nurse included the fathers, a trusting and supporting relationship is formed. They appreciate the advice given but still, they feel left out. They express a desire of feeling equal in the same way as a mother. The public health nurse should actively involve the fathers, and invite him in. Consultations arranged for fathers or groups are wanted. This study also shows that there are gaps in knowledge, and further research should be aspired.

Key words: Fathers, child health clinic, experience, public health nurse

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Hensikt og formål	3
1.3 Mitt forskerspørsmål.....	4
1.4 Begrepsavklaringer og avgrensninger.....	4
1.5 Oppgavens oppbygning	5
2 Utvalgt teori	5
2.1 Farsrollen – nå og da.....	5
2.2 Helsestasjonen.....	7
2.3 Helsefremmende arbeid	10
2.4 Empowerment	11
2.5 Brukermedvirkning	13
2.6 Tidligere forskning.....	15
3 Forskningsetiske vurderinger	17
3.1 Reliabilitet og validitet.....	18
4 Metode.....	19
4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv	20
4.2 Min forforståelse	21
4.3 Begrunnelse for valg av metode	22
4.4 Det starter med et spørsmål.....	22
4.5 Identifisere relevant litteratur og forskning	23
4.6 Seleksjon av studier	24
4.6.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	25
4.6.2 Søkeord.....	28
4.7 Søkeprosessen.....	29
4.7.1 Sykepleien forskning	30

4.7.2 Svemed+	31
4.7.3 Cinahl	31
4.7.4 PubMed	32
4.7.5 Psychinfo	32
4.7.6 Referanselister	33
4.7.7 Snøballmetoden	33
4.7.8 Google scholar	33
5 Kartlegging av data	35
6 Samle, oppsummere og rapportere resultater	46
6.1 Er tilbudet for oss?	48
6.2 Relasjon til helsesykepleieren	51
6.3 Trygghet og støtte i farsrollen	53
6.4 Ekspertisen på helsestasjon	56
7 Drøfting	58
7.1 Er tilbudet for oss?	58
7.2 Relasjon til helsesykepleieren	61
7.3 Trygghet og støtte i farsrollen	64
7.4 Ekspertisen på helsestasjonen	67
8 Konklusjon og oppsummering	70
8.1 Hva videre?	70
8.2 Oppgavens styrker og svakheter	71
Referanseliste	73
Vedlegg 1	81
Vedlegg 2	82
Vedlegg 3	84
Vedlegg 4	94

Tabelliste

Tabell 1	23
Tabell 2	26
Tabell 3	28
Tabell 4	47

Figurliste

Figur 1	34
Litteraturnatrise 1	36

1 Innledning

Tema for denne scoping review studien er fedres erfaringer og opplevelse med helsestasjonen, og deres møter med helsesykepleiere.

Helsestasjonen er en lovpålagt tjeneste gjennom helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 som skal tilbys alle barn som bor i norske kommuner. Kommunene skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester i form av helsestasjonstjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Helsestasjonens mål er at foreldre skal oppleve mestring i foreldrerollen, bidra til godt samspill mellom foreldre og barn, å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn, forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt, avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig og bidra til at barn får oppfølging og henvises videre ved behov. Tilbudet på helsestasjonen 0-5 år skal blant annet omfatte helseundersøkelser, rådgivning, oppfølging, opplysningsvirksomhet og veiledning både individuelt og i grupper, og som hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2019a).

Helsestasjonen utgjør for mange foreldre et sted hvor de håper og forventer å få den hjelpen, oppfølgingen og veiledningen de har behov for. Foreldrestøttende arbeid er en viktig del av arbeidet til en helsesykepleier. Dette skjer ved alle møter helsesykepleier har med familien. For å få kjennskap til familiens behov, er det viktig å danne en relasjon med foreldrene, slik at hun eller han kan støtte foreldrene slik at de kan finne egne ressurser og egne svar (Lindberg & Hvatum, 2016). Helsestasjonens formål er å arbeide helsefremmende og forebyggende. Tilbudet skal være gratis og frivillig for familier med barn, og det gir et unikt utgangspunkt for et samarbeid om barns oppvekstvilkår (Glavin, 2016). Norge er et av landene i verden med lavest spedbarnsdødelighet, og dødelighet under 5 år. Noe som kan tilskrives arbeidet som gjøres på helsestasjonen, med dens universelle tilbud. Bedring i folkehelse og generelle levekår er antakelig med å påvirke den høye dødeligheten blant barn under 5 år (FNSambandet, 2020; Glavin, 2016).

Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, via helsestasjonen, plikter å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Et av formålene med loven, er å sikre tjenestetilbudets kvalitet og likeverdig tjenestetilbud, sikre samhandling og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Helsestasjonen skal bestå av helsesykepleiere og leger, og blant målene, med retningslinjene, er at de skal bidra til helhetlige og likeverdige tilbud, og styrke mestring blant foreldre, barn og ungdom (Helsedirektoratet, 2020). I arbeidet med kvalitetsforbedring bør helsepersonell ta hensyn til

hva brukere av tjenesten har behov for og hva er viktig for dem. Brukere i dette tilfellet er foreldre, mødre og fedre. Brukermedvirkning er nedfelt i lov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), og sikrer brukers rett til å medvirke i ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal så langt det går utformes i samarbeid mellom tjenestene og bruker. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten sier også under § 7 at virksomhetens plikter, innebærer å sørge for at brukerens erfaringer blir brukt (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Det er derfor viktig med tanke på kvalitetsforbedring og brukermedvirkning, å få kjennskap til brukeres erfaringer med en tjeneste som er lovpålagt under helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Fra et historisk perspektiv er fedre relativt «nye» brukere av helsestasjonen. Den tidligere tradisjonelle rollefordelingen, tilsa at det var mødre som var hjemme med småbarna, og far var i arbeid og tjente penger til husholdningen (Skjøthaug, 2016). Det tradisjonelle rollemønsteret ble for alvor utfordret i 1960- årene i industrialiserte vestlige land. Dette gjaldt også Norden, hvor etterspørselen etter kvinners arbeidskraft steg. Også internasjonalt har mann- og farsrollen sett et skifte, både sosialt og kulturelt. Det er større forventninger om en omsorgsfull, og aktivt deltakende far i dagens samfunn i forhold til tidligere (Leira, 2012). Fedrenes rolle er i stadig endring og de er nå en aktiv del av barneomsorgen. Helsestasjonen møter trolig enda på flere mødre enn fedre og det er mer sparsommelig forskning på fedre, enn på mødre i relasjon til barneomsorg (Skjøthaug, 2016). En tidligere proposisjon fra barne- og familiedepartementet (2005) om økning av fedrekvoten, stadfestet at dagens fedre engasjerer seg sterkt i barnas liv og Norden og Norge er i særstilling hva foreldrepermisjon og fedrekvoten angår. Fedrekvoten ble innført i 1993 og bakgrunnen for at denne ble innført var ønsket om at flere fedre skulle delta aktivt i omsorgen i barnets første leveår (Barne- og familiedepartementet, 2005). Fedrene fikk i 1993 en kvote på fire uker. Fra da til 2019, hvor kvoten har blitt utvidet med opp til 95 dager, har antallet fedre som tar ut sin del av permisjonen aldri vært så høy som i 2020 (NAV, 2020). I mannspanelets konklusjonsnotat fra St.meld. nr.8 om menn, mansroller og likestilling fra 2008 anbefalte de blant annet at nybakte fedre må få et bedre tilbud ved helsestasjoner, og de må inkluderes i svangerskaps- og barselomsorgen (Barne- og familiedepartementet, 2009).

I dagens samfunn, spesielt i nordiske land, er kvinner og menn likestilt, både i utdanning og arbeid (Leira, 2012). Egne erfaringer viser at det fremdeles er flere mødre som kommer på

helsestasjonen. Men det er en endring, det er flere og flere fedre som møter opp, enten alene eller sammen med mor, og ut fra fedrenes økte engasjement og deres økte fedrekvote, kan man anta at tallene vil fortsette å øke.

At det er satt på agenda vises også i media. Fra NRK Vestfold og Telemark nyheter kunne man nylig lese at på Re helsestasjon i Tønsberg kommune, gjennomfører de nå et pilotprosjekt rettet mot fedre som skal ut i permisjon, hvor hensikten er å få fedrene på banen og gjøre helsestasjonen til en arena også for far (Lindtner & Shau, 2022). Stine Sofies stiftelse hadde en konferanse i regi med RBUP i april 2022, *Farsrollen i et familieperspektiv*, hvor de ønsket finne ut hvordan det offentlige kan bedre hjelpe fedre til å bli inkludert i et nyfødt barns liv. Og, hvordan kan man gi et helsetilbud der fedre får den hjelpen de trenger for å bli trygge i foreldrerollen (Stine Sofies Stiftelse, u.å.).

For å styrke far og hans brukermedvirkning er det viktig å vite hva hans erfaringer, opplevelser og ønsker er fra tjenesten. Dette er viktig for å sikre et likeverdig tilbud til både far og mor på helsestasjonen. Retningslinjene til helsestasjonen sier at den skal være helsefremmende og støtte foreldre. Gjennom helsestasjonsprogrammet får foreldrene systematisk veiledning om blant annet kosthold, amming, samspill, barneulykker og skader. Tilbudet fra tjenesten skal være kultursensitivt og tilpasset den enkeltes behov og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2019a). Brukermedvirkning kan sikre brukerens påvirkning av omgivelser gjennom egne valg og ressurser, og slik ha en positiv påvirkning på selvbildet og dermed styrke brukerens motivasjon (Helsedirektoratet, 2017a). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier blant annet under punkt 1.1 at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 1983). I lys av dette ønsket jeg forske på fedrene og hva de erfarer og deres opplevelser med helsetjenesten.

1.2 Hensikt og formål

Hensikten med å gjennomføre en scoping review, er å se samle forskning på fars erfaringer og opplevelser, med helsestasjonen, og møter med helsesykepleier, så rapportere disse funnene.

Scoping review er en metode innenfor litteratur review som er spesielt nyttig dersom man ønsker å kartlegge hva som foreligger av forskning innenfor ulike emner, og man vil bruke et bredere forskerspørsmål. Man kan for eksempel bruke denne metoden dersom det er et nytt forskningsfelt, eller kartlegge hva som finnes av forskning innenfor et område (Peters et al., 2015). Det er lite forskning på emnet, og det vil derfor være hensiktsmessig samle det som

finnes av forskning i de nordiske land. Er fars erfaringer annerledes enn mødres? Har de andre forventninger, behov og opplevelser i møter med helsestasjonen? Jeg søkte mer kunnskap og innsikt i hvilke tanker fedre har om tilbudet, og jeg undret på om det er det noe som bør endres i tjenesten fra deres perspektiv. Hvilke behov og opplevelser far har, og få vite hva han erfarer i møter med helsesykepleiere. Dette vil forhåpentligvis øke forståelsen, og kunnskapen, om hvordan de ser på tilbudet. Denne kunnskapen kan bidra i videreutviklingen av helsetjenesten og sikre brukermedvirkning, slik at man kan sikre at tjenesten er tilrettelagt alle deltakende parter.

1.3 Mitt forskerspørsmål

Jeg ønsker å se på hva fars erfaringer og opplevelser med helsestasjonen er. Jeg vil få mer innsikt og kunnskap om hva han har av tanker rundt helsetjenesten, og tilbudet fra helsestasjonen, og vite hva han erfarer i møter med helsesykepleier. Derfor kom jeg fram til følgende forskerspørsmål som er:

«Hva er fedres erfaringer med helsestasjonen?»

1.4 Begrepsavklaringer og avgrensninger

Når jeg skriver erfaringer og opplevelser, betyr det for meg at det skal handle om hvilke tanker de har om tjenestetilbudet når de har vært der, hvilke følelser sitter de igjen med, informasjon de har tilegnet seg etter deres møter med helsestasjonen og helsesykepleier. Forventninger, behov og ønsker fra fedre vil bli tatt med da jeg anser det som en del av erfaring og opplevelse. Det vil kun bli sett på fars erfaringer fra helsestasjonstilbudet fra 0-5 år, på grunn av tidsperspektiv, relevans og begrensninger i ord. Dette er fordi det er via helsestasjonstjenesten, at helsesykepleiere normalt har mest kontakt med foreldrene. Det blir enkelte ganger referert til foreldre, der det er nødvendig. Men det er far jeg skal forske på. Begge foreldre er like viktig for barns utvikling og oppvekst, men i denne studien, har jeg valgt å forholde meg til fars perspektiver som tidligere beskrevet i dette kapittelet, og på grunn av oppgavens omfang.

Det vil bli henvist til helsepersonell og helsesykepleier i denne studien. Det er samme betydning for begrepene. Det vil komme nærmere forklaring der det er hensiktsmessig. Når

det gjelder refereringer til pasient eller bruker i teori-delen, går dette for det samme. Det beror på hva som er brukt av forfatter. Hensikten er fars perspektiver.

Det vil komme ytterligere begrensninger og avklaringer også underveis i oppgaven, spesielt under metodekapittelet.

1.5 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 består av innledning, bakgrunn, hensikt, forskerspørsmål og begrepsavklaringer og begrensninger. Det andre kapittelet tar for seg utvalgt teori og tidligere forskning jeg ser på som relevant for min studie. Kapittel 3 tar for seg mine forskningsetiske vurderinger, og reliabilitet og validitet. Så følger kapittel 4, som er min metode beskrivelse, med vitenskapsteoretisk perspektiv, min for forståelse. Kapittel 4 er delt inn i flere underkapitler som omhandler rammeverket jeg valgte, og hvordan jeg kom fram til mine utvalgte 10 forskningsartikler. Gjennom kapittel 5 og 6 presenteres resultatene mine, først med kartlegging av de ulike artiklene i kapittel 5, så nærmere tematisk analyse i kapittel 6. Kapittel 7 er min drøftingsdel, hvor jeg drøfter mine funn og utvalgt teori opp mot mitt forskerspørsmål. Kapittel 8 er konklusjon og oppsummering, hvor jeg oppsummerer mine hovedfunn, og viser forslag til videre forskning og implikasjoner for videre arbeid. Avslutningsvis kommer oppgavens styrker og svakheter i kapittel 8.

2 Utvalgt teori

I det følgende vil jeg redegjøre over valgt teori jeg fant relevant for min oppgave, for å svare på forskerspørsmålet om fedres erfaringer med helsestasjonen. Teorien er valgt ut med bakgrunn i funn i resultatdelen fra min forskning i denne oppgaven, og på grunn av mitt forskerspørsmål med fokus på helsestasjonens og helsesykepleierens helsefremmende arbeide.

2.1 Farsrollen – nå og da

Mennesket er et produkt av samfunnet. Vi fødes inn i en kultur og i et samfunn, og preges gjennom sosialiseringprosessen. Samfunnet har både en subjektiv og objektiv realitet, vi har hver vår forståelse av ulike fenomener som inntreffer i det daglige livet. Menneskene må også

forholde seg til en rekke objektive sosiale forhold som sosial kontroll og sosial lagdeling, fenomener som er med å forme vår atferd. Samfunnsmessige føringer skaper menneskelig atferd og blir dermed styrt av slike strukturer. For eksempel lærer vi hvordan vi skal oppføre oss når vi ankommer et offentlig kontor eller henvende seg i en resepsjon på et sykehus. Dersom individer bryter gitte normer og regler i en kultur og samfunn, kan man bli stemplet som avvikere eller føle til et utenforskap de fleste ikke ønsker (Garsjø, 2018). Vi er sosiale vesener som i de fleste gitte sosiale situasjoner ønsker å tilpasse oss for å bli akseptert. Mennesket er både et produkt og en produsent av samfunnet, et dialektisk forhold med gjensidig påvirkning. Garsjø refererer til mange sosiologer, jmf Beck (1992) når han hevder at et av de mest sentrale kjennetegnene ved vår tid er frigjøringen fra de tradisjonelle sosiale bånd og struktur for individene. Dermed åpnes mulighetene for en mer individualisert livsstil. Vi må i langt større grad velge vår egen livsstil og oppfatning av hva som er «det gode liv» ettersom vi ikke lenger lever slik foreldrene eller besteforeldrene gjorde (Garsjø, 2018, s. 78).

Det tradisjonelle rollemønsteret ble for alvor utfordret i 1960-årene i industrialiserte vestlige land. Dette gjaldt også Norden, hvor etterspørselen etter kvinners arbeidskraft steg (Leira, 2012). Likestillingspolitikken som vokste fram på 1970-tallet, var for å gjøre kvinners tilpasning mellom arbeid og familieliv enklere. Far har gått fra å være hovedforsørger og en «hjelpetilfar», til å være engasjert og selvstendig, og evne å se barnas behov. Han engasjerer seg fordi han vil (Oftung, 2012). Fra et historisk perspektiv er fedrene relativt «nye» på arenaen som er helsestasjonen. Den tidligere tradisjonelle rollefordelingen tilsa at det var mødrene som var hjemme med småbarna, og fedrene var de som var i arbeid og tjente penger til husholdningen (Skjøthaug, 2016).

Dagens fedre engasjerer seg sterkt i barnas liv, og Norden og Norge er i særstilling hva foreldrepermisjon og fedrekvoten angår. Fedrekvoten ble innført i 1993, og bakgrunnen for at denne ble innført, var ønsket om at flere fedre skulle delta aktivt i omsorgen i barnets første leveår (Barne- og familiedepartementet, 2005). Fra 1993 til 2020 har antallet fedre som tar ut sin del av permisjon økt. Fedrekvote er den del som er forbeholdt far. Ifølge NAV har andelen som tar ut sin hele og fulle kvote aldri vært så høy som i 2020 (NAV, 2012, 2020). Statistisk sentralbyrå opererer med en andel på 62,2% av fedre som tar ut hele fedrekvoten, tallet er fra 2019 (SSB, 2019). Etter innføringen av fedrekvoten, som ble sett på som et viktig incentiv for økt deltakelse i barneomsorgen, kom det i 2018 en rapport fra Institutt for samfunnsforskning, som hadde i oppgave å se om hensikten ble innfridd. Undersøkelsene som ble gjort, viste at de fleste fedre tok ut sin del av kvoten og at tidlig og selvstendig tilknytning til barnet i løpet av barnets første leveår var viktig for far (Østbakken, Halrynjo & Kitterød, 2018).

Tilknytning og selvregulering er to sentrale deler av hva man kan si er viktige dimensjoner av mennesker personlighet. Selvregulering innebærer ferdigheter i å kontrollere seg selv, for eksempel følelses-, søvn- og atferdsregulering. Selvregulering går i tre faser, som er ytre regulering (andre regulerer), samregulering (personen regulerer selv med bistand fra andre) og selvregulering. Kvello (2015) henviser til flere når han sier at barns ferdigheter i selvregulering kan sees i sammenheng med samspillet mellom foreldre og barn, eller andre viktige omsorgspersoner (Kvello, 2015, s. 76). Dette er en stor oppgave i barneoppdragelsen. Tilknytning handler om det emosjonelle båndet mellom personer som er viktige for hverandre (Kvello, 2015).

Fedrenes rolle har vært i endring. Og er stadig i endring, de er mer aktive i spedbarns omsorgen. Skjøthaug (2016) viser til funn fra nyere forskning fra Lamb og Lewis (2013) som har også vist at spedbarn har gode og meningsfulle tilknytninger til begge foreldre på omtrent samme tid, mellom seks til åtte måneder (Skjøthaug, 2016). Noe som står i sterk kontrast til tidligere publisert psykoanalytisk litteratur av Bowlby, Freud og Spitz (fra Lamb 2002) som ifølge Skjøthaug (2016, s. 87) primært har forsket på mor-barn-relasjonen. Far-barnrelasjonen ble sett på som perifer og unødvendig for barns psykososiale utvikling (Skjøthaug, 2016). Kvello (2015) sier at barns tilknytning alltid er hensiktsmessig ut fra deres primære omsorgspersoner. Tilknytning handler om hvilken grad av trygghet og utrygghet det er mellom personer som er viktige for hverandre på et følelsesmessig plan. Grad av tilknytning følger barnet til voksenalder, og påvirker dens evne til å danne relasjoner (Kvello, 2015). Skjøthaug (2016, s. 87) referer til Lamb (2002) som sier at for å sikre en trygg og styrket relasjon mellom foreldre og barn, trenger barnet samspillerfaringer fra begge foreldre. Samspillserfaringer kan gå ut på dagligdagse gjøremål som mating, gresesetting, legging, bleieskift, trøsting, lek og lignende. Dette er viktige handlinger som er med på å styrke barns psykososiale utvikling og tilknytningsprosess, samt fremmer trygghet og tillit til forelderens. Barnets tilknytning til begge foreldrene spiller en viktig rolle i barnets sosiale, emosjonelle, kognitive og personlige utvikling (Lamb, 2002).

2.2 Helsestasjonen

Helsekontroller av nyfødte startet allerede tidlig på 1900-tallet, og ble utført av Norske Kvinners Sanitetsforening. Da helsestasjonene ble et lovfestet og kommunalt ansvar i 1972, fantes det allerede rundt 1400 stykker rundt om i landet (Aasen & Halvorsen, 2016). Helsestasjonstilbudet er nedfelt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenesten, hvor

formålet blant annet er å sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for bruker eller pasient, som tilpasses den enkeltes behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer stadfester etter krav i lov eller forskrift, at helsestasjonstilbudet skal være et lavterskeltilbud (HelseDirektoratet, 2017c). Barn, unge og deres foreldre eller foresatte skal kunne henvende seg uten avtale eller henvisning. For at et slikt tilbud skal være tilgjengelig, skal tjenesten sørge for at for eksempel åpningstider er tilpasset målgruppen, tjenestene er gratis og at de ansatte har riktig kompetanse.

Helsestasjonen skal med helsesykepleier i spissen følge opp barn fra fødsel til skolestart. Den skal jobbe helsefremmende og forebyggende. Foreldre og foresatte får oppfølging via konsultasjoner ut fra alder til barnet, og standardiserte undersøkelsesmetoder gjennomføres, og vaksiner gis for å hindre alvorlig sykdom (HelseDirektoratet, 2019a; Viljugrein & Lindboe, 2016). Grunnbemanningen på en helsestasjon består av, ifølge Glavin (2016), jordmor, helsesykepleier, lege og fysioterapeut, i tillegg til andre faglige instanser dersom det er behov, dette samsvarer med retningslinjene til helsestasjon- og skolehelsetjenesten, hvor det står at den skal bestå av lege og helsesykepleier, i tillegg kan den også ha en psykolog, ergoterapeut og annen kompetanse tilknyttet seg (HelseDirektoratet, 2017c). Helsepersonell skal etter helsepersonelloven (2019), sikre at all arbeide blir utført i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon. Lovens formål er å bidra til pasienters sikkerhet, og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, samt skape tillitsforhold til helsepersonell og tjenesten. Helsepersonell skal hente inn bistand, eller henvise videre der det er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 2019). Den nære, kontinuerlige og hyppige kontakten småbarnsfamilier har med helsestasjonen, er et ypperlig utgangspunkt for et samarbeid om barns oppvekstvilkår (Glavin, 2016).

Alle bør få tilbud om regelmessige konsultasjoner. Helsestasjonsprogrammet er standardisert, og det innebærer 14 konsultasjoner inkludert hjemmebesøk til nyfødte. Målet med helsestasjonen er blant annet at foreldre opplever mestring i foreldrerollen, det skal bidra til et godt samspill mellom foreldre og barn, fremme fysisk og psykisk helse, og sosial utvikling hos barn, samt avdekke og forebygge omsorgssvikt og vold (HelseDirektoratet, 2019a). Det kan være en utfordrende oppgave det å være en forelder. Det ligger i helsestasjonens mandat at denne skal være foreldrestøttende, da det at foreldre opplever mestring i foreldrerollen kan ha betydning for deres evne til å yte omsorg, som igjen er avgjørende for et barns utvikling og trivsel (Lindberg & Hvatum, 2016). Foreldrenes psykiske helse og trivsel, bør tas opp av

helsesykepleier allerede på hjemmebesøket, og bør være et gjennomgående tema på alle konsultasjoner for å sikre en trygg og god oppvekst for barnet (Glavin, 2016; Helsedirektoratet, 2019a). Herunder kommer foreldrenes tilpasning til deres nye rolle, og informasjon fra helsesykepleier om normale følelser og utfordringer (Helsedirektoratet, 2019a).

Når det gjelder støtte, er det ulike former for støtte. Ifølge Kvello (2015) får personer sosial støtte via sine nettverksrelasjoner via blant annet å bli tilført kunnskap, innsikt og ferdigheter, bli vist sympati og ved å motta hjelp til å vurdere og løse problemer (Kvello, 2015). Helsesykepleierens arbeid i å støtte foreldre i deres rolle, er en viktig oppgave. Dette skjer som sagt både på hjemmebesøk, konsultasjoner og gruppekonsultasjoner. Glavin henviser til mange studier av Leahy Warren (2005), Hjälmhult & Lomberg (2012) og Økland & Hjälmhult (2010), når hun sier at foreldre har et stort behov for støtte den første tiden med et nyfødt barn, og hjemmebesøket blir da viktig (Glavin, 2016, s. 58). Dette blir ofte det første møtet mellom en helsesykepleier og en familie med et nyfødt barn.

Hensikten med hjemmebesøket er å se om familien har det bra, skape kontakt med familien i deres miljø, og gi informasjon, støtte og veiledning etter deres behov (Hjälmhult, 2016). Hjemmebesøket skal skje mellom 7-10 dager etter foreldrene har kommet hjem, og er et tilbud på familiens egen arena. Målet med hjemmebesøket er i tillegg til veiledning og informasjon, etablere kontakt så tidlig som mulig, og legge et grunnlag for videre oppfølging av barnet og samarbeid med familien. Det er flere temaer som bør tas opp på hjemmebesøket, som foreldrenes fysiske og psykiske helse, amming og ernæring, samspill og regulering mellom foreldrene og barnet (Helsedirektoratet, 2019a). På grunn av tidspress er det ikke alle som får tilbud om hjemmebesøk. Det spiller også en rolle på hvilken måte helsesykepleier presenterer tilbudet om hjemmebesøk til foreldrene, om de takker ja eller ikke (Hjälmhult, 2016). Hjälmhult (2016) sier at det å komme som en gjest i familiens hjem gir ofte en likeverdig relasjon, og et godt grunnlag for videre samarbeid og oppfølging av foreldrene og barnet (Hjälmhult, 2016).

Helsestasjonen bør også, etter sterk anbefaling fra retningslinjer, tilby gruppekonsultasjoner. Dette må helsestasjonene selv vurdere med bakgrunn iblant annet behov fra brukerne, språkbarrierer og antall fødsler. Gruppekonsultasjoner skal være frivillig, og tema bestemmes ut fra foreldrenes ønsker og behov. Foreldrene bør få tilbud om grupper ved 4 uker, 4 måneder, 17-18 måneder, i tillegg kan konsultasjoner i grupper tilbys ved 5 og enten 8 eller 10 måneder. Det anbefales videre å legge til rette for, for eksempel egne barselgrupper, fedregrupper og nettverksbygging i regi av frivillige

organisasjoner. Bakgrunnen for anbefalingen er at foreldrene kan støtte hverandre i grupper, og lære av andres erfaringer. Og, det kan være med å danne sosiale nettverk. Formålet er at «foreldre i samme situasjon kan få innsikt, forståelse og hjelp til å mestre foreldrerollen. Grupper kan dermed gi økt rom for brukermedvirkning og likemannsarbeid» (Helsedirektoratet, 2019b).

2.3 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid er både en oppgave for helsetjenesten, og samfunnet. Forebyggende og helsefremmende arbeid overlapper hverandre i en viss grad, helsefremming retter seg mot individer, grupper og samfunn (Tveiten, 2016). Begrepet helse ble definert av Verdens helseorganisasjon i 1948 som «en tilstand av fullstendig fysisk, sosial og mental velbefinnende, og ikke bare fravær av sykdom og skrøpeligheit» (WHO, 2021, s. 3). Ottawa charteret fra 1986 kom som en respons på en økende forventning om helsefremmende arbeid i folkehelsearbeidet. Helsefremmende arbeid gjør folk i bedre stand til å ta kontroll over, og forbedre deres helse, og det er ikke bare samfunnets eller helsetjenestens ansvar, det er også individets ansvar (WHO, 1986). Tveiten (2016, s. 22) viser til Rootman, Goodstadt, Potvin og Springett (2001), når hun blant annet skriver at helsefremming skjer med å hjelpe bruker til å ansvar i egen omsorg, og anerkjenne brukerens kompetanse og maktfordeling. Helsefremmende arbeid kan skje med vaksiner, tilgang til sunn mat og godt drikkevann med fluor, helseinformasjon som øke kunnskap om hva røyking gjør, bruk av setebelter i bil og lignende. Helsefremmende arbeid er definert med hjelp av termer om verdier som egenkapital, deltakelse og empowerment (Rootman et al., 2001). Garsjø (2018, s. 27) sier at «helsefremmende arbeid vil si å fremme prosesser og styrke beskyttelsesfaktorer som fører til god helse», som han bygger på Antonovsky (2012) opplevelse av sammenheng. Det er 3 kjernekomponenter i begrepet opplevelse av sammenheng, og det er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Altså, i hvilken grad man opplever at stimuli, både indre og ytre, en utsettes for er kognitivt forståelig, i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet for å takle krav, og meningsfullhet blir motivasjonselementet, det som gir mening for personen (Antonovsky, 2012).

Det er i det norske samfunnet enighet om at befolkningen skal tilbys gode, likeverdige helse- og omsorgstjenester. Via stortingsmelding nr. 47 om samhandlingsreformen, som kom i stand på grunn av samhandlingsproblemer mellom tjenester, skulle kommunerollen strykes nettopp fordi mer fokus på forebygging, styrker blant annet brukerens egenmestring (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2009). Det har skjedd en utvikling fra å jobbe forebyggende til et helsefremmende arbeid og fra å være problemorientert til ressursorientert, ifølge Garsjø (2018). Med det menes at man ikke bare konsentrerer seg om det forebyggende, men også ser på hvordan man kan bidra til at folk opplever god livskvalitet. Det handler om å se på årsaker til at det går bra (Garsjø, 2018). Helsestasjonen har som sagt en stor rolle i den helsefremmende og forebyggende virksomhet. Det skal settes fokus på metoder og prosesser som fører til at foreldre, barn og unge istandsettes til å påvirke egen helse, trivsel og mestring. Det skal stimuleres til handling og refleksjon, og samtidig ikke være moraliserende. Veiledning og rådgivning står da frem som virkemiddel i arbeidet. Veiledning er en planlagt pedagogisk prosess som er tilpasset brukerens forutsetninger og behov. Det legges til rett for at den som veiledes selv skal oppdage og lære. Veiledning kan være undervisning, informasjon og rådgivning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Veiledningen som en istandsettingsprosess med pedagogisk virke, refererer til at det er læring, vekst, utvikling og mestring som mål. Hensikten er at brukerens mestringskompetanse skal styrkes (Tveiten, 2019). Rådgivning er forslag til tiltak og løsninger basert på brukerens behov. Rådene gis ut fra hva som kommer fram av gitte helseopplysninger. Rådgivningen skal baseres på oppdatert dokumentert kunnskap, og ikke bare på helsepersonellens skjønn og overbevisning. Kunnskapsgrunlaget for rådgivningen skal kommuniseres til bruker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004).

2.4 Empowerment

Det å være empowered handler om å ha kontroll over de tingene i livet som gir deg en livskvalitet (Tengland, 2012), og kan beskrives på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Alle nivåene henger sammen, og må sees i sammenheng (Tveiten, 2016). Tveiten (2016) henviser til Gibson (1991) som definerer «empowerment som en sosial prosess som bidrar til å til å identifisere, fremme og styrke folks muligheter til å møte egne behov, løse egne problemer og mobilisere nødvendige ressurser slik at man kan oppleve å ha mest mulig kontroll i eget liv eller over de faktorene som påvirker helse» (Tveiten, 2016, s. 29). Det at foreldrene skal oppleve mestring i foreldrerollen, kan ha betydning for deres evne til å yte omsorg for barnet, som igjen er avgjørende for barnets trivsel og utvikling. En av utfordringene i helsestasjonsarbeidet er å skape en trygg utviklingsfremmende relasjon til foreldrene, ved å justere seg inn mot foreldrene, lytte, være engasjert som helsesykepleier. For å fremme helsen til familiene, må hjelperen få innsikt i hva familiene eventuelt har problemer med. Og hvordan helsearbeideren møter familien, kan ha betydning for om hjelperen får vite hvordan

de virkelig har det. Helsestasjonstjenesten er opptatt av den enkelte families behov og ressurser, og brukermedvirkning, eller empowerment står sentralt (Lindberg & Hvatum, 2016).

Mestring handler om å ha tilgang til ressurser, kunnskap, ferdigheter og utstyr, og evnen til å anvende ressursene. Tveiten (2016, s. 19) henviser til Reutter og Fords studie som beskriver hvordan helsesykepleiere informerer brukere for å styrke deres kompetanse til mestring. Det å være direkte i veiledning og råd, var noen ganger nødvendig, men det kunne føre til tap av kontroll og foreldrenes autonomi, over situasjonen. Samtidig kunne det gi kontroll når man samlet fokus, slik at foreldrene konsentrerte seg om det gitte rådet og slik håndtere en gitt situasjon (Reutter & Ford, 1997). Når helsesykepleieren formidler flere muligheter og råd, for å håndtere en gitt situasjon, styrker denne foreldrenes autonomi. Foreldrene tar en avgjørelse, som helsesykepleier støtter, og de forsøker løse en bekymring eller problem sammen. Det å bygge opp foreldrenes erfaringsbaserte kunnskap gjorde helsesykepleieren, med å anerkjenne foreldrenes situasjon. Ved å anerkjenne, styrker helsepersonellet foreldrenes tro på egen mestring (Reutter & Ford, 1997). Det blir argumentert for at å dele kunnskap med bruker, og fokusere på brukerens erfarne kunnskap kan bidra til en forening av fagpersonens kunnskap og brukerens, og dermed styrke brukerens vei til mestring (Tveiten, 2016).

Empowerment tilbakeføres til Ottawa-charteret(1986) hvor tre prinsipper i helsefremmende arbeid ble vektlagt; maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av brukerens eller pasientens kompetanse på seg selv. Deltakelse i avgjørelser som berører eget liv og helse er forutsetninger for empowerment (Tveiten, 2016; WHO, 1986). Tveiten (2016) stiller noen kritiske spørsmål når det gjelder empowerment-begrepet og maktfordeling. Har den en paternalistisk tankegang? Og, er brukerens autonomi ivaretatt? Ingen kan gjøre noen empowered, man kan hjelpe til i prosessen å bli empowered (Tveiten, 2016). Tengland (2012) hevder at empowerment som tilnærming, unngår etiske problemer, som kan bli funnet i en atferds endrende tilnærming (ovenfra-ned strategi, for eksempel statsstyrt), da den respekterer individenes rett for selvbestemmelse, og som er med i prosessen rundt å bli empowered. Man skal ikke overtale eller belønne noen, empowerment er noe handler om at individet selv har det om skal til for å gjøre en endring, og utvikle seg i en positiv retning.

Selve empowermentprosessen er direkte koblet opp mot profesjonspraksis, som helsestasjon i dette tilfellet, hvor helsepersonell jobber med menneskene som er involvert (Tengland, 2012). Empowermentprosessen kan forstås som det som foregår i brukeren eller pasienten fra å være bevisst om noe, til en endring har skjedd, eventuelt at et mål er nådd. Det kan også forstås

som samhandlingen mellom brukeren og helsepersonell, hvor målet er mestringskompetanse. Dette innebærer maktfordeling, medvirkning og en anerkjennelse av at brukeren er ekspert i eget liv. Helsepersonell skal se på brukeren som ekspert og brukermedvirkning er en forutsetning (Tveiten, 2016). Helsestasjonstilbudet skal være et forbyggende og helsefremmende tjenestetilbud. Det er av stor betydning at det er satt av nok tid og rom for å skape tillit mellom foreldre og helsesykepleier, og for å klargjøre hvilken bistand som behøves fra helsestasjon. Helsesykepleiers faglige og relasjonelle kvalifikasjoner er også et viktig grunnlag for å oppnå tillit, og på den måten kunne praktisere en empowerment basert tilnærming (Hanssen-Bauer, 2014).

2.5 Brukermedvirkning

Helse- og omsorgstjenestene utgjør en stadig større del av et statsapparat som vokser, og med denne veksten følger profesjonaliseringen som bidrar til fagliggjøring som virker fremmedgjørende, med et eget fagspråk som ikke alle forstår. Den menneskelige faktoren blir borte. Kritikken mot dette er at dette medfører at folk mister troen på seg selv, og egen evne til å ta ansvar og finne egne løsninger. Brukermedvirkning har vokst frem som en reaksjon på denne profesjonaliseringen. Det blir en utfordring å ikke ta over problemer, men heller gjøre de transparente, sånn at folk selv ser problemene, og hjelpe de i prosessen å forstå årsaken til problemene (Garsjø, 2018). Hvert menneske har ansvar over eget liv og kan påvirke egen livs- og helsesituasjon. Garsjø (2018) henviser til Hauge og Mittelmark (2003) når han sier at ved å fordre en sterkere brukermedvirkning gir man den enkelte en følelse av kontroll over eget liv, over forhold som påvirker ens livskvalitet og egen helse (Garsjø, 2018, s. 62). Garsjø bruker et utdrag fra St.meld. nr. 25 (2005-2006), og skriver at

framtidens velferdssamfunn forutsetter ikke bare myndiggjøring, men også ansvarliggjøring. Dette krever aktiv deltakelse og sterkere innflytelse fra de som mottar tjenester. Regjeringen vil stimulere til sterkere brukermedvirkning og legge til rette for en politikk som sikrer at alle brukere uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne kan leve et aktivt og verdig liv basert på egne ønsker og premisser (Garsjø, 2018, s. 62; Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

Det står videre i denne stortingsmeldingen, at brukerinnflytelse forutsetter at helsetjenestene og de som arbeider der, er klar over egen maktposisjon, og myndiggjøring av bruker er sentralt. Makten overføres til bruker, og denne får da innflytelse over eget liv, og istandsettes

til å kunne ta egne valg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Det blir henvisning til Slettebø (2007) når Tveiten (2019) skriver at selvbestemmelse, autonomi, som etisk prinsipp handler om brukerens rett til å leve uten kontroll fra andre, retten til å ta selvstendige valg, eller rett til informasjon om egen situasjon, og da rett til å være med å bestemme hva som er best for denne (Tveiten, 2019, s. 58). Det er nedfestet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 at en bruker eller pasient har rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningen skal tilpasses brukerens evne til å gi og motta informasjon, og tilbudet skal oppbygges i samarbeid med bruker, så langt som mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette innebærer at brukeren er i stand til å medvirke, og at dens egen kompetanse rundt eget liv må anerkjennes. Det blir i samme lov brukt begrepet samtykkekompetanse, hvilket betyr at en bruker har både kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig til å ta imot helsehjelp. Dette medfører at det er helsepersonellens ansvar å tilrettelegge for brukermedvirkning. Det er brukeren som er ekspert på seg selv, og vet best hva denne har behov for, og det skal tilrettelegges for brukerens muligheter for å ta valg som fremmer helse og mestring (Tveiten, 2016).

Det er et spørsmål om hvem som har ansvaret for befolkningens helse. Om det er staten ved bruk av styring og inngrep, eller hvert enkelt menneske gjennom frihet og ansvar for eget liv. Forebyggende og helsefremmende arbeid krever helhetlig arbeid og tankegang, og dette skal ikke bare skje innenfor helsevesenet, men også i de ulike andre sektorer (Garsjø, 2018). Utfordringen for å få folk til å leve et liv som fører med seg helse, som helsemyndighetene ønsker, skaper et dilemma mellom individets selvbestemmelsesrett og handlefrihet, mellom paternalisme og autonomi. Siden det er grenser for hva myndigheten kan pålegge samfunnet av restriksjoner og avgifter, blir ikke det forebyggende eller helsefremmende arbeidet prioritert høyere enn det det gjør. En sentral del av det forebyggende og helsefremmende arbeidet er å gi brukere ansvar og frihet til å ta egne valg når det gjelder egen helse og liv (Garsjø, 2018).

Så hvorfor har vi brukermedvirkning? Det handler ikke bare om å motta hjelp på egne premisser. Det handler også om å være et virkemiddel i å treffe bedre på utforming og gjennomføring av både generelle og individuelle tilbud (Helsedirektoratet, 2017a). Brukermedvirkning kan skje på flere nivå, og alle nivåene reguleres av ulike lovverk, som blant annet den tidligere nevnte pasient- og brukerrettighetsloven på individnivå, og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som helsestasjonen faller inn under på systemnivå (Bakke, 2009; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). På tjenestenivå regulerer forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og

omsorgstjenesten brukermedvirkning spesielt med tanke på kvalitetsforbedring med at brukernes erfaringer skal benyttes i forbedringsarbeidet av tjenestene underlagt blant annet helse- og omsorgstjenesten (Bakke, 2009; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Brukerkunnskap og brukermedvirkning er også en del av kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i praksis, forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukermedvirkning. Det handler om å ta faglige avgjørelser basert på systematiske innhentninger fra forskning, erfaring og brukerens/pasientens ønsker og behov i en gitt kontekst. Formålet med å jobbe kunnskapsbasert er å styrke beslutningsgrunnlaget for helsepersonell som arbeider i helse- og omsorgssektoren, og skape bevissthet fra hvor kunnskapen blir hentet fra (Helsebiblioteket, u.å.).

2.6 Tidligere forskning

Det var vanskelig å finne forskning som direkte kunne belyse mitt forskerspørsmål om hva fedres erfaringer med helsestasjonen, og jeg fant også svært få studier om fars opplevelser med helsestasjon eller møter med helsesykepleier før 2000. Jeg søkte i Svemed+, Pubmed og Cinahl. Den ene jeg fant relevant, var fra Finland, hvor både mødre (85 stykker) og fedre (79 stykker) deltok. Denne studiens hensikt var å fastslå forholdet mellom dynamikken i familier, faktorer som skaper belastning for foreldre som oppdrar små barn, og støtte tilgjengelig fra helsesykepleier. Studien viste (fars perspektiv) at fedre som følte lite belastning på forholdet, eller andre sosiale bånd opplevde bedre dynamikk i forholdet og familien, enn de som opplevde belastning på forholdet til mor. Det ble implisert at helsestasjoner og helsesykepleiere bør ta opp forholdet i familien og par-forholdet under besøk. Familier kan ha god hjelp av støtte fra helsetjenesten, for å opprettholde eller hjelpe til å skape en positiv dynamikk i familier med små barn. Helsetjenesten bør gå fra å være sentrert rundt kun barnet, til å se hele familien (Hakulinen, Laippala, Paunonen & Pelkonen, 1999).

Videre følger utvalgt tidligere forskning på fedre og deres rolle. Det har vært langt mindre forskning på fedre, og deres overgang til foreldrerollen, sammenlignet med mødrene (Skjøthaug, 2016). Cabrebra et al. (2000) beskriver farsrollen som noe som starter allerede i barndommen, hva det betyr å være far, og rollen det innebærer er konstruert over mange år. Fedre, mer enn mødre, har hatt en mer diskre i deres rolleavklaring og ansvar. Innsikt i utvikling av kjønnsroller, følsomhet, støtte, tilgjengelighet og ansvar kan gi nyttige innfallsporner i utviklingen av farskap. Fedres forventninger til hva de skal gjøre, hva de

faktisk gjør, og deres påvirkning på barna må bli sett i forbindelse med familiesituasjon, samfunnet, kulturen og samtidshistorien (Cabrera et al., 2000). Det samme viser forskningen til (Shorey & Ang, 2019). Sarkadi et al. (2008) viser i sin studie om fars involvering og barns utfall, at fedrenes engasjement hadde en positiv påvirkning på sosialt, atferdsmessig, psykologisk og kognitivt hos barn (Sarkadi et al., 2008).

En scoping studie gjort av Plantin, Olukoya og Ny (2011) om positive effekter på helsen hos fedre som var involvert i graviditet og fødsel, og hva det hadde å si for deres barn og partnere, viste også positive effekter. Både for dem selv, og deres barn og partnere ved å være med involvert. Fedre som for eksempel opplevde emosjonell støtte under graviditet, og som ble anerkjent i deres nye rolle som fedre, hadde bedre fysisk og psykisk helse. Disse fedrene støttet igjen mødrene. Men det kom og fram, i scoping studien, at fedrene opplevde mindre støtte i foreldreskapet, enn mødrene. Det blir poengtert i samme studie, som går på Europeiske menn, at forskning har en tendens til å sette søkelys på en type gruppe (hvite middelklasse foreldre) i nord- og vest- Europa. De foreslår ytterligere forskning på fedre fra arbeiderklassen, immigranter eller tenåringsfedre (Plantin et al., 2011).

I en litteratur review om foreldres erfaringer i barnets første leveår av Nyström og Öhrling (2004), beskrev blant annet fedrene et dypt engasjement, og tilknytning til barnet, samt økt ansvar rundt barneomsorgen. De uttrykte glede i forhold til barnet, og ønsket være så mye som mulig sammen som en familie. De så på det å være forelder som et samarbeid og fant mening i livet med den de var gift med. Fedrene opplevde økt mestringsevne, og en helsefremmende livsstil som ga en større tillit i foreldreskapet. Men, det var også utfordringer, knyttet til den store endringen i livet deres, som å ha mindre tid for seg selv. De følte de måtte endre sin væremåte, og det var forvirring hos noen på grunn av manglende retningslinjer og rollemodeller. Noen hadde mindre tillit til egen evne i omsorgen, enn hva mor hadde, og følte økende stress når barnet var fire måneder. Flere uttrykte en følelse av ekteskapelige konflikter og misnøye, med for eksempel mangel på bekreftelse emosjonelt fra sin kone. Flere inkluderte studier pekte også på en sårbarhet hos far med å være den «nestebeste», etter mor (Nyström & Öhrling, 2004).

Annen forskning på fedre viser også blant annet at de i tillegg til mødre kan oppleve depresjon og stress-symptomer i forbindelse med svangerskap og fødsel. Men tilstanden er underdiagnostisert, fedrene blir ikke kartlagt, og blir ikke behandlet (Musser, Ahmed, Foli & Coddington, 2013). Fedre som lever i forhold hvor partner opplever barseldepresjon, kan også kjenne på nedstemthet og lignende depressive følelser (Paulson & Bazemore, 2010). Dette er

noe de som arbeider på helsestasjon må være klar over, for på denne måten ikke bare fange opp mødre, men også fedre eller partner da de kan være utsatt for barseldepresjon. Grunnen til at dette er så viktig er at man vet at en økning i risikofaktorer rundt barn når de vokser opp, er med på å øke sårbarheten for psykiske lidelser hos barnet, som kan føre til en skjevutvikling (Skjøthaug, 2016).

3 Forskningsetiske vurderinger

For alle forskningsprosjekter, uansett metode, gjelder det at en god etisk forskning må holde en akseptabel vitenskapelig stand. Kvalitativ forskning bygger på teorier om fortolkning, hermeneutikk, av tekster i mitt tilfelle. Uansett hvilken metode som benyttes i forskning, er en sentral del å tolke de empiriske dataene i lys av den teoretiske referanserammen som er lagt. Det finnes ingen «objektiv» tolkning av menneskelige ytringer, men man kan forsøke å unngå noen fallgruver. En forsker må være åpen om sine metoder, og slik gjøre arbeidet åpen for kritikk. Å gjøre dataanalysene transparente er derfor viktig (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). De nasjonale forskningsetiske komiteer kom til via Helsinkideklarasjonen, som først ble anbefalt i 1975. Helsinkideklarasjonen ble utformet av verdens legeförening i 1964, på bakgrunn av de grusomme forskningsetiske overtramp som skjedde under 2. verdens krig. Hensynet til særlig sårbare grupper står sterkt. Det frivillige samtykket er sentralt, men den slår også fast at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014; World Medical Association, 1964). Denne studien trenger ikke godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), eller Norsk senter for forskningsdata (NSD), da min studie har tatt i bruk allerede tilgjengelig informasjon og datamateriale fra databaser, som er anonymisert når studiene ble gjennomført. Den inneholder ingen helseopplysninger som ikke allerede er anonymisert (Halvorsen & Jerpseth, 2016). Helseforskningslovens (2008) formål er fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Forskningsleder skal være åpen om prosessen og forskningen. Åpenhet sikrer jeg ved å være transparent, og hele tiden vise hvordan jeg har kommet til resultater, gjennom metode og analyse.

3.1 Reliabilitet og validitet

Troverdighet bør være et sentralt ved alt vitenskapelig arbeid. Forskningsprosessens kriterier for gyldighet er om den er «systematisk, grundig, pålitelig, etisk gjennomført og redegjort for» (Ellingsen & Drageset, 2008, s. 32). Reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet) er innenfor kvantitativ forskning kvalitetskriterier. Disse begrepene tilpasses til kvalitativ forskning med intern og ekstern validitet og reliabilitet på følgende måte (Ellingsen & Drageset, 2008).

Intern validitet/gyldighet peker på hvorvidt forskeren har undersøkt det denne skulle, og om konklusjonen virker gyldig. Kvalitative studier kjennetegnes ved å ha høy intern validitet, da utvalget er kilden som skal vise kjennskap til fenomenet, i dette tilfellet er litteraturinnsamlingen kilden, om fedres erfaringer på helsestasjonen. For å synliggjøre dette, er det viktig med redegjørelse av datamaterialet, hvordan det er hentet inn, og analysen av innsamlet litteratur. Funn kan også valideres opp mot teori (Ellingsen & Drageset, 2008). Jeg viser hele veien min prosess, min søkeprosess, analysen jeg har gjort, og jeg viser fram mine resultater. Det er lagt ved vedlegg om søkeprosessen, og utvelgelsen i vedlegg.

Ekstern validitet innenfor kvalitative studier er ikke å generalisere på populasjonsnivå, for eksempel at andre i samme situasjon opplever det slik, men å utvide forståelseshorizonten og bringe frem data fra et mindre utvalg, til et mer teoretisk nivå. Overførbarhet innenfor kvalitativ forskning er om forskningen blant annet gir ny innsikt, eller øker refleksjon rundt denne kunnskapen (Ellingsen & Drageset, 2008). Og, til hvilke sammenhenger kan våre funn gjøres gjeldende ut over den konteksten hvor vi har kartlagt dem, overførbarheten til andre kontekster? Malterud (Malterud, 2017) hevder at å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Når vi forsker, skal vi utvikle fortolkninger og beskrivelser av de fenomener vi vil studere. Validering skal avklare muligheter, begrensninger, konsistens og relevans for det vi setter oss fore å gjøre, forske på. (Malterud, 2017). Jeg ønsker å utvide min, og andre helsesykepleieres forståelseshorizont, med dypere innsikt i hvordan fedre opplever helsestasjonen, og hvordan møter med helsesykepleiere er for dem.

Reliabilitet blir synliggjort ved en åpenhet og redegjørelse trinn for trinn i forskningsprosessen. Forskerens rolle er sentral for studiens pålitelighet, her under blant annet for forståelsen min, som jeg gjør rede for i et eget underkapittel (Ellingsen & Drageset, 2008). En grundig beskrivelse av hele forskningsprosessen, som igjen leder til intersubjektivitet er hva som kjennetegner en god kvalitativ metode. Det er basert på struktur og åpenhet rundt prosessen, analysen, konklusjonen, og refleksivitet rundt egen rolle, og eventuelle

begrensninger rundt resultatet formidles (Cypress, 2017). Hele prosessen min blir gjort rede for gjennom hele oppgaven, for å sikre reliabilitet. Jeg ønsker å nevne at ettersom jeg er eneste forsker i denne studien, er det kun jeg som har lest de 10 forskningsartiklene som er inkludert. Det er tatt i bruk mye annen litteratur som engelske fagartikler og andre forskningsartikler som er oversatt av meg, på grunn av økonomiske begrensninger. Dette kan påvirke validiteten og reliabiliteten i min studie, ved at jeg for eksempel har mistet viktig informasjon i min oversettelse, eller min tolkning av en tekst samsvarer ikke med opprinnelig forfatters mening. Mangel på med-forsker som kan være med på selve utvelgelsesprosessen, og gjennomgang av artikler, kan ha påvirket validiteten, da artikler som har blitt utelatt kanskje skulle blitt tatt med, eller essensiell informasjon fra inkluderte har gått tapt da det bare er jeg som har gjennomgått forskningen.

4 Metode

En litteratur review (studie) er en omfattende studie med tolkning av litteratur relatert til et bestemt spørsmål. Det er flere ulike typer for litteratur reviews, og scoping review er en av disse (Aveyard, 2019). Noen av de første til å beskrive en scoping review var Arksey og O'Malley (2005). De brukte da ordet study, og ikke review. Det kalles i litteraturen både for scoping studier eller review (Levac, Colquhoun & O'Brien, 2010; Polit & Beck, 2021). I denne oppgaven vil det bli referert til som en scoping review.

En scoping review er, ifølge dem, en litteraturstudie som inntil da ikke hadde blitt lagt vekt på som en type metode for å kartlegge relevant forskning/studier innenfor et bestemt område. En scoping review kan inkludere flere ulike forskningsmetoder og litteraturområder. En slik studie har ikke alltid et spesifikt forskningsspørsmål. Det er heller ikke krav om en kritisk vurdering av alle artiklene/studiene som er inkludert, noe som ville vært mer typisk for en systematisk review, hvor man har et velfokusert forskningsspørsmål, og forskeren konsentrerer seg om utvalgte forskningsmetoder og design (Arksey & O'Malley, 2005).

Det er fire grunner for hvorfor gjennomføre en scoping review. Den første grunnen kan være for å kartlegge mengde, utstrekning og hvilken type forskning som er utført innenfor et felt. En annen grunn er for å undersøke grunnlaget for en gjennomføring av en systematisk review. En tredje grunn er for å oppsummere og formidle funn fra studier/forskning. Forskeren ønsker da å gå mer i detalj av hva som er forskningsfunnene, samt rekognosering og formidling av hvor mange studier som er gjort innenfor ulike emner. Den fjerde og siste grunnen for å gjøre

en scoping review er å identifisere hull i eksisterende litteratur (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010; Peters et al., 2015).

Arksey og O'Malley har utarbeidet et rammeverk for hvordan utføre en scoping review. Det er fem trinn, ifølge dem, i denne prosessen, med et sjette valgfritt trinn. Første trinnet er å identifisere forskerspørsmålet, så identifisere relevante studier, trinn tre er seleksjon av studier, steg fire er kartlegging av data og det femte og siste trinnet i mitt prosjekt er samle, oppsummere og rapportere funn. Det sjette trinnet som er valgfritt er konsultasjon, vil ikke bli tatt opp her da dette ikke er relevant, eller mulig i mitt prosjekt på grunn av tidsaspektet. Konsultasjon kan skje via interessenter som kan bidra med andre potensielle studier og verdifull informasjon (Arksey & O'Malley, 2005). Rammeverket øker reliabiliteten til resultatene i forskningen. Prosessen er ikke lineær men heller gjentakende, hvor forskeren er refleksiv i hvert trinn, og om nødvendig repeterer trinn for å sikre at litteraturen er dekket på en omfattende måte (Arksey & O'Malley, 2005). Levac et al. (2010) bygger videre på Arksey og O'Malley's fem (seks) trinns modell, og har utviklet denne videre, på oppfordring fra tidligere nevnte forfattere Arksey og O'Malley.

Jeg har valgt å gjøre min scoping review basert på dette rammeverket og vil konsentrere meg om de fem første trinnene i denne oppgaven. Jeg har valgt å modifisere dette litt med å inkludere andre forfatters forslag til hvordan gjøre en scoping review. Det vil først og fremst bli referert til Arksey og O'Malley's rammeverk. Men det vil i tillegg bli henvist til det videre arbeidet utført av Levac et al. (2010), og til andre forfattere av artikler om hvordan utføre scoping reviews som Peters et al. (2015) og (Lockwood, dos Santos & Pap, 2019). Det vil også bli henvist til Aveyard (2019) sin innføring i litteratur review i metodekapittelet, samt i analysedelen. Dette da jeg anser dette som relevant og nært relatert for besvarelsen av min studie. Andre modifiseringer er gjort der det hjalp formålet med å svare på forskerspørsmålet mitt. Arksey og O'Malley oppfordret i deres arbeide at andre skulle videreutvikle metoden, og at det ikke er en «rett» metode når man gjør en scoping review (Arksey & O'Malley, 2005). En nærmere presentasjon av mitt arbeide under de ulike trinnene følger i delkapitlene etter dette.

4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Hermeneutikk dreier seg om forståelse og fortolkning, og dens objekter er først og fremst om tekster. Den tradisjonelle hermeneutikken handlet om å unngå feiltolkninger og

misforståelser, objektivitet og riktig tolkning sto i sentrum. Gadamer blant annet, tok et oppgjør med denne metoden, og regnes som en representant for den filosofiske hermeneutikken som tok et oppgjør mot den tradisjonelle (Thornquist, 2018).

Den hermeneutiske sirkel peker på å forstå deler ut fra en helhet, basert på fortolkning, og helheten vil stå fram som en harmoni mellom delene. Gadamer mente at hermeneutikk ikke bare var en metode, men en allmenn teori om forståelse. Wifstad (2019) skriver at «forståelse forutsetter at vi allerede har forstått noe annet», og videre at «vi bærer alle med oss en førforståelse - fordommer - som preger hva som er mulig for oss å oppdage ved fenomenet» (Wifstad, 2019, s. 6). Hermeneutisk forskning er mer enn bare analyse og betraktning, forskerens førforståelse kan endres gjennom forløpet (Wifstad, 2019).

4.2 Min forforståelse

Da en og samme virkelighet kan forstås på ulike måter, er forskers perspektiv, motivasjon, og posisjon av betydning for hvilken kunnskap som kommer frem (Ellingsen & Drageset, 2008). Forskningen bygger på individuelle tolkninger av resultater. Prosjekter som er gjennomført med kvalitativ metode, skiller seg fra den kvantitative metoden i synet på forhåndkunnskap eller forforståelse. Gjennom å klargjøre forforståelsen angir man utgangspunktet for tolkningen (Olsson & Sörensen, 2003). Refleksivitet er en aktiv holdning som forskeren oppsøke og holde ved like. Forskeren skal stille spørsmål ved egne fremgangsmåter, og ikke bare ta tingenes tilstand for gitt. Nærhet til stoffet vi studerer kan gjøre det vanskelig å være refleksiv. Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2017). Min forforståelse bygger på mitt arbeide på helsestasjon. Jeg har sett i løpet av praksis og min jobb, fedre som deltar, men fremdeles er det et flertall av mødre som møter på helsestasjonen. Og, jeg har gjort meg opp noen tanker på hvorfor det er slik, som for eksempel er dette fordi at «det bestandig har vært sånn», helsestasjonen tilhører på en måte mor. Men det er også derfor jeg ønsker å gjøre denne studien, for å få innsikt i hva fedre erfarer med helsestasjonen. Jeg hadde kjennskap til den ene inkluderte artikkelen i min oppgave, som var en del av pensum ett tidligere semester (Solberg & Glavin, 2018). Dette kan ha vært med å påvirke min forforståelse som forsker på emnet fedre og helsestasjoner. Min forforståelse kan også ha påvirket oversettelser fra engelsk til norsk.

4.3 Begrunnelse for valg av metode

Hensikten med å gjøre en scoping review er blant annet for å sammenfatte forskningsfunn, finne ut hva som er der ute i feltet av forskning og formidle dette, identifisere hull i forskning og komme med anbefalinger for fremtidig forskning. Scoping reviews sammenlignes med systematiske reviews, men det er forskjeller. En scoping review har gjerne et bredere forskningsspørsmål enn en systematisk review, og vil gå bredere tilnærming i sin sammenfatning. Det er spesielt nyttig når det gjelder å finne litteratur innenfor disipliner hvor evidens dukker opp underveis i prosessen, da scoping reviews er aktuelle når man stiller forskningsspørsmål som ikke nødvendigvis relateres til effekten eller erfaringen ved en ny intervensjon. Scoping reviews er også særskilt nyttige når det gjelder å sammenfatte forskning eller litteratur relatert til tid og sted, for eksempel land. Når en scoping review utføres, kan man selv velge å inkludere ulike type forskning eller studier. Selve sammenfatningen av funn, du gjør som forsker, og vurdering av kvaliteten på dine funn blir vanligvis ikke gjort i en scoping review. Det er selve oversikten av hva som finnes der ute, på ditt forskingsfelt som er essensen av oppgaven (Peters et al., 2015). Som nevnt tidligere, har jeg valgt å utføre min scoping review basert på rammeverket tidligere beskrevet. Årsaken var at jeg ønsket å se hva som finnes av forskning på valgte forskerspørsmål og problemstillingen rundt, og formidle resultatene mine fra min studie. I det følgende vil jeg gi en beskrivelse over hva jeg har gjort under hvert trinn i rammeverket. Det er i tillegg et eget delkapittel om søkeprosessen, for å skape reliabilitet, validitet og transparens.

4.4 Det starter med et spørsmål

Det første trinnet i rammeverket til Arksey og O'Malley (2005) er å identifisere forskerspørsmålet. Dette er viktig for grunnlaget for videre søkestrategi, hvor for eksempel populasjon, intervensjon eller resultat. De anbefaler å gå bredt ut for å skape større dekning. Samt beslutninger rundt kriterier som må settes når man blir bedre kjent med hva som finnes av litteratur på området (Arksey & O'Malley, 2005). Levac et al.(2010) spesifiserer det første trinnet, identifisere forskerspørsmål, ved å anbefale å kombinere forskerspørsmålet, som kan være bredere enn normalt, med velavgrenset område i forskningen. I min studie er det fars erfaringer på helsestasjonen. Dette inkluderer en klar definisjon av feltet og populasjon som skal forskes på, samt hvilke utfall/resultat man ønsker å avdekke. Dette retter fokus for scoping review og for å effektivisere en søkestrategi (Levac et al., 2010).

Jeg ble først interessert i emnet far og helsestasjon, etter å ha kommet over pensum litteratur tidligere i studiet mitt, hvor jeg oppdaget at det var mindre fokus på far, enn på mor. Dette gjorde meg nysgjerrig på hva fars perspektiver er om tilbudet. Etter å ha bestemt meg for tema rundt denne oppgaven, begynte jeg oppgaven med å spisse ned mer nøyaktig hva jeg ville forske på, nærmere bestemt formuleringen av mitt spørsmål, som kan være bredere enn normalt i en scoping review (Levac et al., 2010). Dette spørsmålet ble til ved hjelp av PICO og PCC. Se vedlegg 1 for utfyllende informasjon om hvordan jeg startet prosessen med de ulike tabeller i starten. PICO er et godt hjelpemiddel i så måte, og er en forkortelse for «patient», «population» eller «problem (pasient, populasjon eller problem), «intervention» eller «exposure», (intervensjon eller eksponering), «comparator» (sammenligning) og «outcome» (utfall). Dette er gjerne hva kliniske spørsmål består av. Ved å nyttiggjøre seg av PICO, identifiseres og organiseres også søkeord (Strømme, 2019). Etersom dette er en scoping review, valgte jeg etter dette bruke PCC, «Population» (populasjon), «Concept» (konsept) og «Context» (sammenheng) (Lockwood et al., 2019). PICO er bedre for systematiske reviews, mens for scoping reviews er det bedre bruke PCC, da denne metoden sikrer at fokuset ikke blir for smalt, og man får heller bredere kriterier for inklusjon av litteratur (Lockwood et al., 2019). Jeg endte opp med å bruke PCC skjema (tabell 1) til å utvikle mitt forskerspørsmål, som er hva er fedrenes erfaringer med helsestasjonen.

Tabell 1

PCC

Population	Concept	Context
Far/fedre	Fars erfaringer/opplevelse	På helsestasjon Møte med helsesykepleier

4.5 Identifisere relevant litteratur og forskning

Trinn to består av å identifisere relevante studier og litteratur. Styrken til en scoping review er å identifisere primærstudier og reviews som kan være sentral i besvarelsen av problemstillingen eller forskerspørsmålet. For å oppnå dette, anbefaler Arksey og O'Malley (2005) en søkestrategi som omfatter bruk av ulike kilder som elektroniske databaser, referanselister, ikke-publiserte forskningsartikler, nettverk og organisasjoner (Arksey &

O'Malley, 2005). På dette stadiet kan praktiske spørsmål som tidsbegrensning, økonomiske begrensninger og tilgang til ressurser, medføre at forskeren må vurdere hvor omfattende prosjektet skal være, eller om det i det hele tatt er gjennomførbart. Det som er anbefalt er at avgjørelser som må tas i forhold til gjennomførbarheten ikke går ut over muligheten for å nå målet ved studien. Denne vurderingen bør gjøres med hjelp av ekspertise. Dersom man ser som forsker at begrensninger av funn må skje, er det viktig å legitimere og begrunne årsaker til disse, og anerkjenne potensielle begrensninger i studien (Levac et al., 2010). På grunn av tidsaspektet med tanke på at det begrenser seg hvor mange databaser jeg har anledning gå gjennom, valgte jeg meg et visst antall databaser samt referanselister. Jeg hadde valgt meg ut følgende databaser for mine søk som var Sykepleien forskning, Svemed+, Cinahl og PubMed. Etter veiledning med bibliotekar valgte jeg også ta med Psychinfo, og bruke Google Scholar, som kunne bidra identifisere flere studier. Jeg valgte også gå gjennom referanselister i artikler etter hvert som de ble inkludert i studien min. Etter anbefalinger bestemte jeg meg for å forholde meg til et antall på 10 inkluderte studier, dette er også i henhold til hva litteratur anbefaler, eller dersom man når et metningspunkt (Aveyard, 2019). Det ble klart for meg etter hvert i mine søk, at det ble en utfordring å finne nok litteratur som fulgte inklusjons- og eksklusjonskriteriene mine som var satt tidlig i forløpet, for å svare på forskerspørsmålet mitt, så jeg måtte endre på enkelte av mine kriterier når jeg ble kjent med studiene. Derfor valgte jeg inkludere litteratur som ikke var fagfellevurdert, men som var i regi av et større prosjekt, hvor det i den forbindelse ble utført en brukerundersøkelse som var relevant etter mine kriterier (Aveyard, 2019). Denne studien vil bli presentert senere. Jeg hadde allerede kjennskap til enkelte av mine funn både fra pensum, og mitt tidligere arbeide i forberedelsen til prosjektbeskrivelsen av masteroppgaven.

4.6 Seleksjon av studier

Neste trinn, som er trinn tre, handler om seleksjon av forskning og litteratur. Som nevnt tidligere av Arksey og O'Malley (2005), handler det her om å samle inn så mye data som mulig for å kunne svare på forskerspørsmålet. I trinn tre må forskeren ta valg angående for eksempel hvilke søkeord som skal brukes, hvilket språk, hvor gamle artikler og forskning som skal inkluderes og så videre. Kort sagt hvilke inkluderings- og ekskluderingskriter du setter som forsker. Enkelte kriterier kan bli satt post hoc, basert på antall søk som gjøres og man samtidig blir mer kjent med tilgjengelig forskning og litteratur. I denne fasen leser man mange abstrakter som nødvendigvis ikke representerer hele artikkelen. Da er det viktig å lese hele artikkelen for å se om den faktisk er relevant for studien man gjennomfører. Artikler som

er funnet, men som ikke blir tatt med i selve prosjektet, kan man ta med i et appendix (Arksey & O'Malley, 2005). Her blir det anbefalt av Levac et al. (2010) å være minst to forskere som vurderer og diskuterer data som er samlet inn, som samtidig sikrer at prosessen er transeptent og at den lar seg gjennomføre igjen. Systematiske tilnærminger i teamet, hvor disse møtes jevnlig for debatt og sammenligninger, er viktig for å sikre rigor (Levac et al., 2010).

Dette vil ikke være mulig for mitt prosjekt, men møter med veileder skal hjelpe meg sikre transparens og rigor. Rigor handler om å være grundig og nøyaktig (Cypress, 2017). Vedlegg med en oversikt over søkehistorikk over de ulike databasene, skal bidra i transparens i min studie. Jeg har valgt å ikke presentere utvalgte studier på bakgrunn av tidsperspektivet.

Her følger en videre beskrivelse av trinn tre i hvordan gjøre en scoping review. Videre i dette kapitlet kommer en utfyllende oversikt over hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som er satt, samt en oversikt over søkeord i en egen tabell. Det kommer en egen oversikt over søkeprosessen de ulike databasene i et eget delkapittel etter dette, for å sikre transparens, som jeg også har valgt å legge til under trinn tre.

4.6.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier er med på å lage en guide for hvilke betingelser som er med å sette en føring for hva som skal bli tatt med i en studie. Det må også gis en forklaring på hver og en av kriteriene satt. Dette er videre med å skape inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Inklusjonskriteriene er en base for hvilke bestemmelser på datamaterialet/litteraturen som skal være med i studien. Hvilke som er valgt og hva man har valgt å ekskludere skal bli forklart og tydeliggjort, ut fra PCC (Peters et al., 2015). Under er tabell over mine inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 2).

Tabell 2

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fedres/en fars erfaringer og opplevelser med helsestasjonen, eller møter med helsesykepleier, må komme tydelig fram	Forskning som omhandler foreldre som en enhet, hvor det ikke fars syn/perspektiv blir tydeliggjort
Må skje i forbindelse med helsestasjonsarbeidet, det si alle konsultasjoner i regi helsestasjon fra fødsel til skolestart	Forskning/litteratur som omhandler spesielle vil omstendigheter som krever ekstra oppfølging fra helsestasjon eller helsesykepleier, som tilstander eller sykdom hos barnet eller forelder (far)
Tidsbegrensing 2000-2022	Forskning utenfor Norden
Språk: engelsk, norsk, dansk og svensk	Forskning på familier hvor de får ekstra tiltak
Fagfellevurdert forskning, eller gjennomførte studier i regi av andre offentlige institusjoner	Litteratur/forskning hvor det koster penger for å få tilgang
Forskning på fedre som er over 18 år. Fedre som har barn med en mor	Forskning som går på nye intervensjoner på helsestasjoner Fosterfedre, adoptivfedre, fedre av samme kjønn som har barn sammen, alenefedre, fedre med delt omsorg; hvor dette blir tydelig presentert i studier/artikler

Inklusjonskriteriene jeg startet med var at det skulle omhandle fedre, og de måtte være over 18 år, og de bør bo sammen med med-forelder, og forskningen måtte ta for seg fars erfaringer med helsestasjonen. Jeg ønsket se på forskning på fedre i forhold med den de har barn med, mor, i denne studien. Dette er fordi jeg primært ønsket se hva fedres erfaringer er ut fra dette tradisjonelle kjønnsrollemønsteret. Dersom det ikke er spesifisert hvilken sivilstatus far har, er studier blitt inkludert så lenge det ikke er andre kriterier til stede for å ekskludere. I studiene dette gjelder er det dessuten nærliggende å tro, i de fleste, at dette er fars erfaringer i relasjon med mor ut fra innhold. Den ene artikkelen omhandler erfaringer som blir delt i nettforum som jeg ønsket ta med, også på grunn av denne type variasjon, da det er anonymiserte deltakere og ingen intervjuer dem. Slik kommer deres perspektiv fram, uten å være redd for forholdet til forsker (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). Det er i tillegg to andre artikler hvor ikke alle fedrene er sammen med mor til barnet, men de aller fleste er det, derfor inkludert etter kriterier. Noen forandringer kan være nødvendig, og i en scoping review kan det hende man må avvike fra protokoll (Peters et al., 2015). Forskning hvor det kommer tydelig fram, enten i tittel eller abstrakt, at far er alene, har delt omsorg, er

foster- eller adoptiv far, eller har barn med en av samme kjønn, har blitt ekskludert. Dette eksklusjonskriteriet var med helt fra starten.

På grunn av relevansen for sammenligning av helsestasjonstilbudet, ble kun Norden valgt ut helt fra starten i prosessen. Vi har tilnærmede lik kultur, likt helsestasjonstilbud i de fleste land, og gode permisjonsregler for fedre (Leira, 2012). Sammenligningsgrunnlaget er bedre, enn dersom jeg skulle valgt litteratur fra for eksempel Australia eller USA. Når jeg skriver helsestasjonsarbeidet, innebærer det alle tjenester som tilbys via denne, og møter med helsesykepleier, som er knyttet til helsetjenesten (barn 0-5 år). Når det gjelder språk, valgte jeg ut litteratur jeg kan lese som er på engelsk, norsk, dansk og svensk, basert på samme grunnlag som at jeg kun ønsker se på litteratur fra Nordiske land. Det er ikke satt noen kriterier til hvordan type forskning det er, om det er kvalitative eller kvantitative studier, så lenge fars perspektiver kommer fram.

Jeg har også ønsket å forholde meg til funn fra fagfelle vurderte tidsskrifter. Dette for å sikre validitet i funn. En studie er i regi av helsestasjon, og høgskole i Bergen kommune, ser derfor på denne god nok forskning, og den er derfor inkludert. Jeg har ikke vurdert litteratur kritisk, da dette blir mer omfattende enn denne studiens hensikt (Levac et al., 2010). Når det gjelder eksklusjonskriterier har jeg valgt å utelate forskning og funn som omhandler spesielle omstendigheter som krever ekstra oppfølging som sykdommer eller tilstander hos foreldre eller hos barnet. Dette gjelder for eksempel studier eller litteratur rundt depresjon post partum hos foreldre. Dette er fordi dette kan endre utfallet av en studie, og jeg ønsker meg svar på erfaringer fra det normerte programmet helsestasjonen tilbyr. Jeg har også valgt å ekskludere studier som går på nye intervensjoner, hvor de sammenligner de normalt oppsatte konsultasjoner mot nye, for eksempel utvidede hjemmebesøk, eller hyppigere oppfølginger til sårbare familier. Ekskluderer også artikler som omhandler foreldre som en enhet, hvor det ikke kommer tydelig fram hva fedre erfarer. Noen kriterier måtte endres på *post hoc*, som tidsperspektivet. Det ble initialt satt til ti år tilbake i tid, etter hvert som jeg ble bedre kjent med materialet så ble det klart at det måtte forskyves tilbake til fra 2000. Det var ikke nok funn i mine søk, og jeg så at dersom tidsrommet ble utvidet, fikk jeg flere treff (Arksey & O'Malley, 2005).

4.6.2 Søkeord

Søkeordene mine ble valgt ut fra forskerspørsmålet mitt, og min PCC tabell, tidligere presentert. Jeg har valgt å dele disse inn i hva jeg har kalt søkebokser, se tabell 3.

Tabell 3

Population	Concept	Context	Context
Søkeboks 1	Søkeboks 2	Søkeboks 3a	Søkeboks 3b
Far/fedre	Erfaring	Helsestasjon	Helsesykepleier
OR	OR	OR	OR
Father/Fathers	Opplevelse	Child health clinic	Helsesøster
OR	OR	OR	OR
Paternal	Experience	Municipal service	Public health nurse
OR	OR	OR	OR
Dad/dads	Expectation	Child health services	Child health nurse
OR	OR	OR	OR
	Need	Postnatal health care	Community health nurse
	OR	OR	
	Support	Postnatal health service	
		OR	
		House call	
		OR	
		Home visit	

Jeg valgte å bruke søkeord ut fra problemstillingen min, og hva jeg ønsket å få svar på. De norske ordene oversatte jeg til engelsk, ettersom jeg har valgt databaser og tidsskrifter hvor jeg kan bruke begge skriftspråk. Det ble også brukt synonymer jeg fant relevant, og etter hvert

som jeg ble bedre kjent med søket mitt, la jeg til emneord (MeSH) og søkeord som jeg så ble brukt som nøkkelord eller tekstord, i mine første funn av inkluderte og relevante artikler (Helsebiblioteket, 2016; Strømme, 2019). Jeg valgte å bruke både helsesykepleier og helsesøster, da det kun er noen år siden profesjonen byttet navn (Helsedirektoratet, 2019c). Bibliotekar hjalp meg også med søkeord, da det var vanskelig finne relevant litteratur etter mine kriterier. Dette var søkeord som *house calls* og *home visit, postnatal health care* og *service* og *municipal service*. Etter veiledning med bibliotekar ble jeg også påminnet muligheten for trunkering, den asteriske (*), og jeg brukte bare denne typen trunkering i mine søk. Trunkering settes inn i begynnelsen av et ord, og gir da flere treff, da endelsen på ordet kan være flere mulige, som for eksempel nurs* (Strømme, 2019). Se vedlegg over søkeprosessen min, for nærmere detaljer i de ulike databaser (vedlegg 3). Måten jeg bygde opp søkene mine var alltid å jobbe meg ut fra søkeboks som omhandlet fedre. Så fylte jeg opp med erfaringer, i ulike varianter og så helsestasjon og helsesykepleier. Jeg gjorde noen viktige erfaringer selv underveis, som for eksempel etter en ny veiledning med bibliotekar i januar 2022, fant vi ut sammen at jeg måtte slå sammen helsestasjons kolonnen, og helsesykepleier kolonnen, derfor har jeg valgt å kalle disse for 3a og 3b. Jeg hadde da sett at jeg enten fikk ingen relevante funn, eller alt for mange funn. Dette gjaldt også søkeordet nurse, når jeg brukte dette i starten, ga for mange treff på ikke-relevante artikler. Etter veiledningen med bibliotekar, fant ut at dette ordet måtte tas bort. De ulike søkeordene mine ble også kombinert med OR eller AND, som er boolske operatører (Strømme, 2019).

4.7 Søkeprosessen

Trinn tre i Arksey og O'Malley's rammeverk (2005) for utførelse av en scoping review, handler om seleksjon av forskning og litteratur, som skrevet over. Det handler om å finne så mye data du kan for å kunne svare på forskerspørsmålet eller problemstillingen din. Dette via databaser, eller referanselister, nettverk, relevante organisasjoner og lignende (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010; Peters et al., 2015). Det er viktig og ikke bare bruke en søkestrategi som elektroniske databaser, da man kan miste annen viktig litteratur som kan svare på problemstillingen (Aveyard, 2019).

Mine innledende søk startet i desember 2021. Jeg fikk veiledning fra bibliotekar ved UiT, i begynnelsen av desember og to ganger i løpet av januar. Jeg fullførte mine søk i mars 2022.

Fra henne fikk jeg hjelp til å starte organisere søkene mine med tanke på hvordan jeg bygger opp søkene mine og hvilke søkeord jeg kunne bruke i tillegg til de jeg hadde valgt ut. Hun guidet meg også inn i de systematiske søkene, hvilke typer avgrensninger jeg burde tenke over. Min første inkluderte artikkel var jeg allerede kjent med fra pensum. Jeg startet derfor mitt søk på Sykepleien Forskning, hvor jeg fant denne i utgangspunktet. Jeg fortsatte så mine søk i de andre ulike databasene, i ulike variasjoner. Det er ikke alle artikler som har gitt like mye informasjon som andre, men det var vanskelig å oppnå ønsket totalt inkluderte artikler (10) som kan svare på min problemstilling, derfor er de valgt med (Aveyard, 2019). Det er til sammen mange respondenter på studier inkludert, så jeg mener et metningspunkt ble oppnådd (Ellingsen & Drageset, 2008). En mer detaljert beskrivelse om selve søkeprosessen med søkeord i de ulike databaser er lagt til som tabell i vedlegg 3. Det er i tillegg et eksempel på et av mine innledende søk i databasen Medline, som er i tilknytning til Pubmed, dette søket ble gjort etter første veiledning med bibliotekar og kan sees i vedlegg 4.

Jeg vil i følgende gi en beskrivelse av mine søk i de ulike databaser og tidsskrift, så følger tabell over utvelgelsesprosessen (figur 1). Utvelgelsesprosessen kan også ses mer utdypende i vedlegg 2.

4.7.1 Sykepleien forskning

Dette tidsskriftet valgte jeg med bakgrunn i at det har mange publiseringer av norsk forskning innenfor sykepleiefaget. Sykepleien forskning er et norsk fagfelleleurdert vitenskapelig nivå-1 tidsskrift som framheve og formidle kunnskap som er relevant for ulike aspekter av sykepleieutøvelsen (Sykepleien, u.å). Dette nettstedet har ulik søkemonitor enn de andre, så trefflisten her blir sammensatt av treff når jeg har brukt et søkeord fra hver søkeboks, fedre, helsestasjon/helsesykepleier og erfaring. Det er ikke mulig søke med egne emneord her, kun mine utvalgte søkeord. Det ble utført forsøk med de ulike søkeordene på norsk med eller uten trunkering, og begrensning til forskning. Jeg startet mine søk i desember og januar. Etter hvert som jeg fikk flere søkeord, gikk jeg tilbake for å sjekke om det kunne være flere treff. Søk gjort i mars er med norske ord, da det er norske resultater og dette er et norsk tidsskrift. Men jeg gjorde noen forsøk med engelske søkeord, da kom opp samme resultater av artikler som er oversatt til norsk. Det var lite funn her i dette tidsskriftet. Alle treff ble sett over tittel og abstrakt. Kun en artikkel ble inkludert herfra.

4.7.2 Svemed+

Svemed+ er en nordisk database, som fokuserer på medisin og helse. Den inneholder referanser til artikler fra ca. 170 nordiske tidsskrifter fra 1977 og fremover, hvorav 27 er norske. Den blir ikke oppdatert siden januar 2020 (Helsebiblioteket, u.å-b; Karolinska Institutet, u.å). Søkeordene blir brukt i ulike kombinasjoner her. Først forsøkte jeg å finne emneord (MeSH ord) som kan passe mitt formål. Fathers er MesH ord. Jeg fant også ut at maternal- child health service er et MeSH ord der. Jeg gjorde ulike søk med og uten MeSH ord, og mine egne søkeord. Det ble ikke lagt til noen begrensninger annet enn peer reviewed. Språkbegrensninger var der allerede, da det ikke var flere valg mine kriterier. Jeg la ikke til årstall da trefflisten er såpass liten at jeg kunne se over, og se hva som faller utenfor. Søket ble lagt opp etter hva som passet best denne søkemonitoren. Det kommer fram i tabellen (vedlegg 3) hva jeg fant ut passet mitt søk best, og det var å søke med de ulike søkeordene, og finne MeSH ordet, så bruke de i ulike kombinasjoner OR og AND. Det ble også brukt trunkering, for å kunne treffe bredest mulig. Etter flere forsøk, fant jeg ut at den beste måten å søke i Svemed+ for meg, er å søke et og et ord, men og uten trunkering, for så å sette disse sammen, slik det kommer frem i tabellen (vedlegg 3). Fra mine søk i desember og januar, kan jeg ikke finne noen nye artikler i mitt siste søk i mars. Det var to relevante artikler herfra.

4.7.3 Cinahl

Cinahl er en engelskspråklig database som inneholder referanser til litteratur om sykepleie og nært relaterte fag som fysioterapi og ernæring. Den inkluderer mest tidsskriftartikler, og inneholder en del kvalitativ forskning og pasienterfaringer (egen oversettelse) (Helsebiblioteket, u.å-a).

Jeg søkte først systematisk med alle søkeordene mine. Jeg fant at fathers fremdeles er et emneord, og child health service er emneord, samt community health nursing. Velger søke med emneord og tekstord, for å søke bredest mulig, og ikke miste mulig relevant litteratur (Aveyard, 2019). Valgte derfor bruke trunkering der, med å forkorte ordet med community health nurs*. Emneord fant jeg i Cinahl, ved å krysse av på subject headings. Valgte til slutt bruke disse ordene som rene tekstord, se vedlegg om tabellen. Søkte med alle mine utvalgte ord i ulike kombinasjoner, med de boolske operatorene OR og AND. Jeg slo sammen søkeboks 3a og 3b med OR, for å være helt sikker på at jeg traff bredt nok, før jeg søkte videre med AND på søkeboks 1 og 2. Dette gjorde jeg etter veiledningen med bibliotekar som ga meg råd om å forsøke dette i ulike databaser. Jeg brukte trunkering der jeg anså det som

best og der jeg ønsket flere endelser i ordet for å kunne søke bredere. Jeg valgte også å søke i tittel og abstrakt, det hjalp veldig på søket mitt. Det ble mer relevante treff, og det forkortet trefflisten min i tillegg til bruk av kriterier tidligere satt. Det siste søket mitt, som blir fremvist i tabellen i vedlegg 3, er det som er min treffliste. Lest gjennom abstrakter og titler, samt lest gjennom noen artikler, som er ekskludert.

4.7.4 PubMed

PubMed er en database med tilgang til flere enn 5500 internasjonale tidsskrifter innenfor blant annet medisin, sykepleie og biomedisin. Består av blant annet Medline, og oppdateres daglig (Universitetsbiblioteket, u.å). PubMed inneholder mer enn 33 millioner refereringer og abstrakter til biomedisinsk litteratur (egen oversettelse) (PubMed, u.å). Her startet jeg søket på samme måte som i de andre databaser. Jeg søkte systematisk gjennom alle søkeord, og i ulike kombinasjoner. Jeg tok vekk de norske søkeordene i denne databasen, da det ikke ga resultater på fedre og far og valgte derfor å kun bruke de engelske søkeordene. Her er også emneord father, som jeg valgte å bruke både som tekstord og som emneord (MeSH). Finner ikke andre relevante MeSH ord i denne databasen. Men valgte å bruke både MeSH og tekstord for å søke bredt og ikke miste mulig relevant litteratur (Aveyard, 2019). Jeg brukte de andre søkeordene som tekstord, og søkte med ordene både i abstrakt og i tittel til slutt da det er her jeg anser det som viktigst at søkeordene skal være, og kombinerer med boolske operatører OR og AND. Velger avgrensninger med år og språk, og peer reviewed.

4.7.5 Psychinfo

Dette er en internasjonal database innenfor psykologi med over 1,7 millioner referanser. Den dekker litteratur innenfor det akademiske, forskning og praksis fra over 45 land i mer enn 30 språk (Universitetsbiblioteket, 1996). I denne databasen valgte jeg også engelske søkeord, da søk med de norske ordene far og fedre ikke gir resultater. Jeg begynte så å jobbe meg gjennom alle engelske søkeord systematisk. Her er emneord fathers og expectations, som jeg ser dekker bra over det jeg søker etter, så jeg valgte også å bruke disse for å gå så bredt ut som mulig. Jeg søkte ellers med mp. = [title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]. Jeg brukte ordene som tidligere, i ulike kombinasjoner. Valgte her å søke med søkeboks 3a og 3b sammen, da jeg fant at det passet denne søkemonitoren best.

4.7.6 Referanselister

Arksey og O'Malley (2005) anbefaler også å lese referanselister som en strategi for å kunne finne litteratur som er relevant, og det vil vise en grundighet i søket (Arksey & O'Malley, 2005). Med bakgrunn i dette har jeg også gått gjennom alle referanselister i inkluderte artikler fra databaser. Her inkluderte jeg en studie som var en del av et prosjekt. Men jeg valgte likevel inkludere den da det var gjennomført en brukerundersøkelse, blant annet om fedres bruk av helsestasjon. Den anså jeg som så relevant at jeg valgte ta denne med. Denne får jeg tilgang til via Oria (UiT Universitetsbiblioteket, u.å). Den er ikke fagfellevurdert. Jeg har ikke gått gjennom den siste inkluderte studien, som jeg fant via Google Scholar, se vedlegg 3.

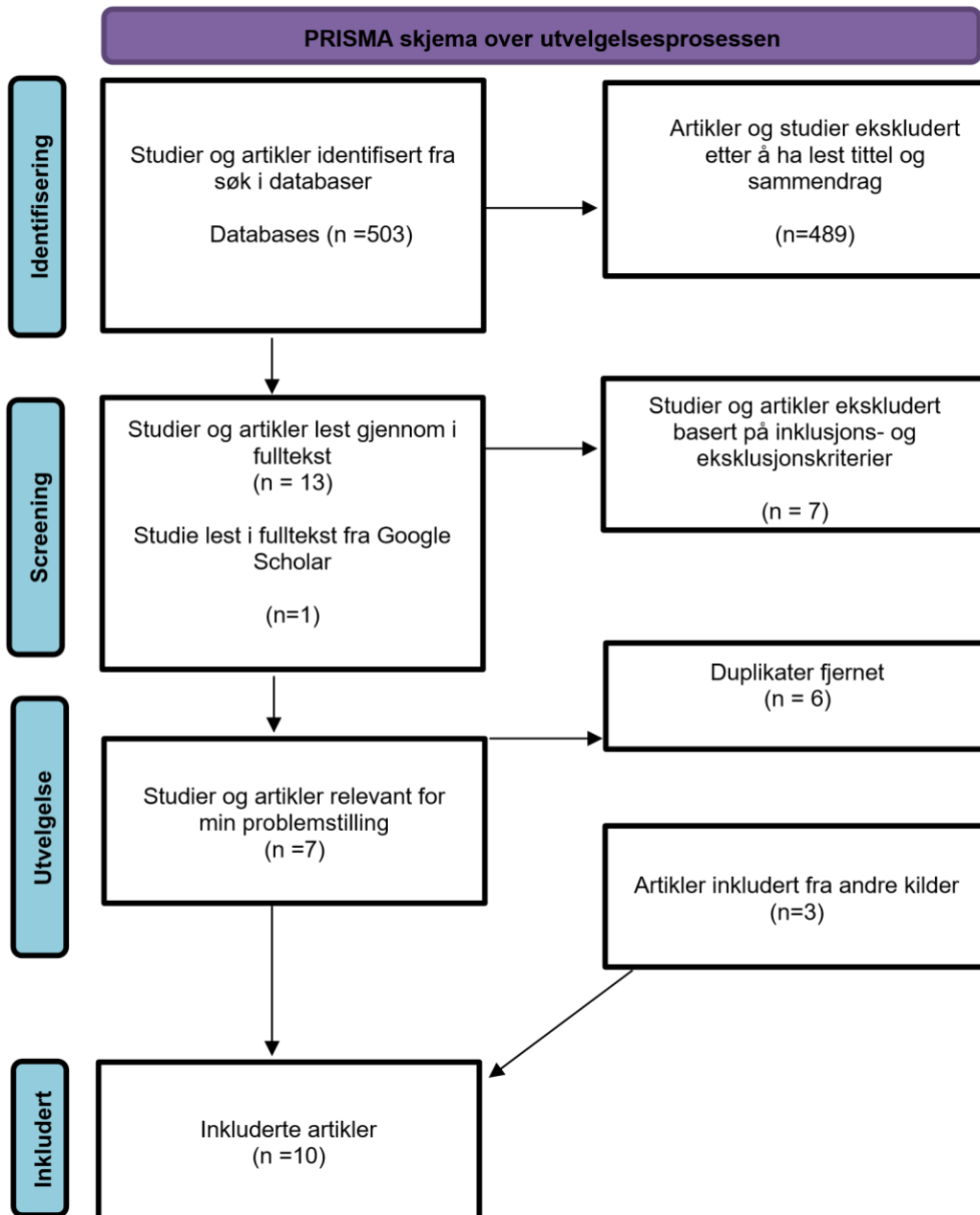
4.7.7 Snøballmetoden

Snøballmetoden er innsamling av informanter eller utvalg, som er med på å belyse forskerspørsmålet eller problemstillingen, etter anbefalinger fra andre allerede inkludert. Denne strategien for å finne en artikkel, valgte jeg å kalle snøballmetoden på bakgrunn av at jeg ble tipset om artikkelen, ut fra at det var kjent for andre i mitt nettverk hva min tematikk var (Ellingsen & Drageset, 2008; Polit & Beck, 2021). Her ble jeg tipset av en annen student som i dennes søk kom over en artikkel som ikke har dukket opp i mine søk. Søkte opp artikkelen via Oria (UiT Universitetsbiblioteket, u.å) og fikk full tilgang. Så at den forekommer via et fagfellevurdert tidsskrift, se vedlegg. Denne valgte jeg å inkludere på bakgrunn av satte kriterier.

4.7.8 Google scholar

Dette er en nettside utviklet av Google, som gir en enkel måte å søke bredt for akademiske tekster og litteratur. Denne siden søke på tvers av ulike disipliner og kilder (Google scholar, u.å). Jeg skrev inn alle inkluderte artikler jeg hadde funnet etter tidligere beskrevet søk i tidsskrift og databaser som var 9 stykker. Gikk så gjennom de 10 første sidene på hver forskningsartikkel jeg skrev inn. Ettersom det var over 100 sider treff i hvert søk hadde jeg ikke anledning å gå gjennom alle sidene på grunn av tidsperspektivet som eneste forsker. Skrev inne alle artikler både på engelsk og norsk der det var mulig. Trykte så på beslektede artikler. Det var mange artikler som allerede er gjennomgått eller inkludert i min studie. Fant en via artikkelen *Support of fathers by the child health nurse*, som jeg inkluderte etter satte kriterier, se vedlegg 3. Dette var den siste inkluderte artikkelen, da jeg var kommet opp i ti aktuelle forskningsartikler.

Figur 1



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

5 Kartlegging av data

Neste steg i Arksey og O'Malleys rammeverk er steg fire som er kartlegging av data, hvor informasjon om nøkkelbegrep og tema som kommer frem fra selekterte studier og litteratur skal fremlegges. Deres måte å gjøre en kartlegging på er, ifølge Arksey og O'Malley (2005) en mer narrativ vurdering som går bredere ut på hva den kan inneholde, som for eksempel selve prosessen i en studie. Slik kan det bli mer forståelig for leseren, og de kan lettere følge resultatet. Her må det avgjøres hvilken informasjon som skal føres opp, og hvilke og hvordan sammenligninger som kan gjøres. En slik beskrivende analytisk metode innenfor den narrative tradisjonen inneholder et felles analytisk rammeverk for hva som skal bli med i kartleggingen av alle inkluderte artikler (Arksey & O'Malley, 2005). I deres kartlegging (2005) har de valgt å ta med informasjon om forfatter, publiserings år, land, type intervensjon, populasjon, mål for studien, utfall (mål) og viktige resultater (Arksey & O'Malley, 2005). Peters et al. (2015) gir også eksempler for hva som kan være med i utdraget av data som, metode, hensikt, konsept, og informasjon som relaterer til problemstillingen eller forskerspørsmålet i tillegg til det foreslått fra Arksey og O'Malley (2005) (Peters et al., 2015). Levac et al. (2010) anbefaler videre å lage en skjematisk oversikt over disse nøkkelbegrepene og temaene du har valgt å ta med. Denne oversikten bør oppdateres kontinuerlig (Levac et al., 2010). Videre anbefaler de å gjøre en tematisk analyse for å gi mening til sammensetningen av funn som er tatt med fra datamaterialet (Levac et al., 2010). Jeg har valgt å følge Arksey og O'Malley`s (2005) metode om hvilken informasjon som skal komme med i kartleggingen i tillegg til at intervensjon er byttet ut med metode, som Peters et al.(2015) foreslår, da det passet min studie bedre. Jeg startet med å lage en skjematisk oversikt som foreslått fra Levac et al. (2010), og kartla funn fra hver artikkel, som kan svare på forskerspørsmålet mitt om hva fedres erfaringer med helsestasjonen er. Jeg samlet også all informasjon om fedrenes møter med helsesykepleier, da dette også innebærer arbeid på helsestasjonen. Funn ble kartlagt fra resultatdelen fra hver artikkel og presentert som vist i litteraturmatrisen min under. Alle artikler er lest over flere ganger for å sikre at minst mulig informasjon skal gå tapt, også for å sikre reliabilitet og validitet ettersom jeg er eneste forsker. Igjen vil jeg minne om min forforståelse, med at jeg kjente til artikkelen til Solberg og Glavin (2018) fra tidligere, samt mitt arbeide i praksis og som nå utdannet helsesykepleier og det er jeg som har oversatt artiklene fra engelsk til norsk.

Forfatter, år, tittel, land	Solberg, B., Glavin, K. 2018 <i>Fedre ønsker en mer aktiv rolle i svangerskapsomsorgen og på helsestasjonen (fagfelleverdert)</i> Norge
Metode	Kvalitativt design med individuelle intervju. Semistrukturert intervjuguide med kvalitativ innholdsanalyse.
Utvalg	9 førstegangsfedre med ulik bakgrunn. Alle gift eller samboende med barnets mor.
Mål/hensikt	Beskrive førstegangsfedres opplevelse av møter med svangerskapsomsorgen, føde- og barselomsorgen og helsestasjonstjenesten fra svangerskap og barnets tre første levemåneder.
Hovedfunn	<p>To kategorier: Utenforskap og inkludering.</p> <p>Utenforskap deles videre i to underkategorier ekskludering og overstyring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekskludering; Opplevelse av utenforskap. Ønske om å bli inkludert. Ønske om selvstendig rolle. De hadde mulighet for å stille spørsmål. Få ble spurt om egen situasjon og opplevelse. Helsetjenesten var ikke en naturlig informasjonskilde. Lite tilrettelagte tjenester for fedre. • Overstyring; Viss grad av overvåking, bemerkninger opplevd som kritikk. Tillitt til helsetjenesten er relasjonsavhengig. Egne bekymringer ble tatt på alvor. <p>Inkludering omfatter underkategorier deltakelse og tilpasning.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deltakelse; Konkrete, praktiske oppgaver følt involverende og trygt. • Tilpasning; Profesjonsmøtene beskrevet som positive. Ønske om tydelig informasjon og konkrete svar. Fedre understreket å ta initiativ selv var viktig. Forslag om egne konsultasjoner, med fedre rollen, hvordan støtte mor og barn og psykisk helse som tema. Invitert i pappagrupper, men usikkerhet om tilbudet gjorde at ingen deltok.

Forfatter, år, tittel, land	Haaland, G. U., Brundtland, D., Bjørnstad, I. 2009 <i>Helsestasjon for hele familien (gjort i regi av helsestasjon og høgskole)</i> Land: Norge
Metode	Spørreundersøkelse Del av et prosjekt som skal legge til rette for et likeverdig tilbud for mor og far i Hordaland. Denne spørreundersøkelsen er gjort ved en helsestasjon i Bergen.
Utvalg	57 mødre og 57 fedre svarte på hvert sitt spørreskjema. Foreldrene bor sammen med barnet/barna.
Mål/hensikt	Få brukernes erfaringer med tjenesten Tilrettelegge tjenesten i tråd med brukernes erfaringer og ønsker, for dermed styrke foreldreskapet og ivareta barnas behov, og skape en likeverdig tjeneste.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Flest mødre følger barna til helsestasjonen. Rundt halvparten av fedrene har vært der mellom 1-3 ganger. • Om lag en fjerdedel av fedrene kommer ikke på grunn av jobb. • Foreldrene ønsker samme helsesykepleier ved alle konsultasjoner. • Fedre foretrekker individuelle konsultasjoner, mot grupper. • Hjemmebesøket; over halvparten av fedrene til stede, og rundt halvparten så nytte av dette i ulik grad. • Både far og mor har stor tillit til helsestasjonen og deres tilbud. • De blir lyttet til, og får god informasjon. Ønsker formidling om kunnskaper rundt foreldrerollen

Forfatter, år, tittel, land	Wells, M. B. 2016 <i>Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals (fagfelleverdert)</i> Land: Sverige
Metode	Litteratur studie med en modifisert systematisk review og meta-etnografisk analyse
Utvalg	62 inkluderte studier fra Sverige, både kvalitative og kvantitative studiemetoder, fra svangerskap til møter med helsestasjon. Det kommer ikke fram i denne studien, om far var sammen med barnets mor, eller hvor mange deltakere.
Mål/hensikt	Målet var å undersøke graden av støtte svenske fedre får fra ulike helsetjenester, som svangerskapsomsorg og helsestasjoner, i Sverige i deres overgang til farskap. Hensikten videre var å bygge en evidens base for å lage en strategi for å sikre bedre støtte til fedre.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Utdrag av funn, relevant for min oppgave: • Helsestasjonen ble sett på som laget for mødre. • Fedre rapporterte at de ikke følte seg like inkludert som mødre fra helsestasjonens side. • Fedre følte at standard åpningstider ikke passet ikke for dem, som begrenset deres tilgang. • De av fedrene som var fornøyde med tilbudet, rapporterte om helsesykepleiere som svarte direkte på spørsmål og henvendte seg til fedrene. • Gruppekonsultasjoner var vanskelig for fedre å delta på, på grunn av tidspunkt, de ble sett på som noe kun for mødre, og få fedre deltok.

Forfatter, år, tittel, land	Hrybanova, Y., Ekström, A., Thorstensson, S. 2019 <i>First-time fathers' experiences of professional support from the child health nurses (fagfelleverdert)</i> Land: Sverige
Metode	Kvalitativt design med både induktiv (intervju) og deduktiv (FaPPS skala) framgangsmåte. Semi- strukturerte intervju over telefon (11) og 1 personlig
Utvalg	12 fedre med ulik sosial og kulturell bakgrunn. De fleste i forhold.
Mål/hensikt	Beskrive førstegangsfedre erfaringer med støtten de mottok fra helsesykepleiere, og for å validere instrumentet FaPPS skalaen. FaPPS er et instrument som står for The Father Perceived Professional Support scale, som kan bli brukt av helsepersonell på helsestasjoner for å bedre forstå fars behov for profesjonell støtte. Først ble intervjuene gjennomført, så ble de bedt om å gradere (1-7) på FaPPS skalaen med ulike emner rundt støtte fra helsesykepleier. Fedrene kunne kommentere ved siden av.
Hovedfunn	Fire kategorier fra intervju; <ul style="list-style-type: none"> • Praktiske råd; Fedre som var fornøyde mottok nødvendig praktisk informasjon, støtte, inkludering og oppmuntring. • Manglende støtte; Fedre som manglet støtte fra helsesykepleiere rapporterte om manglende informasjon, inkludering i samtaler og var lite tilgjengelighet. • Helsesykepleiers evne til å gi støtte; Fedrene så på helsesykepleier som støttende når de var oppmerksomme, Så hele familien, var forståelsesfulle, kunnskapsrike og var rolige. Ikke alle ble forstått, noen fedre opplevde helsesykepleieren som usikker og lite engasjert. • Forventning om støtte fra helsesykepleieren; Fedrene ønsket mer støtte. Helsesykepleier skulle aktivt spørre fedre om hvordan de opplevde farsrollen, og om hvordan de hadde det. Egne pappagrupper var ønsket. • FaPPS skalaen; Høye rangeringer på sensitivitet og forståelsesfulle helsesykepleiere. Mindre støttende mot fedre, men god tid. De fleste opplevde helsesykepleier som rolig, mens noen rangerte denne som stresset eller uengasjert. Varierende opplevd støtte i foreldrerollen. Må utvikles videre.

Forfatter, år, tittel, land	Hallberg, A-C., Beckman, A., Håkansson, A. 2010 <i>Many fathers visit the child health care center, but few take part in parents` groups (fagfelleverdert)</i> Land: Sverige
Metode	Kvalitativt design med intervju over telefon ved hjelp av et strukturert spørreskjema med muligheter for kommentarer fra fedrene. Logistisk regresjonsanalyse for å analysere mulige variabler av signifikans.
Utvalg	237 fedre med ulik bakgrunn, og de hadde alt fra ett barn til flere. 96% av fedrene bodde med mor.
Mål/hensikt	Beskrive fedres erfaringer med barneomsorg, og deres erfaringer med personlig kontakt med helsestasjon og deltakelse i gruppetilbudet til foreldre.
Hovedfunn	Tre hovedkategorier: <ul style="list-style-type: none"> • Besøk på helsestasjon; Av alle fedre hadde 70% vært på helsestasjonen, og 38% hadde vært der regelmessig eller ofte for individuelle konsultasjoner. • Erfaringer fra helsetjenesten/helsestasjonen; Ifølge fedrene var de vanligste oppgavene målinger, helsesjekk og vaksinasjon av barnet. Fedres behov gikk på å føle seg velkommen, forklaringer på spørsmål de hadde, at helsesykepleiere var tilgjengelige. De fikk valget om å rangere helsestasjonstilbudet, hvor de fleste rangerte det til 4-5/5. (5 som veldig bra, 1 var dårlig). Fedre som ga dårligere karakter beskrev tilgjengeligheten som dårlig, møtte forskjellige helsepersonell hver gang, fikk vage svar på spørsmål, så ikke far, var ikke engasjert eller kompetent. Kun 5 % ga dårligere karakter, mens 18% rangerte helsestasjonen til 3 av 5 mulige. • Deltakelse i foreldregrupper; 28% hadde deltatt i grupper. De som ikke hadde deltatt oppga som grunn at det var vanskelig komme fra jobb(tidspunkt), de hadde deltatt ved en tidligere anledning og det holdt for dem. Andre mente ikke behovet var der.

Forfatter, år, tittel, land	Fägerskiöld, A. 2006 <i>Support of fathers of infants by the child health nurse (fagfelleverdert)</i> Land: Sverige
Metode	Kvalitativ beskrivende design, med induktiv tilnærming med hjelp av grounded theory. Intervju med bruk av intervjuguide.
Utvalg	20 førstegangs- fedre fra ulik bakgrunn, hvor barnet er ca 6 måneder gammelt. Ikke beskrevet sivilstatus.
Mål/hensikt	Identifisere hvilke forventninger fedre har til helsestasjon og helsesykepleiere, om de fikk den støtten de trenger i deres rolle som far, og hvordan de mener helsesykepleieren kan støtte nye fedre.
Hovedfunn	<p>En hovedkategori tillitsfullt forhold, som omfatter kategoriene involvering, tillitt og støtte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et tillitsfullt forhold; mellom far og helsesykepleier er en betingelse for å oppleve støtte. Helsesykepleier bør involvere far mer i saker som gjelder barnet. • Involvering; på helsestasjonen var av varierende grad. Når de var til stede, henvendte ofte helsesykepleier seg til mor, noe flere aksepterte, mens andre følte seg tilsidesatt. Når helsesykepleier henvendte seg til far, ble involvering tilrettelagt, og disse var ofte fornøyde med tilbudet. Fedrene var engasjerte i barneomsorgen, selv om de ikke alltid var med til helsestasjonen. • Tillitt; Det var viktig å ha tillitt til helsesykepleieren, og denne må vise trygghet og ro. Fornøyde fedre følte de kunne ta opp ulike bekymringer. Nesten alle hadde tillitt til helsesykepleierens kunnskaper, oppfølging av barnets utvikling, og interessen i barnet og familien. Ikke alle var fornøyde med kompetansen til helsesykepleieren, da henvendte de seg til andre. • Støtte; Fedre har like krav til støtte i praktiske gjøremål, råd og veiledning som mødre. Støtten gjaldt barnet, ikke deres behov. Helsesykepleier må vise at begge foreldre er like viktige. Grupper ble sett på som tilbud til mødre. Forslag om pappagrupper kom fra flere fedre, eller at flere fedre burde delta i foreldregrupper.

Forfatter, år, tittel, land	Høgmo, B. K, Bondas, T., Alstveit, M. 2021 <i>Going blindly into the women´s world: a reflective lifeworld research study of fathers´ expectations of and experiences with municipal postnatal healthcare services (fagfelleverdert)</i> Land: Norge
Metode	Kvalitativt design Semistrukturert intervju med fenomenologisk tilnærming. Dette er en del av en større studie hvor ti foreldrepar (mor og far) var rekruttert på sykehus. Det er først utført intervju med begge foreldre til stede, så individuelle intervju med far (i denne studien).
Utvalg	Ti fedre, både førstegangs- og andregangs-fedre.
Mål/hensikt	Beskrive fedres erfaringer, og forventninger til helsestasjon
Hovedfunn	Hoved sammensetningen av funn, er beskrevet som å gå blind inn i en kvinnes verden. Fedrene visste lite om tilbudet fra helsestasjon, derfor var det vanskelig å ha noen forventninger. Det er fire kategorier: <ul style="list-style-type: none"> • Ikke vite hva man skal spørre om; Følelsen av at helsestasjonen er for mødre og barn. Ønske om mer informasjon, og veiledning rundt barnets helse, ga trygghet, samt følelse av inkludering av helsesykepleier. • Føle seg ekskludert; Fedrene ønsker å være en aktiv del av barnets liv. Fedre opplevde at all informasjon og kommunikasjon med helsestasjonen gikk gjennom mødre. De ønsker seg en egen arena for fedre, som pappagrupper. • Søke trygghet for familien; Hjemmebesøk var en positiv og trygg opplevelse. Det ga trygghet når helsesykepleieren hadde kunnskap, og det ble signalisert at det er et lavterskel-tilbud. • Lengte etter omsorg; Føle seg likeverdig i møte med helsesykepleier var viktig. Ingen av fedrenes mentale helse var kartlagt. Positiv erfaring når de ble inkludert i samtalen. Det ga et bedre forhold til helsesykepleieren, og en følelse av trygghet og mestring i deres rolle som fedre.

Forfatter, år, tittel, land	<p>Ny, P., Plantin, L., Dejin-Karlsson, E. og Dykes, A-K. 2006</p> <p><i>The experiences of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: focus-group discussions and content analysis (fagfellevurdert)</i></p> <p>Land: Sverige</p>
Metode	Kvalitativt utforskende design, med fokusgruppe diskusjoner, og individuelle semistrukturerte intervju, med innholdsanalyse.
Utvalg	Til sammen 16 deltakere. Ti i fokusgruppen, og seks i individuelle intervju. De har bodd i Sverige fra 1-15 år. Alle partnere med kvinner fra Midtøsten, og var blitt fedre mens de bodde i Sverige.
Mål/hensikt	<p>Beskrive hvordan menn fra Midtøsten erfarer svangerskapsomsorgen, helsetjenestene for barn, og overgangen til farsrollen når de bor i Sverige.</p> <p>Erfaringen er med jordmødre og helsesykepleiere (helsepersonell).</p>
Hovedfunn	<p>Tre hovedkategorier, med påfølgende underkategorier.</p> <p>Møte empatiske profesjonelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betraktning rundt informasjon; Det var viktig for fedrene at mødrenes behov for informasjon ble møtt. Praktiske og individuelle råd tilpasset dem. Fleste likte informasjon gitt i grupper, gjerne språktilpasset. • Følelse av trygghet; Det ga trygghet at helsepersonell var kunnskapsrike og informerte. • Modifisere råd; De sammenlignet råd gitt fra helsepersonell og fra familien. De aksepterte ofte råd fra helsepersonell, men måtte inngå kompromisser. Finne en ny posisjon i familien: • Støtte i graviditeten og fødsel; Ny erfaring å delta i fødsel, de støtter mødre ved å delta på helsestasjon, også på grunn av språkbarrierer. • Å være en far og en mann; Vanskeligheter med å oppdra barn i en annen kultur. Livsendring å bli far, med stort ansvar i farsrollen. Bare en tar opp viktigheten med pappaperm. Erfaringer rundt sosiale krav: • Å bli integrert; Det var viktig å ha en jobb, for å kunne delta i samfunnet og lære språket og lover og regler. • Å være en byrde for din kone, og ikke være en god rollemodell for dine barn; Den økonomiske situasjonen var vanskeligere i Sverige enn i hjemlandet. Å være en god rollemodell var viktig, og ikke kunne være eneforsørger var vanskelig.

Forfatter, år, tittel, land	Salzmann- Erikson, M., Eriksson, H. 2012 <i>Fathers sharing about early parental support in health- care – virtual discussions on an Internet forum (fagfelleverdert)</i> Land: Sverige
Metode	Netnografi Etnografisk studie på online oppførsel Datainnsamling er gjort til metningspunkt er oppnådd, med dataanalyse
Utvalg	Online forum hvor nye fedre («nybakte») deler sine erfaringer, forumet er valgt etter satte kriterier. Kan ikke bedømme sivilstatus
Mål/hensikt	Utforske hvordan nye fedre diskuterte deres erfaringer med helsepersonell fra fødsel til helsestasjon, deres støtte som foreldre fra helsetjenestene
Hovedfunn	Det er delt inn i to hovedkategorier: holdning og råd. <ul style="list-style-type: none"> • Holdning; går på fedres holdning mot helsesystemet, og fedrenes inntrykk av holdningen til helsepersonellet mot dem selv. Både positive og negative erfaringer, de positive var oppfatningen av at helsepersonellet brydde seg. Et mindre positivt aspekt var situasjoner hvor de føler seg forbigått. Kommentarer som kunne bli oppfattet som en fornærmelse. Holdningen er at far stiller opp når ikke mor kan. De ble klar over kjønnsrolle-aspektet, som måtte tilpasses. • Råd; Fedre ga råd i forumet, og fikk mange råd. Fedrene anså helsetjenestene som eksperter, som ga gode troverdige råd, til tross for følelsen av holdninger fra de som arbeidet i helsetjenestene. De får praktiske råd fra helsesykepleiere/helsestasjon, som de deler med andre på forumet, og som hjelper de i den nye farsrollen.

Forfatter, år, tittel, land	Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P., Rautava, P. 2014 <i>Relational continuity of care in integrated maternity and child health clinics improve parents` service experiences (fagfelleurdert)</i> Land: Finland
Metode	Tverrsnitts-undersøkelse med evalueringsskjema (Del av en større studie)
Utvalg	Både mødre (987) og fedre var inkludert. Det var 835 fedre med i undersøkelsen. Fedrene sammen med mor til barn.
Mål/hensikt	Avklare sammenhengen mellom oppfølging av samme helsepersonell (jordmor/helsesykepleier), og hvordan foreldre evaluerer tilgjengeligheten, utnyttelsen, og selekterte funksjoner ved fødsels- og helsestasjonstilbudet.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Fedre opplever gode erfaringer med oppfølging fra samme helsepersonell. • Spørsmål vedrørende tilstrekkelighet rundt hjemmebesøk og mindre gruppekonsultasjoner var under halvparten fornøyd med. Ekspertisen til helsepersonellet var mange fornøyde med. • Under halvparten av fedrene opplevde støtte på helsestasjonen, mange erfarte god oppfølging av barnets helse og støtte rundt vanlige spørsmål. • Få opplevde støtte rundt mental helse, eller egen helse. • I de fleste tilfellene i evalueringsskjema, var far mer fornøyd dersom de ble fulgt opp av samme helsepersonell fra svangerskap til skolestart.

6 Samle, oppsummere og rapportere resultater

Det femte og siste trinnet i rammeverket, som vil bli beskrevet i min studie er å samle, oppsummere og rapportere resultater. En scoping review skal presentere en oversikt over all materialet som er tatt med, og hvordan man bestemmer seg for å legge fram materialet er viktig (Arksey & O'Malley, 2005).

En scoping review søker ikke å samle eller fremstille evidens fra forskjellige studier, heller ikke tyngden av evidensen i relasjon til ulike intervensjoner eller tiltak skal presenteres. En scoping review trenger et analytisk rammeverk, eller tematisk sammensetning som kan brukes for å presentere en narrativ beskrivelse av litteraturen. Forskeren skal ikke kritisk vurdere hvorvidt studiene som er inkludert er spesielt robuste, eller om funn fra de ulike studiene er generaliserbare. Først med en numerisk analyse av utstrekning, egenskaper og distribusjon av inkluderte studier. Så kan funn fra litteraturen organiseres tematisk. Det er viktig at det er en klarhet i strategien som er valgt. En klarhet i hvordan forskeren skal rapportere funn som er konsistent og klar, hjelper leseren å kunne fastslå mulig bias i rapporteringen. Potensiell bias må identifiseres og eventuelle subjektive beslutninger vedrørende analysen må klargjøres (Arksey & O'Malley, 2005).

Det analytisk rammeverket, eller tematiske konstruksjon jeg har valgt å bruke er Aveyard`s tematiske analyse i litteratur reviews (Aveyard, 2019). Det første skrittet i Aveyard`s prosess er å identifisere tema i resultatdelen i hver studie, og vurder hvordan man kan beskrive funn. Man kan velge å bruke fargekode for eksempel for å fremheve temaer under lesing. Temaene kan plasseres i en egen tabell for oversikt, hvilke tema kom fra hvilken studie for eksempel. Når man har funnet temaene, må resultatene fra datamaterialet med like emner, slås sammen. Neste skritt er å sammenligne tema, se om navnet du har gitt dine temaer er beskrivende nok, og passer de ulike individuelle temaene sammen i kategoriene du har laget? Nå skal man se på hvordan temaene er koblet sammen. I tillegg til å lage en narrativt beskrivende oversikt over tema, skal man vise en oversikt over artiklene som med å lage grunnlaget for analysen. Denne oversikten beskrev jeg i det foregående kapittelet (Aveyard, 2019). Først viser jeg den numeriske analysen av innholdet (tabell 4), så kommer den narrative tematiske analysen etter dette.

Tabell 4

Numerisk analyse, oversikt over inkluderte studier (n=10)

Metode/design, antall	Kvalitativ design intervju/grupper 6	Kvalitativ metode, Netnografi/etnografi 1	Kvantitativ metode tverrsnittsstudie 1	Kvantitativ metode spørreundersøkelse 1	Kvalitativ metode litteraturstudie 1	Totalt 10
Land, antall	Norge, 3	Sverige, 6	Finland, 1			10
År, antall	2006-2010, 4	2012-2016, 3	2018-2021, 3			10
Deltakere, antall	330	835	31			1196

Denne analysen viser at de fleste artiklene er av ulik kvalitativ metode. Det er også et flertall av studier fra Sverige. Det er jevnt over fordelt på utgivelsesår fra 2006-2021. Og det er mange deltakere, selv om det er to studier fra 2012-2016, hvor det er usikkert hvor mange informanter det er. Jeg vil så gå over til den narrative tematiske analysen, men først litt om prosessen rundt den analytiske delen, og klargjøringer om enkelte inkluderte studier jeg ønsker å formidle.

Hjelpemidler som markeringspenn for å utheve sentrale punkter fra resultatdelen i studiene, og Post-it lapper med hovedfunn for å lettere kategorisere temaer i grupper ble brukt. Jeg har hatt på mine hermeneutiske «briller», det vil si at det er mine fortolkninger av teksten som kommer fram her, og min oversettelse fra engelsk til norsk. De fleste artiklene (7 stykker) var på engelsk. Nå vil jeg klargjøre litt informasjon om mine inkluderte studier.

Wells litteraturstudie omhandler tre av mine inkluderte studier. Artiklene som er inkludert i min studie er Fägerskiöld (2006), Hallberg, Beckman og Håkansson (2010) og Ny, Plantin, Dejin-Karlsson og Dykes (2008). Men det er noen som ikke er inkludert i min studie, derfor er denne artikkelen tatt med. Det vil derfor kun bli presentert ny data i denne review, altså resultater som fremkommer fra studier jeg ikke har funnet eller inkludert. Dette er en litteraturstudie, med 62 inkluderte artikler, fars sivilstatus er ikke beskrevet. Det skal også nevnes at jeg hadde lest og ekskludert en studie som er inkludert i Wells litteraturstudie, i mine innledende søk. Den ble ekskludert da den ga lite informasjon som kunne svare til mitt

forskerspørsmål da. Jeg fant den ikke igjen i mine søk i mars. Fant den kun da jeg gjennomgikk inkluderte studier i Wells litteraturstudie.

Det er flere studier som omhandler tiden fra svangerskap, fødsel, og oppfølging på helsestasjonen. En artikkel er delt inn i ulike segmenter som omhandler for eksempel fedres erfaringer fra fødsel, og hendelser på barsel. Det som har blitt sett på som irrelevant for å svare på forskerspørsmålet er blitt utelatt (Wells, 2016). Artikkene til Salzmann-Erikson og Eriksson (2013), Solberg og Glavin (2018) og Ny et al. (2008), handler om forskning innenfor svangerskapsomsorgen, fødsel og oppfølging videre på helsestasjonen. Enkelte refereringer i resultatene går over i hverandre på de ulike områdene. Der det er ansett som nødvendig i forhold til besvarelse av mitt forskerspørsmål om fedres erfaringer med helsestasjonen, er resultatene tatt med i analysen til tross for overlappinger.

Alle artikler er som sagt lest gjennom flere ganger, for å sikre at ikke viktig informasjon går tapt, spesielt de jeg har oversatt fra engelsk til norsk. Jeg har valgt å vise fram resultater systematisk fra ulike studier for å lettere gi innsyn i hva studiene viser under de fire utvalgte temaene. Jeg valgte også å samle de ulike resultatene under temaene jeg fant treffende og hensiktsmessig, og ga også temaene nye navn som er passende. Her følger en narrativ fremstilling over hvilke fire temaer som fremkommer etter min tematiske analyse, og den tidligere kartleggingen, som er: *Er tilbudet for oss?, relasjon til helsesykepleieren, trygghet og støtte i farsrollen og ekspertisen på helsestasjonen.*

6.1 Er tilbudet for oss?

Under denne temaet samlet jeg alle opplysninger om hva fedrene erfarte om tilbudet fra helsestasjonen, usikkerhet rundt tilbudet og deres følelse av ekskludering, involvering og inkludering i relasjon til helsestasjonen og med helsesykepleier.

Fedrene opplevde utenforskap i alle helsetjenester, de var til stede under konsultasjoner, men følte seg ikke inkludert, viste studien til Solberg og Glavin (2018). Det var en sårbarhet i dette, men ingen forventninger om å bli inkludert. Det som avgjorde om fedrene deltok videre i konsultasjoner, var graden av invitasjon inn i samtaler, graden av involvering fra helsesykepleier. Tilpassede åpningstider var derfor ønsket for de i arbeid, i tillegg til en formidling fra helsepersonell at det var ønsket at far kom til konsultasjonene (Solberg & Glavin, 2018). Studien viste at fedrene ikke opplevde at helsestasjonen var tilrettelagt for dem. Det følte unaturlig å oppsøke den alene. De deltok på konsultasjoner like mye for å

støtte mor, som av egen interesse. Helsestasjonen ble beskrevet som et kvinnesamfunn. Når det gjaldt hjemmebesøk var også far i tvil på om han skulle være til stede eller ikke, de opplevde at helsesykepleier var utydelig på om hans deltakelse var nødvendig. Ingen hadde deltatt i grupper, selv om tilbudet var der. De var usikre på om tilbudet gjaldt dem. Flere av fedrene fastslo at de også kunne være flinkere til å ta initiativ selv (Solberg & Glavin, 2018).

I underkant av halvparten av fedrene hadde vært på helsestasjonen 1-3 ganger, i brukerundersøkelsen til Haaland, Brundtland og Bjørnstad (2009). Det var bare 17,2 % av fedrene som hadde vært på helsestasjonen de fleste gangene. Noen av fedrene pekte på at de ikke fikk fri fra jobb som årsak til lite tilstedeværelse. Ingen unnlot å komme fordi tilbudet ikke passet dem. Når det gjaldt hjemmebesøk, var litt i overkant av halvparten av fedrene til stede, de fleste så den i noen grad eller stor grad nyttig. Rundt 40% fikk i stor eller svært stor grad svar på de spørsmål de hadde på hjemmebesøkene. Fedrene foretrakk individuelle konsultasjoner mot grupper. Ved den aktuelle helsestasjonen brukerundersøkelsen ble utført, var det heller ikke tilbud om egne pappagrupper (Haaland et al., 2009).

Når fedrene følte seg involvert av helsesykepleier, økte deres deltakelse i studien til Wells (2016). Litteraturstudien beskrev fedre som opplevde en helsestasjon for mødre, åpningstidene var ikke tilpasset dem. Dette gjaldt også grupper, hvor de ønsket å delta, men tidspunktene passet dem ikke på grunn av arbeid, eller så var det få fedre til stede på gruppene. Grupper ble også sett på som noe for mor. Når de deltok, følte de noen ganger at de ikke kunne ha en aktiv rolle (Wells, 2016).

Hallberg et al. (2010) viser også hvor viktig det er for fedre å kunne ringe helsestasjonen, og få svar. De hadde blitt bedt rangere helsestasjonen etter skalaen 1-5, og ga dårligere karakter når de opplevde at helsestasjonen sjeldent var åpent, eller det var vanskelig å få tak i dem. De som opplevde å bli ringt opp igjen og følte seg velkommen, rangerte bra. Av fedrene hadde 28% vært med i foreldregrupper. De som ikke hadde deltatt hadde ikke tid på grunn av arbeid og noen følte ikke behov for det. Der hvor fedre hadde kjennskap til barnets vaksinerings og vekst, var assosiert med gruppedeltagelse. Videre viste studien at 70% av fedrene hadde besøkt helsestasjonen, på et eller annet tidspunkt, og 38% av de spurte hadde vært der flere ganger på individuelle konsultasjoner. Utsagn som «det er mor som er i permisjon», eller «jeg er ofte på jobbreiser», ga årsaken til dette. Kontakt med helsestasjon for å møte lege var assosiert med besøk på helsestasjon (Hallberg et al., 2010).

Dette med tilgjengeligheten til helsestasjon og helsesykepleier, kom også fram når fedrene snakket om manglende støtte i studien til Hrybanova, Ekström og Thorstensson (2019). De

opplevde dette når helsesykepleier var vanskelig å få tak i, ettersom åpningstidene generelt ikke passet arbeidstiden deres. Når fedrene skulle gi rangeringer på FaPPS skalaen i ettertid av intervjuene ble svaret noe annet, for da var det også satt av tid til dem, noe som ble poengtert av forfatterne av studien. Gruppene hvor de kunne komme og snakke om deres problemer eller bekymringer var også på dagtid, noe som sjeldent passet dem. De ønsket å få tilbud om egne pappagrupper (Hrybanova et al., 2019).

Det var en varierende grad av kontakt med helsestasjonen også i studien til Fägerskiöld (2006). Fedrene som tok seg fri, ble med mor for å støtte henne, men også på grunn av egeninteresse i barnets utvikling. Det var fedre som ønsket å bli mer involvert av helsesykepleier i saker som omhandlet barnet, eller de anså et tettere samarbeid mellom mor og helsesykepleier som normalt, deltakerne ønsket et tettere samarbeid med helsesykepleier. Fägerskiöld (2006) viser til fedrenes erfaringer med helsestasjonen og grad av involvering, når hun skriver at fedrene opplevde at helsesykepleier spør mor dersom denne har spørsmål vedrørende barnet. Dette ble sett på som akseptert fra noen, mens andre følte seg tilsidesatt. Det varierte om far snakket med helsesykepleier eller ikke, og han kunne føle at han selv måtte ta initiativ til samtale. Dersom helsesykepleieren engasjerte far, ble han straks inkludert i samtalen og disse var ofte mer fornøyde med helsesykepleieren, og hvor tilgjengelig tilbudet var. Noen var invitert med i foreldregrupper, men de deltok sjeldent. De tenkte det var kun for mødre og ville ikke være med, mens noen ikke visste om tilbudet. Flere ønsket fedre med i grupper, hvor de kunne dele erfaringer og bli kjent med andre foreldre. På noen helsestasjoner hadde de opplevd egne pappagrupper, med en mannlig gruppeleder. De som hadde deltatt var veldig fornøyde med å kunne diskutere ut fra en manns synspunkt, deres nye rolle. Flere fedre erfarte lite støtte fra samfunnet etter barnet var født, det gjaldt også fra helsesykepleier (Fägerskiöld, 2006).

Dette med usikkerhet om tilbudet er for fedre, vises også artikkelen til Høgmo, Bondas og Alstveit (2021) hvor deltakerne beskrev følelsen av å gå blind inn i en kvinnes verden da de ikke vet hva som venter dem i møte med helsetjenestene. Den første tiden etter ankomst til hjemmet etter fødsel, var både preget en sårbarhet, blandet med glede og bekymring. De visste ikke hva de skulle spørre om, og heller ikke hva tilbudet fra helsestasjonen innebar, og en far beskrev sitt første møte med helsestasjonen som stressende på grunn av dette. En far fortalte om hjemmebesøk som ble planlagt etter han var begynt å jobbe igjen, mens en annen skulle ønske han ble invitert av helsesykepleier på konsultasjoner, han visste ikke at han kunne delta. Flere erfarte at helsesykepleier ikke forventet at de skulle delta på helsestasjonen, det var ikke et «must», men de kunne delta om de ville det selv. De opplevde at all

informasjon gikk gjennom mor. Noe som gav følelsen av å bli ekskludert. Det var et inntrykk av at helsestasjonens målgruppe var kvinner og barn, og noen av pappaene var usikker på om tjenestene var for de også. Flesteparten fant det også vanskelig delta med mor, da åpningstider på helsestasjonen og arbeidstiden deres ikke samsvarte. Fedrene ønsket seg en egen arena hvor de kunne møte andre fedre, dele erfaringer og snakke om saker relatert til spedbarnet og tidlig oppvekst. Gruppetilbud for pappa ble sett på av deltakerne som noe de kunne deltatt på, dersom det ble til via helsestasjonen. Der kunne de møte andre, og slik forebygge en eventuell ensomhet i permisjonstiden (Høgmo et al., 2021).

I forskningen til Ny et al. (2008), deltok ikke alle i grupper eller undervisning relatert til svangerskap eller barneomsorg. Mesteparten likte grupper, selv om de kunne bli skremt av det som kom fram av erfaringer enkelte ganger. Alle her sa også at det å kunne svensk var essensielt, da grupper og undervisning rundt emnet, var på svensk. De foreslo egne grupper tilpasset deres språk, eller bruk av tolk. Da dette ville føre til økt deltakelse og muligheten for å være aktiv. Mennene fra Midt- Østen deltok på konsultasjoner på helsestasjonen, noe som åpnet opp en ny verden for dem. De fungerte ofte som tolk, noe som hemmet kvinnene da de ble mer avhengig av mannen i forhold til i hjemlandet. Men ikke alle var en del av helsetjenesten, av ulike årsaker som at mor ønsket en kvinne med seg (Ny et al., 2008).

I studien til Salzman-Erikson og Eriksson (2013) drøftet fedrene om opplevelsen av forventningen til far fra helsepersonell, var at han stiller opp når mor ikke kan. De erfarte at møte med helsepersonell ga følelsen av å være en andre-forelder (Salzman-Erikson & Eriksson, 2013).

6.2 Relasjon til helsesykepleieren

I denne delen av min tematiske analyse, har jeg samlet det jeg fant omhandler fedrenes erfaringer og opplevelser i relasjonen og samhandlingen mellom de og helsesykepleier.

I Solberg og Glavins studie (2018), beskrev fedrene en grad av overvåkning, de opplevde en sårbarhet i noen bemerkninger de oppfattet som kritikk. Tillit til helsetjenesten var avhengig av relasjonen til enkeltpersoner. Fedrene følte trygghet når de opplevde god kjemi med helsepersonellet, og dersom det ble formidlet god fagkompetanse (Solberg & Glavin, 2018).

Dette er også funnet i studien til Hrybanova et al. (2019), hvor fedrene fant det støttende at helsesykepleieren viste kompetanse i måten denne så behovene til hele familien. Det ble

funnet at helsesykepleieren da samhandlet med barnet, og var sensitiv i måten helsesykepleieren kommuniserte med foreldrene. Fedrene satte også pris at deres beslutninger ble respektert, som for eksempel det å slutte å amme. Helsesykepleiere med evner som det å være oppmerksom, være rolig, ha kunnskaper innen faget, ble verdsatt av fedrene, som igjen skapte en god relasjon mellom foreldrene og helsesykepleieren. I situasjoner hvor fedrene oppfattet helsesykepleieren som lite engasjert eller entusiastisk, manglet forståelse eller ga feilinformasjon, ble fedrene skuffet. Til tross for dette, fortsatte fedrene å referere til samme helsesykepleier i studien, og fortalte om kompetanse på andre områder som å gi praktiske råd, eller assistere under mer akutte problemer (Hrybanova et al., 2019).

Fägerskiöld (2006) fant at det å ha et tillitsfullt forhold mellom helsesykepleier og far, var et krav for fedrene skulle erfare støtte. Det å ha tillit til helsesykepleieren var viktig, uansett om fedrene var med på helsestasjonen eller ikke. De ville stole på ferdighetene og kunnskapen til helsesykepleieren, i tillegg til at denne viste ro og trygghet. Helsesykepleieren skulle være kompetent i dens måte å støtte foreldrene i deres nye rolle, og i ivaretagelsen av barnet. Fedrene følte seg trygge når helsesykepleieren så på utviklingen hos barnet, og at veksten var normal. Nesten alle deltakere i studien, hadde tro på helsesykepleierens kunnskaper og interesse i barnet og deres familie. Fornøyde fedre, som var på helsestasjonen ofte, uttalte at de kunne spørre om alt, og helsesykepleieren tok seg tid til å svare på alle bekymringer og spørsmål de hadde. De som var mindre fornøyde, hadde ikke tillit til kompetansen eller engasjementet til helsesykepleieren, både til barnet og til dem selv. De som opplevde mangel på kompetanse hos helsesykepleier, hadde forhørt seg med annet helsepersonell. Dersom fedre hadde venner og kollegaer å forhøre seg med, hadde de mindre behov for å ha et tillitsfullt forhold til helsesykepleier. Det var ikke alle fedre som følte at helsesykepleieren hadde tid til å ivareta dem (Fägerskiöld, 2006).

Når det gjaldt fedrenes relasjon til helsesykepleiere i studien til Haaland et al. (2009), hadde de tillit til kunnskapene til helsesykepleieren om barnets helse. De av fedrene som var misfornøyde med møtet med helsestasjonen, oppga at årsaken var ofte bytte av helsesykepleier, da det førte til lite oppfølging og ustabilitet. De ønsket samme helsesykepleier ved alle konsultasjoner (Haaland et al., 2009).

Møtet med helsesykepleier måtte gi en følelse av å være likeverdig. Det å bli spurt om hvordan man har det og å bli lyttet til, ga et inntrykk av at helsesykepleier brydde seg, ifølge en av fedrene i studien til Høgmo et al. (2021). Det var viktig å ha en samtale med helsesykepleier om foreldrenes mentale helse, både mor og far. Det å bli far, var en fantastisk

opplevelse, men fedrene beskrev en uventet emosjonell følelse. Relasjonen til helsesykepleier ble stryket når far erfarte helsepersonell som inkluderte dem, spurte hvordan de hadde det og hørte på hva de hadde å si. Disse følte de kjente «sin» helsesykepleier og at denne brydde seg, noe som igjen ga trygghet og mestringsfølelse i farsrollen. Det å ta vare på forholdet mellom mor og far, var for førstegangsfedrene også en prioritet (Høgmo et al., 2021).

I Finland, hvor de har integrerte svangerskaps- og helsestasjoner, hadde mennene gode erfaringer med å ha oppfølging av samme helsesykepleier hele veien, fra svangerskap til skolestart. De av fedrene som hadde oppfølging hele veien til skolestart, ga bedre utfall i undersøkelsen, enn de som byttet på helsepersonell (Tuominen, Kaljonen, Ahonen & Rautava, 2014).

Holdninger ble debattert ofte i funn fra Salzmann-Erikson og Eriksson (2013), både egne og holdninger de oppfattet fra helsepersonell. Den vanligste beskrivelsen om positive erfaringer, var helsepersonalets omsorg, og når helsepersonellet ga inntrykk av å bry seg. Tilfeller hvor de følte seg usynlige eller de ble snakket forbi av helsepersonell ble også diskutert, og følelsen av at de opplevde at de ikke var i stand til å ta vare på egne barn. Kommentarer eller bemerkninger om hvordan de håndterte barnet, ble oppfattet som en fornærmelse, da det ville vært utenkelig å si noe slikt til mor, bemerkninger kunne være «dette har du gjort før» (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2013).

6.3 Trygghet og støtte i farsrollen

Jeg vil her gi en nærmere beskrivelse av fars erfaringer og opplevelser i støtten de fikk fra helsestasjon og møter med helsesykepleier, og deres behov for trygghet og støtte, som hjelper deres mestring i deres rolle som far.

Deres rolle i møte med helsetjenestene ble beskrevet som for eksempel tilskuer og støttespiller. Det var et behov om å bli sett ut fra en selvstendig rolle overfor barnet. Fedrene følte seg trygg når bekymringene deres ble tatt på alvor, og når deres oppfatning av en situasjon stemte overens med det personalet opplevde (Solberg & Glavin, 2018). De fikk mulighet for å stille egne spørsmål, men ingen spurte fedrene om egen situasjon eller opplevelse. Det kom forslag om egne pappakonsultasjoner, hvor deres egne roller skulle vært tema, samt psykisk helse og hvordan støtte mor (Solberg & Glavin, 2018).

Når det gjaldt rollen som far i studien til Haaland et al. (2009) svarte over halvparten av de spurte, at de ønsket at det skulle formidles kunnskap om foreldrerollen (Haaland et al., 2009).

Studien til Hrybanova et al. (2019), viste at far følte støtte når helsesykepleieren oppmuntret han til å ta pappapermisjon, og ga nødvendig informasjon rundt dette. Fedre fra denne undersøkelsen kunne også føle at noe informasjon gitt ikke var relevant for deres rolle, det manglet dialog mellom far og helsesykepleier. Når de manglet støtte fra helsesykepleier, erfarte fedrene at de ikke ble behandlet på en likeverdig måte sammenlignet med mor. Samtidig ønsket fedrene å få råd fra helsesykepleier hvordan de kunne støtte mor på best mulig måte. Fedrene hadde visse forventninger om grad av støtte fra helsesykepleieren, og de ønsket å bli spurt om hvordan de hadde det, og hva de tenkte om farsrollen. Dette kom også fram i resultatene fra deres svar fra FaPPS skalaen. De ville bli veiledet og observert når de tok vare på barnet når de var i pappapermisjon. Det var et ønske om å få møte helsesykepleieren første uken av deres permisjon, for å diskutere deres rolle som far (Hrybanova et al., 2019).

Når det gjelder støtte i praktiske gjøremål, poengterte fedrene at de hadde like krav som mor, også når det gjaldt råd og veiledning. Støtten gjaldt barnet, og ikke deres egne behov. Dersom foreldrene hadde problemer med amming, ønsket de praktiske råd, ikke bare en brosjyre i hånda, som noen fedre beskrev. Dette ga inntrykket at helsesykepleieren ikke tok deres bekymring på alvor (Fägerskiöld, 2006). Det var også et ønske fra fedrene om at helsesykepleieren skulle huske forholdet mellom mor og far, selv om barnet var den som var grunnen til at de var der. De ville også at det skulle settes mer lys på foreldrenes likeverd i forhold til barnet, til tross for at disse fedrene selv kunne se på mor som hovedforelder. Fedrene kunne tenke at tilbudet er for mødre og barna, og slik være mindre involvert i helsestasjonen. Det ble poengtert at det er ikke det samme som å være mindre engasjert i barnet. Fedrene var veldig dedikerte i omsorgen av sine barn i denne studien (Fägerskiöld, 2006).

Under halvparten av fedrene i studien fra Finland, opplevde støtte rundt egen helse på helsestasjonen, eller støtte rundt sin mentale helse, som ga dårligst utfall i undersøkelsen. De opplevde mindre støtte rundt familielivet og forholdet, mens litt over halvparten var fornøyd med støtten rundt foreldreskapet (Tuominen et al., 2014).

Fedrene i studien til Høgmo et al. (2021) snakket om endringer i farsrollen i forhold til generasjonen før dem, hvor man i dag anser fedrene foreldreskap som et samarbeid. De ønsker å være aktiv og til stede i barnets liv fra starten. Det å ikke kunne delta på

konsultasjoner ble beskrevet som om mor hadde monopol på barnets helse og utvikling, av fedre hos Høgmo et al. (2021). Mer informasjon, kunnskap og veiledning rundt barnets utvikling, vekst og helse, var nært koblet til fedrenes trygghetsfølelse når de var alene med barnet. Det gjorde også at de følte seg inkludert av helsesykepleier, og føle seg likeverdig som omsorgsgiver. Hjemmebesøk fra helsesykepleier var også en positiv opplevelse, som ga økt trygghet de første dagene etter de var kommet hjem fra sykehuset. En far fortalte om trygghet når besøket var på deres egen hjemmebane, det å kunne stille spørsmål var enklere. Mens en annen følte det gjorde det lettere kontakte helsesykepleier ved en senere anledning. Det ga også trygghet at helsesykepleieren viste kunnskap, fortalte om hvorfor barnet gjorde forskjellige ting, og hva foreldrene kunne gjøre i ulike tilfeller. Da følte de tillit til at helsesykepleieren ville oppdage og følge opp om noe skulle være galt. En tredje far sa at det å få beskjed om at helsestasjonen var et lavterskel-tilbud, var viktig, da det ga trygghet den første tiden hjemme. Noen var bekymret for barseldepresjon. En far var skuffet over å ikke ha blitt fulgt opp og tilbudt hjelp. Han forsto først han var deprimert når han hørte på samtalen mellom mor og helsesykepleier om emnet. Ingen av fedrene hadde blitt spurt om hvordan de hadde det emosjonelt, eller blitt kartlagt rundt deres mentale helse på helsestasjonen. Noen angret på at de ikke hadde snakket med helsesykepleier om følelser og mental helse (Høgmo et al., 2021).

Ulik kultur og samfunn medførte at fedrene syntes det var en utfordring å oppdra barn, i forskningen til Ny et al. (2008). Det var viktig å som forelder å kunne mestre det nye og ta et standpunkt for hvilke roller og skikker familien skal ha. Det å være en god far innebar å kombinere de ulike verdener for flere. Det å bli far var en stor endring i livet og medførte stort ansvar i barneomsorgen. Det var viktig for deres farsrolle å tilbringe tid med barnet og ha en jobb, også med tanke på integreringen i samfunnet. Kun en far tok opp pappapermisjon og hvordan det spilte en rolle for hans forhold til barnet, da det kunne positivt påvirke samhandlingen og ta permisjon. Alle visste om permisjonsreglene, men de lot mor ta denne. Det ga trygghet at helsepersonell var kunnskapsrike og velinformerte om helsen til mødre som skulle føde. Det å få være en aktiv del av dette, ga en økt respekt for hva mødre gjør gjennom. De sammenlignet tilbudet i Sverige, med det i hjemlandet, og fant at helsetjenesten i Sverige var bedre, noe de var stolte av (Ny et al., 2008).

I studien til Salzmann-Erikson og Eriksson (2013) ble fedrene oppmerksomme på at ordet forelder, ofte var ensbetydende med mor, og forventninger fra samfunnet om kjønnsroller gjorde at de tilpasset sin oppførsel og farsrolle offentlig for å kunne følge forventet norm i

samfunnet. Helsepersonell ble ansett som en troverdig kilde for kunnskap, hvor de adapterte råd de mottok, for å tilpasse seg sin nye rolle som far (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2013).

6.4 Ekspertisen på helsestasjon

Denne delen handler om emner rundt helsestasjonen, og fagkunnskapen som formidles der, selve tilbudet, og hva fedrene ønsket, behov de uttrykte, og erfaringer om støtte fra helsetjenesten.

Samtlige fedre i Solberg og Glavins studie (2018) fortalte om positive møter med helsetjenestene, selv om de følte et utenforskap. De følte seg uforberedt dersom de fikk direkte spørsmål på helsestasjonen, det var vanskelig å svare og stille spørsmål tilbake. Helsestasjonstjenestens oppmerksomhet var rettet mot barnet, ifølge far. Det var positivt med faste program og god struktur. De ønsket konkrete, tydelige svar fra de som jobber der. Internett var hovedkilden til informasjon, deretter mor, familie og venner, og til slutt helsestasjon. Det var et ønske om en informasjonskilde på internett, i regi av helsestasjonen (Solberg & Glavin, 2018).

Det samme kom fram i studien til Hrybanova et al. (2019), hvor fedre følte seg støttet når de fikk nødvendig informasjon, praktiske råd og ble beroliget. De ønsket konkrete svar og råd rundt for eksempel amming og søvn. Fedrene som opplevde dette, følte at helsesykepleieren fikk dem til å føle seg kapable og trygge til å håndtere problemer. Fedrene følte seg inkludert når helsesykepleier tok dem med i samtalen på helsestasjonen, og fikk praktiske oppgaver der som å kle på barnet etter målinger. Dette ga de følelse av støtte. Det kom også fram at mor fikk ofte mer støtte, noen fedre anså dette som negativt, mens andre likevel følte seg inkludert og viktig. Noen fedre så på det som normalt, fordi mor trengte mer støtte enn dem selv. I resultatene i den deduktive analysen til Hrybanova et al. (2019), hvor fedrene skulle gradere på FaPPS skalaen (som dekket emosjonelle aspekter, graden av profesjonell støtte og informasjon fra helsesykepleier/helsestasjon) viste denne at fedrene ønsker økt støtte. Dette sammenfaller med resultatene fra intervjuene. Fedrene fant helsesykepleieren sensitiv, forståelsesfull og rolig, og ga tilfredsstillende svar på spørsmål. Dette gjorde fedrene selvsikker og beroliget (Hrybanova et al., 2019).

Foreldrene hadde stor tillit til helsestasjonen, de følte seg velkommen og var fornøyde med hvordan de ble møtt. De stolte på anbefalinger som ble gitt, og at eventuell unormal utvikling hos barnet ble oppdaget i brukerundersøkelsen til Haaland et al. (2009). Mange av fedrene

mente at personalet ved helsestasjonen ville lytte til dem, og de fikk god informasjon om barnet helse (Haaland et al., 2009).

Når det gjaldt fedrenes erfaringer med helsestasjonen i studien til Hallberg et al. (2010), var det vanligste oppgavene på en helsestasjon, naturlig nok, målinger av barnet, helsesjekker og vaksineringer. De snakket oftest med helsesykepleieren om barnets utvikling, ernæring, ulykker, og viktigheten av motorisk bevegelse og leking. Fedrene ble spurt om å gradere helsestasjonen på en skala fra 1-5, hvor 1 var dårlig og 5 best. De fleste ga karakteren 4/5. Det var viktig for dem å føle seg velkommen, og få forklaringer på spørsmål og bekymringer de hadde. De som opplevde dette, følte at personalet hørte på dem, og de kunne spørre om alt og få svar. De som hadde en dårligere opplevelse og rangerte helsestasjonen mellom 1-3, svarte at de byttet ofte helsesykepleiere, fikk vage svar på spørsmål, dårlig kompetanse hos helsesykepleieren, og at de følte seg ignorert som far (Hallberg et al., 2010).

Far kunne tenke at helsestasjonen var mors domene, men det betydde ikke at far var deltakende. Hvis far ikke kunne bli med på helsestasjonen, kunne han og mor diskutere saker som skulle tas opp, på denne måten ble han også involvert i kontakten med helsestasjonen.

Det kom fram kun i denne artikkelen om relevansen rundt kjønn hos helsesykepleier, og i denne studien var det mindre viktig om denne var mann eller kvinne. Men, fedrene fant det lettere å snakke med kvinner, selv om de aldri hadde hatt en mannlig helsesykepleier. Fedrene forventet at helsesykepleieren hadde kunnskap, og erfaring i å kunne veilede og gi råd rundt alt som omhandlet spedbarnet. Klare og enkle svar var foretrukket. Men dette var det ikke alle som opplevde. Noen erfarte at de ble gitt irrelevant informasjon, og da brukte de logisk tankegang, og var kritisk til alle opplysninger fra deres helsesykepleier. Hvis hun eller han ikke kunne svare, forventet fedrene at de skulle finne ut av det, og komme tilbake til dem med svar. Fedrene satte stor pris på å få informasjon om forventet utvikling fra måned til måned, samt de praktiske aktivitetene som målinger regelmessig som skjer på helsestasjonen var viktig. Det var forventet at helsesykepleier henviste videre ved behov (Fägerskiöld, 2006).

Informasjon fra helsepersonell, og det at de tok seg tid til å svare basert på kvinnenes individuelle behov, var viktig for mennene i artikkelen til Ny et al. (2008). Flere deltakere i denne studien fortalte at for mye informasjon, eller å bli fortalt hva som kan gå galt førte til angst. Men praktiske råd fra helsesykepleier var essensielt, rettet mot mor. Når det gjaldt råd gitt ved svenske helsestasjoner, ble disse sammenlignet med råd og erfaringer fra hjemlandet. Rådene ble vanligvis gitt av familie, og baserte seg mye på tradisjoner. Dersom rådene gitt fra helsetjenesten ikke samsvarte med familiens, ble kompromisser gjort. Og selv om enkelte råd

gitt fra helsepersonell ble sett på som litt rare, ble de godtatt så lenge de ble forklart, som for eksempel tilskudd av D-vitamin (Ny et al., 2008).

Mennene var godt fornøyde med ekspertisen til helsepersonellet ved helsestasjonen, de erfarte god oppfølging av barnet, og opplevde støtte når de stilte spørsmål om barnets helse. De var mer fornøyde med støtten mor fikk, enn hva de selv opplevde (Tuominen et al., 2014).

Internettforumet hvor fedrene diskuterte erfaringer med helsetjenester til barn, var et av hovedtemaene råd. Helsestasjonen ga verdifulle råd til foreldrene om for eksempel ernæring, vekst, sykdom og andre utviklingstrinn hos barnet. De brukte helsestasjonens ekspertise til å bli betrygget, eller for å få bekreftelser. De anså råd gitt fra helsepersonell som troverdige, det var de som hadde ekspertisen. Gjennom å innlemme rådene de fikk fra helsepersonell, kunne de lettere legge til rette deres nye rytme i foreldrerollen. De brukte helsestasjonen for å bli beroliget rundt bekymringer. De delte også mange råd de fikk fra helsestasjoner og helsepersonell videre til andre i forumet (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2013).

7 Drøfting

Peters et al. (2015) skriver i deres veiledning for å utføre en scoping review, at i diskusjonsdelen skal resultatene fra din scoping review drøftes. Man skal også ta med begrensninger fra kildene. Resultatene drøftes opp mot teori, praksis og prosedyre (Peters et al., 2015). Jeg har valgt å drøfte resultatene slik de ble fremstilt i foregående kapittel etter temaene; *Er tilbudet for oss?*, *relasjon til helsesykepleieren*, *støtte i farsrollen*, og *ekspertisen på helsestasjonen*. Ved hjelp av resultatene presentert fra forrige kapittel og utvalgt teori vil jeg belyse forskerspørsmålet mitt om fedres erfaringer fra helsestasjonen.

7.1 Er tilbudet for oss?

Helsepersonell arbeider med mennesker og i lys av å jobbe med kvalitetsforbedring, er det å høre og se hva brukere anser som viktig for dem, en stor del av arbeidet. Det å få tak i hva fars behov og erfaringer er og skiller de seg fra mødrenes behov og erfaringer, er en del av den kunnskapsbaserte praksisen for helsesykepleiere. Dette kan være med på å skape en sterk relasjon slik at fedrene skal føle like sterk rett til å bruke lavterskeltilbudet som helsestasjonen er og skal være (Helsedirektoratet, 2017a). En fars rett til å medvirke og det at tilbudet skal

bygges opp i samarbeide med bruker så langt det går, er også nedfestet i lov om brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette forutsetter også at far blir gjort oppmerksom på hans rettigheter, og han bør få informasjon om lavterskel-tilbudet helsestasjonen. Dette samsvarer ikke med hva fedrene deler av erfaringer fra studiene til studiene til Salzman-Erikson og Eriksson (2013) og Høgmo et al. (2021) hvor fedrene opplever at det ikke er forventet at de skal møte opp på konsultasjoner, og heller delta når mor ikke kan. Det kom frem i nesten samtlige studier at det var en varierende grad av deltakelse fra fedre, i noen av tilfellene var det på grunn av usikkerhet rundt tilbudet, og i mange var det vanskeligheter med tilrettelegging med jobb (Fägerskiöld, 2006; Hallberg et al., 2010; Hrybanova et al., 2019; Høgmo et al., 2021; Haaland et al., 2009; Salzman-Erikson & Eriksson, 2013; Solberg & Glavin, 2018; Wells, 2016). Helsestasjonen ble sett på som et kvinnesamfunn, og lite involvering fra helsesykepleier gjorde ofte at fedrene følte seg ekskludert, og det var en sårhet i dette.

Jeg vet fra egen praksis at det blir gitt mye informasjon på hjemmebesøket, og første konsultasjon på helsestasjonen. Noe som samsvarer med retningslinjene fra helsedirektoratet. Hjemmebesøket er viktig i å skape tillit og fremtidig samarbeid med foreldrene (Helsedirektoratet, 2019a; Hjälmhult, 2016). Helsesykepleiere burde derfor tilstrebe at fedrene blir invitert med mor helt fra starten, slik at man sikrer at far får blitt kjent med helsetjenesten og helsesykepleier, på lik måte som mor. Det kom også fram som et ønske fra fedrene i studiene til Høgmo et al. (2021) og Solberg og Glavin (2018), at far ville bli invitert til konsultasjoner av helsesykepleier. Forskningen til Haaland et al. (2009) viste at rundt 60% av fedrene var til stede under hjemmebesøk, og rundt 40% hadde stor nyttegrad av tilbudet. Dette kan antyde at det er et forbedringspotensialer, ettersom ikke alle fedrene hadde et stort utbytte av det. Det er anbefalt at hjemmebesøket skal skje innen 7-10 dager etter foreldrene har kommet hjem, og da er som regel far enda i omsorgspermisjonen han har krav på i to uker ved fødsel (Arbeidsmiljøloven, 2005; Arbeidstilsynet, u.å.). Dette står i motsetning til hva en far opplevde, når hjemmebesøket ble planlagt etter at han hadde begynt i arbeid igjen, som ga han følelsen av ekskludering (Høgmo et al., 2021).

Det er viktig å tilpasse tilbudet etter hva bruker ønsker for å sikre brukermedvirkning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2017b). Flere av studiene viste at fedrene var usikre på om tjenesten var for dem (Fägerskiöld, 2006; Høgmo et al., 2021; Solberg & Glavin, 2018; Wells, 2016), de tenkte primært at dette var et tilbud til mor-barn. Dette kan tyde på at kunnskapsgrunnet er for lite og at man bør jobbe aktivt, gjerne i samarbeid med andre tjenester som jordmor, for å formidle hva tjenesten går ut på og for hvem tilbudet er.

Flere uttrykte et ønske om et bedre kunnskapsgrunnlag av hva helsetjenesten kan tilby før deres første møte. Flere skulle gjerne sett at helsesykepleier la til rette for at han også kunne delta etter egne behov (Høgmo et al., 2021). Åpningstider som ikke passet fedrene, som oftest på grunn av jobb, kom fra i studiene til mange (Hallberg et al., 2010; Hrybanova et al., 2019; Høgmo et al., 2021; Wells, 2016). Ifølge retningslinjene til helsestasjon- og skolehelsetjenesten, skal åpningstider tilrettelegges målgruppen, slik at man sikrer tilgjengelighet (Helsedirektoratet, 2019a). Helsestasjonen skal også virke forebyggende og helsefremmende, og være foreldrestøttende (Lindberg & Hvatum, 2016). Dersom helsesykepleiere skal være til støtte for begge foreldrene, bør man sikre at far er klar over at tilbudet er for han og tilpasse for fars deltakelse der det er mulig.

Brukermedvirkning sikrer at brukere har rett til å medvirke. Og at tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Ifølge helsedirektoratet sikrer brukermedvirkning en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Det innebærer at brukeren ansees som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hennes eller hans problem (Helsedirektoratet, 2017a). Ut ifra et brukerperspektiv kan helsestasjonen endre åpningstider enkelte dager, dette for å tilpasse helsestasjonens tilbud til brukerne. Helsestasjonen kan også tilby egne grupper for fedre (Helsedirektoratet, 2019b). Erfaringene til fedrene viste at de var usikre på om gruppetilbudet fra helsestasjonen var for dem. Tidspunktet for gruppene var også ikke tilrettelagt for deres deltakelse. Alle ønsket seg egne grupper utenfor arbeidstiden, hvor de kunne diskutere problemer og bekymringer rundt farsrollen. De ønsket å høre fra andre fedre om deres erfaringer, for å kunne lære av dem (Fägerskiöld, 2006; Hallberg et al., 2010; Hrybanova et al., 2019; Høgmo et al., 2021; Ny et al., 2008; Solberg & Glavin, 2018; Wells, 2016). Brukerundersøkelsen til Haaland et al. (2009) fant at fedrene foretrakk individuelle konsultasjoner framfor grupper når de ble spurt. Men på den aktuelle helsestasjonen hadde de ikke tilbud om egne pappagrupper. Gruppetilbudet bør tilpasses etter hva som er behovene til brukerne. Det kommer fram at deltakerne fra de ulike studiene ønsket andre tidspunkt for grupper enn på dagtid. Grupper var et sted de kunne dele erfaringer og lære fra hverandre. De som hadde hatt en mannlig gruppeleder, delte gode erfaringer fra dette tilbudet (Fägerskiöld, 2006). Fedrene i studien til Ny et al. (2008) at ut fra deres erfaring, ønsket tilpasninger med hensyn til språket, når de deltok i grupper. Dette samsvarer med hva retningslinjene til helsedirektoratet hvor det står at grupper skal blant annet være et sted hvor foreldre kan dele erfaringer og støtte hverandre. Formålet er å få innsikt og mestre foreldrerollen og bør tilpasses brukernes behov, språkbarrierer og lokale forhold (Helsedirektoratet, 2019b).

Arbeidslivet har en nøkkelrolle når det gjelder et likeverdig foreldreskap, og arbeidslivet må akseptere at menn har ansvar i barneomsorgen (Barne- og familiedepartementet, 2009). Når denne stortingsmeldingen ble skrevet i 2009 var fedrekvoten mindre enn i dag, men det langsiktige målet var da 14 uker. Den er i dag på opptil 19 uker (NAV, 2012). Når fedrekvoten ble innført var det med et incentiv om at det skulle økte fars deltakelse i barneomsorgen dets første leveår (Barne- og familiedepartementet, 2005). Man ser at etterhvert som fedrekvoten har økt, har også fedrene som har tatt ut sin del av kvoten økt i takt med den (NAV, 2020). En større andel av fedrene tar altså ut sin pappakvote for å være hjemme med barnet. Ut fra disse tallene vil man kunne anta at andelen fedre som kommer til helsestasjonen, naturlig vil øke når det er far som er i permisjon. Derfor er det viktig å vite hva far har av erfaringer og forventninger til helsetjenestene, for å sikre brukermedvirkning og tilstrebe en kunnskapsbasert praksis i helsetilbudet. Studiene til spesielt Høgmo et al. (2021) og Solberg og Glavin (2018) viser at fedrene ønsker en aktiv rolle og mer informasjon om tilbudet. Graden av involvering og inkludering var i samtlige studier av varierende grad. Det var på en side ikke forventet (Høgmo et al., 2021), eller når de deltok gikk ofte oppmerksomheten mot mor. De følte seg ikke inkludert eller involvert (Fägerskiöld, 2006; Salzmann-Erikson & Eriksson, 2013; Solberg & Glavin, 2018; Wells, 2016). Helseesykepleiere bør være klar over at fedrene føler det slik og at det foreligger en grad av sårbarhet i dette. Helsestasjonens mål er blant annet at foreldrene skal oppleve mestring i deres rolle, fremme samspill mellom barn og foreldre, samt fremme fysisk og psykisk helse, både hos barnet og foreldrene (Helsedirektoratet, 2019a). Helsestasjonen skal være opptatt av den enkelte families behov, og brukermedvirkning eller empowerment er sentralt (Lindberg & Hvatum, 2016). Når vi nå har sett at fedrene er utenfor, og det til og med er forventet, bør helsestasjonen arbeide for at fedrene skal føle seg som en likeverdig part. Dersom helseesykepleieren skal arbeide med å styrke far og hans følelse av mestring, empowerment, bør også tilbudet tilpasses fars behov og man bør sikre at informasjon om tilbudet når frem til fedrene.

7.2 Relasjon til helseesykepleieren

Det er viktig å etablere en tillitsfull relasjon med foreldrene og helsepersonellet ettersom helsestasjonen skal være en arena som føles trygg. Den skal være et sted hvor man kan ta opp utfordringer og det man eventuelt sliter med i hverdagen, slik at man sammen kan finne nye veier for utvikling og vekst. Helseesykepleieren bør ha evnen til å justere seg etter den enkelte familie og være engasjert og lyttende, for på denne måten tilby en trygg og

utviklingsfremmende relasjon, samtidig som informasjon blir gitt. Målet er å komme i en posisjon hvor helsesykepleieren kan støtte foreldrene i å fremme barnets psykiske og fysiske helse. For mange er helsestasjonen en tjeneste hvor foreldre kan henvende seg for å få nødvendig hjelp og veiledning. Helsestasjonen er opptatt av den enkelte families behov, og brukermedvirkning eller empowerment er sentralt (Lindberg & Hvatum, 2016). Dette samsvarer med studiene til Hrybanova et al. (2019) og Fägerskiöld (2006) hvor det gikk fram at de følte seg ivaretatt som familie, og helsesykepleieren så dem. Fedrene som var fornøyde følte de kunne spørre om alle typer bekymringer, og helsesykepleieren tok seg tid til å svare. Resultatene fra disse studiene, kan muligens kobles opp mot den tidligere forskningen fra Finland på familiens dynamikk og støtte fra helsesykepleier. Denne viste at helsetjenesten burde gå fra å kun se barnet til å se hele familien (Hakulinen et al., 1999). Når hele familien ble støttet fra helsetjenesten, kunne dette føre til en opprettholdelse eller det hjalp til å skape en positiv dynamikk i familier. Dette anser jeg som en mulighet for overføring til familier nå også. Når fedrene erfarte ivaretagelse og følelsen av å bli sett, var de fornøyde med tjenesten. Dette kan igjen føre til at han føler en god støtte i familielivet, som gjør han tryggere i hans rolle.

Helsestasjonen skal via sin helsefremmende og forebyggende virksomhet, hvor veiledning og rådgivning er sentralt, sette søkelys på metoder og prosesser som gjør foreldre i stand til å påvirke egen helse, trivsel og mestring. Refleksjon og handling er ønskemål, som samtidig ikke er moraliserende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Moraliserende holdninger fra helsepersonell ble tatt opp i to studier, hvor det kom fram at fedrene følte de fikk en «pekefinger» mot seg og kommentarer som ble oppfattet som kritikk eller sårende fra fars side (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2013; Solberg & Glavin, 2018). Helsepersonelloven sier at helsepersonell skal utøve sitt arbeid i henhold til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 2019). Ut ifra dette kan man si at det er forventet at helsepersonell bør møte brukere av helsestasjonen med respekt, og et ønske om å skape tillit og en relasjon for videre samarbeid, som i de fleste tilfeller går over flere år. På den andre siden, kan det hende at det ikke var meningen å være moraliserende, eller komme med en «pekefinger», som det ble nevnt i studien. Men helsesykepleiere bør være klar over at kommentarer kan virke sårende, eller skape irritasjon. Som hos Salzmann-Erikson og Eriksson (2013), hvor kommentarer som «jeg ser du har gjort det der før», ikke ble tatt godt imot, da det fikk fedre til å føle seg som mindre likeverdige i forhold til mor. Helsesykepleiere bør alltid ha en tillitsvekkende holdning, slik at man sikrer et godt samarbeid med brukerne av

helsestasjonen. Et mål med helsestasjonen er jo at foreldrene skal oppleve og erfare støtte, for å kunne føle mestring i foreldrerollen, som er avgjørende for barnets utvikling og trivsel. Dersom fedrene ikke opplever å ha en god relasjon til helsesykepleieren, kan dette medføre at far ikke henvender seg til helsetjenesten dersom han har bekymringer rundt barnets helse, eller egen helse. Det helsefremmede arbeidet som utføres av helsesykepleiere kan fremme prosesser som styrker beskyttelsesfaktorer som fører til god helse (Antonovsky, 2012; Garsjø, 2018). Derfor mener jeg det er viktig at far har gode erfaringer og opplevelser fra helsestasjonen, og man ser da hvor viktig relasjonen til helsesykepleier er.

I helsestasjonsarbeidet rundt brukermedvirkning, handler det om å sørge for at brukerne som søker støtte, de ønsker respekt og motta hjelp, får det på egne premisser. Det å bruke aktiv lytting, og gi en tydelig respons, kan bidra til mer meningsfull dialog mellom helsepersonell og bruker. Verdt å tenke over her, er at det kan ha en positiv innvirkning i tilfeller hvor man må gjøre upopulære beslutninger, som går på tvers av hva fokuspersonen måtte ønske. Dette kan være for eksempel å melde en sak til barnevernet (Frank, 2016). Brukermedvirkning sikrer brukerens rett til å medvirke i eget liv, og tjenestene plikter å involvere brukeren (Helsedirektoratet, 2017a). Empowerment bygger på tre prinsipper i helsefremmende arbeid som er maktomfordeling, medvirkning og anerkjennelse av brukers kompetanse på seg selv (WHO, 1986). Når helsepersonell hjelper brukeren i prosessen empowerment, har brukeren tillit til helsepersonellet. Tillit er en forutsetning for relasjon mellom bruker og helsepersonell, og den kan være spontan og fortjent. Når brukeren tar kontakt med helsetjenesten er det å inneha tillit til at brukeren skal få hjelp. Denne tilliten må vise seg verdig, med å imøtekomme brukeren, og ivareta behov brukeren har (Slettebø, 2012; Tveiten, 2016). Tillitsforholdet mellom bruker/pasient og helse- og omsorgstjenesten er også nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Flere av studiene viste en stor tillit til helsesykepleier, og dens kunnskap. Tilliten til helsetjenesten var koblet til enkeltpersoner og relasjonen mellom far og helsesykepleier. Det var støttende når hele familien ble sett og ivaretatt, og foreldrene ble sett på som likeverdige. De foretrakk helsesykepleiere som viste ro, kunnskap, omsorg og var oppmerksomme (Fägerskiöld, 2006; Hrybanova et al., 2019; Høgmo et al., 2021; Haaland et al., 2009; Salzmann-Erikson & Eriksson, 2013; Solberg & Glavin, 2018). Samtidig viste samme studie (Fägerskiöld, 2006) at far var avhengig av å ha et tillitsforhold til helsesykepleier, for at fedre skulle erfare støtte. Og det var noen av fedrene i studien som var skuffet over kompetansen og engasjementet til helsesykepleier, dermed mistet de tillit, og var mindre fornøyde med tjenesten. Hos Høgmo et al. (2021) kom det fram at relasjonen mellom helsesykepleier og far måtte gi en følelse av likeverd mellom partene. Og de følte seg

som likeverdige parter når de ble inkludert, at de kjente «sin» helsesykepleier, ga dem igjen en mestringsfølelse i farsrollen.

Det er intet krav om kontinuitet når det gjelder oppfølging fra samme helsesykepleier, ifølge retningslinjene til helsedirektoratet (2019a). Men ettersom helsesykepleier skal følge opp barn fra fødsel til skolestart, og kanskje videre via skolehelsetjenesten (Viljugrein & Lindboe, 2016), er det nærliggende å tenke at det beste for begge parter, og for tillitsforholdet dem imellom at foreldre og barn møter samme helsesykepleier hver gang de møter på helsestasjonen. I veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet (2004) står helhetsperspektivet sterkt, hvor familiens opplevelse av helhet i tjenestene, med kontinuitet, oversikt og tilgjengelighet er sentralt. Kontinuitet i oppfølgingen, det å ha samme helsesykepleier som kjenner familien, ga gode erfaringer til fedrene i Finske helsestasjoner (Tuominen et al., 2014). Det samme gjaldt brukerundersøkelsen til Haaland et al. (2009), hvor de ønsket seg samme helsesykepleier når de hadde konsultasjoner på helsestasjonen. De var misfornøyde når de måtte bytte helsepersonell ofte. Det kan tenkes da at tillitsforholdet ligger til grunn, og jeg vet fra eget arbeid og praksis, at det er enklere for foreldrene når helsesykepleier kjenner familien, og slik ikke trenger forklare, eller oppleve at allerede gjennomgåtte temaer blir tatt opp igjen og igjen. Det å skape en tillitsfull relasjon er også noe jeg streber etter i eget arbeide nettopp for å støtte foreldrene, men også for å sikre at de tar kontakt med helsestasjonen dersom de har noen bekymringer eller problemer.

7.3 Trygghet og støtte i farsrollen

Mennesker fødes inn i en kultur og et samfunn, og gjennom sosialiseringprosessen lærer vi hvordan vi skal oppføre oss, og opptre i relasjon til andre og strukturen rundt oss. Vi har alle hver vår forståelse av hvordan ulike fenomener skal forstås, og de fleste av oss ønsker å passe inn og ikke bryte gitte normer og regler. Det har skjedd en endring siden våre besteforeldre var unge, og vi velger nå hva som er våre verdier og hvordan vi ønsker å leve (Garsjø, 2018). Det begynner å bli en stund siden det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret begynte å endre seg i Norge, og likestillingspolitikken som vokste opp i etterkant medførte at far gikk fra å være hovedforsørger for familien, til en engasjert far som tar sin del av den faglige barneomsorgen, i likhet med mor (Leira, 2012; Oftung, 2012). Det er en utfordring å kombinere jobb og familieliv, både for mor og far, men far har andre tilpasninger å gjøre enn mødrene. Dette kan være på grunn av holdninger i samfunnet, kultur og tradisjoner. Økt bruk av permisjon blant fedre, vil styrke farsrollen, og endre tilpasninger far gjør i arbeidslivet når de får barn (Barne-

og familiedepartementet, 2009). Forskningen til Hrybanova et al. (2019) viste at fedrene ville at helsesykepleier skulle observere dem når de tok vare på barnet, og de ønsket et møte på helsestasjonen i løpet av deres første uke i permisjon, slik at farsrollen kunne bli tatt opp, hva den innebar. Grad av tilpasninger kom fram i studien til Salzmann-Erikson og Eriksson (2013), som viste hvordan fedrene ble oppmerksomme på ordet forelder, som ofte var ensbetydende med mor. Og forventninger fra samfunnet om kjønnsroller, som gjorde at de tilpasset hvordan de skulle føre seg offentlig.

Forskningen til Fåggerskiöld (2006) viste at likeverd var viktig, det var et ønske om å bli sett på som lik i barneomsorgen, samtidig så disse fedrene på mor som hoved-forelder. Behovet for å ha en selvstendig rolle ovenfor barnet, var også tema hos Solberg og Glavin (2018) og Hrybanova et al. (2019). De ønsket støtte i deres nye rolle som far, samtidig som de ønsket veiledning på hvordan de best kunne støtte mor. Mennene ønsket likeverd, men opplevde samtidig at mor ble ansett som å være hoved-forelder, både av dem selv, og fra samfunnet generelt. Et ønske om å ha en selvstendig rolle i omsorgen av barnet og en formidling av kunnskap rundt farsrollen (Haaland et al., 2009), kan tyde på en grad av usikkerhet fra fedrene. Tidligere forskning viser at fedrene har en mindre synlig avklaring av hva farsrollen innebærer (Cabrera et al., 2000). Dette vises også i den tidligere forskningen, litteraturstudien til Nyström og Öhring (2004) hvor noen fedre manglet rollemodell og uttrykte forvirring rundt manglende retningslinjer. Noen hadde også mindre tillit til egen evne i omsorgen av barnet, og følelsen av stress økte når barnet var rundt fire måneder. Det var en sårbarhet å være «nest-best» etter mor (Nyström & Öhring, 2004). Veiledning fra helsesykepleier i deres rolle som far, for eksempel informasjon om utviklingstrinn hos spedbarnet og viktigheten av samspill med barnet kan være med å styrke deres rolle, og gi en gevinst for hele familien.

Det første møtet mellom helsesykepleier og foreldre skjer oftest på hjemmebesøket. Dette er en tid preget av glede og bekymringer, og foreldrene har et behov for støtte i denne perioden (Glavin, 2016). Hjälmhult (2016) viser til en doktorgradsavhandling av Olander (2003) når hun skriver at dersom helsesykepleier klarer å etablere en likeverdig relasjon, gir dette et godt grunnlag for tillit og videre samarbeid (Hjälmhult, 2016). Det at helsesykepleiere kommer hjem til foreldrenes arena innebærer en mer likeverdig relasjon, foreldrene er tryggere i egne omgivelser. Dersom helsesykepleier klarer å etablere en likeverdig relasjon, gir dette et godt grunnlag for tillit og et videre samarbeid. Når helsesykepleier og foreldre har en god relasjon, kan dette gi en positiv innstilling hos mor og far til hva helsesykepleier har å gi av råd og veiledning (Hjälmhult, 2016). I forskningen til Høgmo et al. (2021) var hjemmebesøk en positiv opplevelse, som ga økt trygghet den første tiden. Det var enklere å stille spørsmål til

helsesykepleier på egen arena. Helsestasjonen var et lav-terskel tilbud, og gjorde det lettere kontakte helsesykepleier ved behov. Dette antyder at det er viktig at helsesykepleier når denne avtaler hjemmebesøk, kommuniserer hvor viktig det er at begge foreldrene er til stede.

Spesielt når vi vet hvor viktig det første møtet mellom partene er.

Mange fedre ser på farsrollen som å være deltakende og aktiv i barnets liv, og ønsker være med (Nyström & Öhrling, 2004). Tidligere i drøftingen om fars erfaringer så man at han uttrykte usikkerhet rundt tjenestetilbudet og lurte på om det er for han. Dette kan tyde på at dersom helsesykepleieren endrer praksis og streber etter å invitere far med på hjemmebesøk og på konsultasjoner ved helsestasjonen, kan dette gi en følelse av involvering og trygghet hos far, som man sterkt kan anta vil være positivt for barnet og hele familien. Dersom far føler seg ønsket og han blir involvert fra starten, kan dette også skape et godt utgangspunkt for det videre samarbeidet mellom foreldrene og helsestasjonen.

Det helsefremmede arbeidet på innebærer å fremme prosesser og styrke beskyttelsesfaktorer som fører til god helse (Garsjø, 2018), og helsestasjonen kan via sitt veiledende virke bidra til vekst og utvikling og en mestringskompetanse hos brukerne (Tveiten, 2019). Empowerment er nært koblet opp mot det helsefremmende arbeidet. Det handler om å oppleve kontroll over det i livet ditt som gir deg økt livskvalitet (Tengland, 2012). Helsesykepleieren kan med sin fagkompetanse, og veiledning bidra til å stryke far i hans rolle, og hjelpe han med opplevelsen av mestring. Det at foreldrene skal oppleve mestring i foreldrerollen, kan ha betydning for deres evne til å yte omsorg for barnet, som igjen er avgjørende for barnets trivsel og utvikling. (Lindberg & Hvatum, 2016). Opplevelsen av å ha god helse, innebærer ikke bare fysisk helse, men også psykisk velbefinnende. Vi tilstreber alle å ha en så god helse som mulig. For helsesykepleieren vil dette si at vi må se hele mennesket, og hjelpe så godt vi kan i prosessen. Helsesykepleiere bør finne ut av hvilke behov far har, hva man kan gjøre for å styrke hans rolle som far, dersom det er det han trenger. Fedre ønsket støtte i praktiske gjøremål (Fägerskiöld, 2006), og de ønsket råd og veiledning på lik linje med mor. Høgmo et al. (2021) viste at far ønsket mer informasjon, kunnskap og veiledning rundt barnets utvikling, vekst og helse. Dette bidro til at deres trygghetsfølelse økte når de var alene med barnet. Det ga og en følelse av likeverdig omsorgsgiver, og inkludering fra helsesykepleiers side. Fedrene stilte barnet først, og de var ikke så opptatt av egne behov i studien til Fägerskiöld (2006). Men de i andre studier ønsket mer støtte, særlig rundt mental helse (Tuominen et al., 2014). Det var ingen som hadde spurt fedrene hva deres opplevelse var, eller om egen situasjon (Solberg & Glavin, 2018). Slik som faren som først oppdaget at han var deprimert, når han hørte på samtalen mellom mor og helsesykepleier. Ingen hadde blitt kartlagt i mental helse eller blitt

spurt om hvordan de hadde det emosjonelt i studien til Høgmo et al. (2021). Dette samsvarer med tidligere forskning på fars mentale helse hvor man ser at depresjon er underdiagnostisert hos fedre, det er manglende kartlegging av dem (Musser et al., 2013). Vi vet at fedrene er viktige i barnets utvikling og trivsel. Samspillerfaringer for barnet skjer fra begge foreldre, og dets tilknytning skjer med deres primære omsorgspersoner (Kvillo, 2015; Skjøthaug, 2016).

Tidligere forskning viser også at fedrenes involvering og engasjement hadde en positiv påvirkning på barnets atferd, sosialt, psykologisk og kognitivt (Sarkadi et al., 2008). Det kommer tydelig frem i disse ulike studiene at far erfarer lite støtte rundt sin mentale helse fra helsetjenesten. Helseesykepleiere bør være oppmerksom på dette og kartlegge fedre på lik linje med mor. Særlig når man vet at deprimerte foreldre er med på å øke risikofaktorer i barns oppvekst, som kan øke sårbarheten for psykiske lidelser og kan igjen skape skjevutvikling hos barnet (Skjøthaug, 2016).

7.4 Ekspertisen på helsestasjonen

Helsestasjonstilbudet er som tidligere nevnt nedfelt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Helsestasjonsprogrammet 0-5 år gir en oppsummering over anbefalte konsultasjoner og tema som kan tas opp under de ulike konsultasjoner, med tilpasset anbefalt foreldreveiledning, helseopplysning, helseundersøkelser og vaksiner som skal gis. Det skal tas utgangspunkt i tema foreldrene ønsker ta opp (Helsedirektoratet, 2019a). Ifølge statistisk sentralbyrå hadde 98,2% av alle barn rundt 8. leveuke vært på helsekontroll, og 90,4% av alle barn rundt 4 år hadde vært på helsekontroll på helsestasjon i 2020 (SSB, 2021). Dette viser at tilbudet brukes av de fleste barnefamilier i Norge. De fleste studiene viste at fedrene hadde gode erfaringer med ekspertisen på helsestasjonen. De satte pris på informasjon om barnets utvikling og vekst, og stolte på anbefalinger som ble gitt. De foretrakk konkrete svar, og praktiske råd, og likte den faste strukturen under konsultasjoner. Erfaringene til fedrene tyder på at måten helsestasjonens struktur og dens faste program treffer fedrene bra. Det kommer frem i flere studier at de setter pris på at helseesykepleier informerer og veileder far, og foreldrene, i de ulike utviklingstrinn barn går gjennom (Fägerskiöld, 2006; Hallberg et al., 2010; Hrybanova et al., 2019; Haaland et al., 2009; Ny et al., 2008; Solberg & Glavin, 2018; Tuominen et al., 2014). Dette samsvarer med når det gode kunnskapsgrunnlaget helsestasjonen og helseesykepleier innehar blir formidlet, dannes tillit. Dersom brukermedvirkning og makten blir omfordelt fra helseesykepleier til fedrene, kan far oppleve en mestringskompetanse. Far

blir gitt kunnskap og informasjon som gjør han bedre i stand til å mestre ulike situasjoner. Helsestasjonens og helsesykepleierens kunnskapsgrunnlag er viktig for å danne tillit, for på den måten kan tjenestetilbudet praktisere en tilnærming som er basert på empowerment (Hanssen-Bauer, 2014; Tveiten, 2016). Dette kan forstås, som tidligere vist, at når fedrene opplever tillit til kunnskapen helsesykepleier innehar og deler denne med fedrene, så man øker følelsen av støtte og trygghet hos fedre, og man kan tenke at fedrene kommer styrket ut av interaksjonen med helsetjenesten. På den andre siden var det ikke alle som opplevde tillit til kunnskapen på helsestasjonen. Fedrene opplevde da at helsesykepleier ga vage svar (Hallberg et al., 2010), eller informasjon de ikke så på som nødvendig (Fägerskiöld, 2006). Det å innhente kunnskap fra retningslinjer eller andre kollegaer, for eksempel, bør helsepersonell strebe etter, spesielt om man er i tvil om hvilke råd eller informasjon som er gjeldende ut fra siste forskning. På den måten sikrer man at beslutningsgrunnlaget for hvilke råd og informasjon som deles er kunnskapsbasert.

Helsedirektoratets retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten har brukermedvirkning som krav i lov eller forskrift. Brukermedvirkning skjer på individ- og systemnivå i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. På individnivå skjer det ved at barn, ungdom og foreldre opplever å bli sett og hørt. Det skal legges til rette for at brukernes medvirkning blir reell, og at den tilpasses brukers behov. Det står også at brukerundersøkelser skal gjennomføres regelmessig (Helsedirektoratet, 2017b). Brukerundersøkelsen til Haaland et al. (2009) viste at fedrene hadde stor tillit til helsestasjonen, og var fornøyde med måten de ble møtt på. Fedrene mente at helsepersonellet lyttet til dem, som samsvarer med opplevelsen av brukermedvirkning. Men det var fremdeles noen fedre som følte de ikke mottok like mye støtte som mor, hvor ikke alle var like fornøyde med det, selv om det var forventet (Hrybanova et al., 2019; Tuominen et al., 2014), eller følte seg ignorert som far (Hallberg et al., 2010). Dette igjen står i kontrast til retningslinjene om brukermedvirkning, hvor foreldrene bør oppleve at de blir sett og hørt.

Det er fem viktige perspektiver for folkehelsearbeidet i helsestasjonen som er mestringsperspektivet, brukerperspektivet, helhetsperspektivet, det helsefremmende- og forebyggingsperspektivet og kunnskaps- og kompetanseperspektivet. Kunnskap og kompetanse handler om å ta i bruk det som allerede eksisterer av kunnskap og kompetanse, og bygge den opp og utvikle den der hvor det mangler. Helsesykepleier har videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid, og er sentral i helsestasjonsarbeidet, og er den som møter alle brukere, og som tar inn tverrfaglig samarbeid der det er nødvendig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Det var forventet at helsesykepleier henviste videre dersom det

var behov (Fägerskiöld, 2006), og fedrene var godt fornøyde med helsepersonellens råd og veiledning som ble gitt, og disse rådene ble ofte delt med andre (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2013). Støtte og god oppfølging av barnet ble også opplevd hos Tuominen et al. (2014) og Hrybanova et al. (2019), selv om det var en opplevelse av at mor var den som mottok mest støtte på helsestasjonen. Samtlige fedre i studien til Solberg og Glavin (2018) erfarte positive møter med helsestasjonen, til tross for følelsen av utenforskap. Men, til tross for dette var fremdeles internett hovedkilden for informasjon. Dette kan tyde på at de ikke alltid fikk svar på sine spørsmål, eller som det ble beskrevet at de forventet ikke spørsmål rettet mot dem selv. En annen mulig årsak, kan være manglende følelse av inkludering, som ikke gir følelse av tillit som igjen fører til en dårligere relasjon til helsesykepleier. Det blir ikke naturlig for fedrene å stille spørsmål under konsultasjoner.

Helsestasjonen skal og fremme god fysisk og psykisk helse hos blivende foreldre. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten har som mål å sikre flere gode leveår med god helse i befolkningen, og redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Når fedrene i studien til Ny et al. (2008) mottok råd og informasjon fra helsesykepleier på helsestasjonen, sammenlignet de det med råd og erfaringer fra hjemlandet. Det ble inngått kompromisser mellom de ulike verdenene. Ikke alle råd fra helsepersonell ble sett på som anvendbar, men de etterspurte informasjon og godtok råd når de ble forklart hensikten med rådene. Helsesykepleiere bør være oppmerksom på ulike kulturer med normer og regler, som kan være forskjellige fra den norske. Ta for eksempel tilskudd av D-vitamin, som er anbefalt etter helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2019b), som er spesielt viktig i de nordiske landene, for at barn ikke skal utvikle mangelsykdom (Helsedirektoratet, 2016). Helsesykepleiere bør sikre at foreldre fra andre land, utenom Norden hvor dette kanskje ikke er behov, er klar over dette og sikre at råd og informasjon blir forstått.

Helsestasjonen er den offentlige instans som regelmessig treffer familier i løpet av barnets første leveår, og fram til skolestart. Den har derfor mulighet for å nå befolkningen i samfunnet med sitt helsefremmende og forebyggende arbeide (Helsedirektoratet, 2019a). Det helsefremmende arbeidet legger vekt på beskyttelsesfaktorer, mens forebyggende arbeid legger vekt på å redusere risiko for sykdom. Den helsefremmende tankegangen handler om å se på det positive, helse, styrke gode prosesser og heve livskvaliteten (Garsjø, 2018). Som vist i dette kapitlet, får fedrene gode erfaringer med kunnskapen helsesykepleier besitter. De har tillit til råd som gis. Det kommer også frem at helsestasjonens faste program og struktur fungerer for fedrene. Men, det er fremdeles noen fedre som opplever vage svar, eller føler seg

ignorert av helsesykepleier. Helsestasjonen bør ut fra et brukerperspektiv jobbe for å bli bedre, og hele tiden strebe etter å arbeide kunnskapsbasert.

8 Konklusjon og oppsummering

Det fremkommer fra studiene, at fedrene har delte erfaringer fra helsestasjonen. De har tillit til kunnskapen og ekspertisen på helsestasjonen, og dersom helsesykepleier inkluderer og involverer far, skapes det en relasjon som både gir trygghet og støtte. De setter pris på den faste strukturen og råd som blir gitt. Men, de opplever fremdeles å være på sidelinjen. Det er mor helsepersonell ofte henvender seg til, og selv om det kanskje er forventet, skaper det også en sårbarhet hos far. De ønsker å bli sidestilt på lik linje med mor.

Det forteller meg at helsetjenesten bør endre måten man adresserer far på helsestasjonen. Man bør se han som en likeverdig forelder på linje med mor, og aktivt inkludere og invitere far med på konsultasjoner. Dersom far erfarer å bli like mye inkludert som mor, kan han også se på tjenestetilbudet som å være like mye til for han, som for mor. Dette kan igjen føre til en økt gevinst for hele familien.

8.1 Hva videre?

Min begrunnelse for å gjøre en scoping studie, var å samle hva som fantes av studier rundt fedres erfaringer på helsestasjonen. Det jeg også ser, er at det er hull i forskningen. Det var lite å finne fra Norden, om emnet. Det har vært et større fokus på mor, men det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret er i ferd med å endre seg. Det kan man også lese i flere kronikker og debatter i media om fedrekvoten. Fedrekvote og pappapermisjon er viktig for å opprettholde samhandlingen mellom barn og far, når man vet hva dette har å gjøre med barnets utvikling, og fars helse. Så det er tydelig at fedre som forskningsområde er viktig i fremtiden. Ut fra resultatene fra denne scoping reviewen, bør det gi nye implikasjoner for helsesykepleiers videre arbeid med brukerne av helsestasjonen. Helsesykepleieren bør aktivt inkludere og involvere far. Det bør også vurderes et tettere samarbeid i svangerskaptiden, hvor man kan invitere foreldrene til helsestasjonen, og informere om tilbudet. På den måten kan man skape en trygghet og sikkerhet rundt tilbudet og skape en relasjon allerede da.

Gruppetilbud for fedre er og noe som bør vurderes der hvor det er mulig, basert på behov og lokale forhold. Flere ytrer et ønske om å møte andre fedre, for å kunne dele erfaringer, mestre

farsrollen og ta opp bekymringer. Man kan også starte opp med egne pappa-konsultasjoner og grupper som er foreslått fra helsedirektoratet og i stortingsmelding (Barne- og familiedepartementet, 2009; Helsedirektoratet, 2019b). Det bør også forskes mer på hva fars erfaringer er, og hva hans behov er fra helsetjenesten helsestasjon. Hva er hans forventninger, og hvordan kan vi som helsesykepleiere bistå i hans rolle som far? Det er viktig at helsesykepleiere har kunnskapen for å sikre brukermedvirkning, og videreutvikle tjenesten. Det skjer hele tiden endringer i samfunnet, rollene er i stadig endring, som vist i denne scoping reviewen. De fleste studiene pekte på at arbeidslivet også bør legge til rette for at far kan delta på konsultasjoner, om det er hans ønske.

8.2 Oppgavens styrker og svakheter

Det har kun vært en forsker i dette prosjektet, så det strider imot hva flere av artiklene anbefaler, og dette kan påvirke validiteten og reliabiliteten til min studie. Det er kun jeg som har lest gjennom artiklene, stått for oversettelsene, og inkludert dem etter hva jeg anså som relevant for besvarelse av oppgaven min. Men for å sikre best mulig gyldighet og pålitelighet, har jeg lest gjennom alle artikler flere ganger, for å sikre at ikke relevant informasjon går tapt. Dette er en styrke. Det var som sagt lite å finne i mine utvalgte databaser, det kan være en svakhet at jeg har valgt bort noen jeg burde hatt med. Og, det kan hende det var jeg som ikke hadde de riktige søkeordene, og metode rundt mitt søk. Etter tre veiledninger med bibliotekar, kunne heller ikke bibliotekar se at det var mer å gjøre i mine søk. Jeg hadde en vid problemstilling og brukte mange søkeord, som gjorde at jeg fikk en del treff på noe som viste seg å være ikke relevant for mitt spørsmål. Mange studier omhandlet for eksempel sykehus, og reinnleggelse med barnet.

Noen av studiene ser ikke på når far typisk har permisjon. Studiene er ofte fra den første tiden av barnets levemåneder. En styrke ved denne oppgaven er at flertallet av inkluderte studier er av typen intervju, hvor vi får førstehånds-informasjon om hva informantene erfarer og forventer. Mange av studiene er fra Sverige, men de har gode permisjonsregler og likt tilbud fra helsetjenestene, men det kan tenkes at det er en svakhet at flertallet av studier var derfra (Barne- og familiedepartementet, 2009). Det er ingen studier fra Danmark eller Island, som jeg gjerne skulle hatt med. Det er usikkert hvorfor jeg ikke fant noen relevante studier derfra, om det er lite forskning eller søkeord brukt.

Det er ikke alle artikler som har gitt like mange resultater, men som Aveyard sier i sin bok, er det bedre å ta med studier av mindre kvalitet, for å sikre et stort nok antall for å kunne utføre en litteratur studie (Aveyard, 2019). Jeg ser på det som en styrke at flere av studiene viser samme resultat, og de ga mye nyttig informasjon. Da mener jeg at et metningspunkt er nådd, og dette kan være noe å basere videre forskning på, og det gir implikasjoner for videre praksis, som er en styrke. Jeg har heller ikke kritisk vurdert artiklene, men har så langt det har vært mulig, kun inkludert de fra fagfelleverderte tidsskrifter.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmiljøloven#KAPITTEL_13
- Arbeidstilsynet. (u.å.). Omsorgspersmisjon. Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/permisjoner/foreldrepermisjon/omsorgspermisjon/>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. 10.1080/1364557032000119616
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4 utg.). London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Bakke, T. (2009, 27.09.2019). Brukermedvirkning på tre ulike nivå. Hentet 04.03.2022 fra https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvir_kning-pa-tre-ulike-niva
- Barne- og familiedepartementet. (2005). *Om lov om endringer i folketrygden og enkelte andre lover* (Ot.prp.nr.104 (2004-2005)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-104-2004-2005-/id132048/?ch=5>
- Barne- og familiedepartementet. (2009). *Om menn, mannroller og likestilling* (St.meld.nr. 8 (2008-2009)). Regjeringen.no. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-8-2008-2009-/id539104/?ch=1>
- Cabrera, N., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S. & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in the Twenty-First Century. *Child Dev*, 71(1), 127-136. 10.1111/14678624.00126
- Cypress, B. S. (2017). Rigor or Reliability and Validity in Qualitative Research: Perspectives, Strategies, Reconceptualization, and Recommendations. *Dimens Crit Care Nurs*, 36(4), 253-263. 10.1097/DCC.0000000000000253
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10.10.2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet 19.04.22 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag.*
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning: En introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10, 23-38. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/273570>
- FN-Sambandet. (2020). Dødelighet bladt nyfødte. Hentet fra <https://www.fn.no/Statistikk/nyfoedtdoedelighet>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Frank, K. (2016). Motiverende intervju i helsestasjonstjenesten. I H. Holme, L. Valla, M. B. Hansen & E. S. Olavesen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fägerskiöld, A. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scand J Caring*

Sci, 20(1), 79-85. 10.1111/j.1471-6712.2006.00383.x

- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid: Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Glavin, K. (2016). Helsesøstertjenesten i helsestasjon. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Google scholar. (u.å). Google Scholar. Hentet 26.03.2022 fra <https://scholar.google.no/intl/no/scholar/about.html>
- Hakulinen, T., Laippala, P., Paunonen, M. & Pelkonen, M. (1999). Relationships between family dynamics of Finnish child-rearing families, factors causing strain and received support. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 407-415. 10.1046/j.13652648.1999.00905.x
- Hallberg, A.-C., Beckman, A. & Håkansson, A. (2010). Many fathers visit the child health care centre, but few take part in parents' groups. *J Child Health Care*, 14(3), 296-303. 10.1177/1367493510373755
- Halvorsen, K. & Jerpseth, H. (2016). Forskningssetiske utfordringer ved kvalitative studier. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 14(57440), e-57440. 10.4220/Sykepleienf.2019.57440
- Hanssen-Bauer, M. W. (2014). Hvordan kan empowermentprinsipper gjøre helsestasjonen mer helsefremmende? I *Empoerment i helse, ledelse og pedagogikk* (s. 85-96). Oslo: Gyldendal akademisk, 2014.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450* (IS- 1154 Veileder). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening* (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Regjeringen.no. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld.nr 47 (2008-2009)). Regjeringen.no. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=2>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenesteloven m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016, 06.06.2016). Søkeord. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord>
- Helsebiblioteket. (u.å-a). Cinahl. Hentet 20.03.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>
- Helsebiblioteket. (u.å-b). Svemed+. Hentet 20.03.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/svemed><https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/svemed-karolinska-institutet?lenkedetaljer=viskarolinska><https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/svemed><https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/svemed-karolinska-institutet?lenkedetaljer=vis>
- Helsebiblioteket. (u.å.). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 04.03.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2016, 08.07.21). Anbefalinger for tilførsel av energi og næringsstoffer til spedbarn 6-11 måneder. Hentet fra

- <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar-gruppekonsultasjoner-helsestasjonen-bor-gi-alle-foreldre-tilbud-om-a-delta-i-gruppekonsultasjoner-sammendrag>
- Helsedirektoratet. (2019c, 18.02.2019). Helsesøster er nå helsesykepleier. Hentet 21.03.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsesoster-er-na-helsesykepleier>
- Helsedirektoratet. (2020). Metode og prosess. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/metode-og-prosess>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (2019). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hjälmhult, E. (2016). Hjemmebesøk som metode. I H. Holme, L. Valla, M. B. Hansen & E. S. Olavesen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (bd. 1. utgave, s. 413-423). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hrybanova, Y., Ekström, A. & Thorstensson, S. (2019). First - time fathers' experiences of professional support from child health nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 921-930. 10.1111/scs.12690
- Høgmo, B. K., Bondas, T. & Alstveit, M. (2021). Going blindly into the women's world: A reflective lifeworld research study of fathers' expectations of and experiences with municipal postnatal healthcare services. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 16(1), 1918887-1918887. 10.1080/17482631.2021.1918887
- Haaland, G. U., Brundtland, D. & Bjørnstad, I. (2009). *Helsestasjon for hele familien: Høgskolen i Bergen, AHS Institutt for videreutdanning*.
- Karolinska Institutet. (u.å). Søk artiklar i Svemed+. Hentet 20.03.2022 fra <https://svemedplus.kib.ki.se>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lamb, M. E. (2002). Placing children's interests first: Developmentally appropriate parenting plans. *Virginia journal of social policy & the law*, 10(1), 98.
- Leira, A. (2012). Omsorgens instisusjoner, omsorgens kjønn. I A. L. Ellingsæter & K. Widerberg (Red.), *Velferdsstatens familier: Nye sosiologiske perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implement Sci*, 5(1), 69-69. 10.1186/1748-5908-5-69

- Lindberg, A. & Hvatum, I. (2016). Møte med helsestasjonen- foreldre som aktive deltakere. I H. Holme, L. Valla, M. B. Hansen & E. S. Olavesen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindtner, O. H. & Shau, M. S. [NRK]. (2022). *Martin- André følte seg glemt da kjæresten skulle føde* Hentet fra <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/far-folte-seg-glemthttps://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/far-folte-seg-glemt-i-forbindelse-med-fodselse- -jeg-ville-ikke-belaste-mor-med-mine-tanker-1.15919509ihttps://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/far-folte-seg-glemt-i-forbindelse-medhttps://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/far-folte-seg-glemt-i-forbindelse-med-fodselse- -jeg-ville-ikke-belaste-mor-med-mine-tanker-1.15919509fodselse- -jeg-ville-ikke-belaste-mor-med-mine-tanker-1.15919509forbindelse-medhttps://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/far-folte-seg-glemt-i-forbindelse-med-fodselse- -jeg-ville-ikke-belaste-mor-med-mine-tanker-1.15919509fodselse- -jeg-ville-ikke-belaste-mor-med-mine-tanker-1.15919509>
- Lockwood, C., dos Santos, K. B. & Pap, R. (2019). Practical Guidance for Knowledge Synthesis: Scoping Review Methods. *Asian nursing research*, 13(5), 287-294. 10.1016/j.anr.2019.11.002
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Musser, A. K., Ahmed, A. H., Foli, K. J. & Coddington, J. A. (2013). Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know. *J Pediatr Health Care*, 27(6), 479-485. 10.1016/j.pedhc.2012.10.001
- NAV. (2012, 16.12.2021). Om statistikken-Foreldrepenger ved fødsel. Hentet 04.03.2022 fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/familie-statistikk/relaterthttps://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/familiehttps://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/familie-statistikk/relatert-informasjon/om-statistikken-foreldrepenger-ved-fodselsestatistikk/relatert-informasjon/om-statistikken-foreldrepenger-vedhttps://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/familie-statistikk/relatert-informasjon/om-statistikken-foreldrepenger-ved-fodselfodselinformasjon/om-statistikken-foreldrepenger-ved-fodselse>
- NAV. (2020, 24.09.2020). Aldri før har fedre tatt ut så mange dager med foreldrepenger. Hentet 04.03.22 fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/familiehttps://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/familiehttps://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/familie-statistikk/nyheter/aldri-for-har-fedre-tatt-ut-sa-mange-dager-med-foreldrepengerstatistikk/nyheter/aldri-for-har-fedre-tatt-ut-sa-mange-dager-med-foreldrepengerstatistikk/nyheter/aldri-for-har-fedre-tatt-ut-sa-mange-dager-medhttps://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/familie-statistikk/nyheter/aldri-for-har-fedre-tatt-ut-sa-mange-dager-med-foreldrepengerforeldrepenger>
- Norsk sykepleierforbund. (1983). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Ny, P., Plantin, L., Dejin-Karlsson, E. & Dykes, A.-K. (2008). The experience of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: focusgroup discussions and content analysis. *Midwifery*, 24(3), 281-290. 10.1016/j.midw.2006.05.006
- Nyström, K. & Öhring, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *J Adv Nurs*, 46(3), 319-330. 10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x

- Oftung, K. (2012). Script for farskap- en utfordring for skilte fedre. I A. L. Ellingsæter & K. Widerberg (Red.), *Velferdsstatens familier: Nye sosiologiske perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen : Kvalitative og kvantitative perspektiver* (G. Bureid, Overs.Forskningsprosessen kvalitative och kvantitative perspektiv). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Paulson, J. F. & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961-1969. 10.1001/jama.2010.605
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 141-146. 10.1097/XEB.0000000000000050
- Plantin, L., Olukoya, A. A. & Ny, P. (2011). Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Fathering*, 9(1), 87-102. 10.3149/fth.0901.87
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11 utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- PubMed. (u.å). PubMed overview. Hentet 25.03.2022 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Reutter, L. & Ford, J. S. (1997). Enhancing Client Competence: Melding Professional and Client Knowledge in Public Health Nursing Practice. *Public Health Nurs*, 14(3), 143-150. 10.1111/j.1525-1446.1997.tb00285.x
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L. & Springett, J. (2001). *A framework for health promotion evaluation* WHO regional publications, European series, bd. no. 92. I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, V. McQueen David, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Red.), *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*.
- Salzmann-Erikson, M. & Eriksson, H. (2013). Fathers sharing about early parental support in health-care - virtual discussions on an Internet forum. *Health Soc Care Community*, 21(4), 381-390. 10.1111/hsc.12028
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatr*, 97(2), 153-158. 10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x
- Shorey, S. & Ang, L. (2019). Experiences, needs, and perceptions of paternal involvement during the first year after their infants' birth: A meta-synthesis. *PLoS One*, 14(1), e0210388-e0210388. 10.1371/journal.pone.0210388
- Skjøthaug, T. (2016). Fedres rolle i barnets tidlige utvikling. I H. Holme, L. Valla, M. B. Hansen & E. S. Olavesen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2012). En fenomenologisk inngang til profesjonsetikken - Tillit i praksis forutsetning eller fortjeneste? *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(2), 148-155.
- Solberg, B. & Glavin, K. (2018). Fedre ønsker en mer aktiv rolle i svangerskapsomsorgen og på helsestasjonen. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (72006), e-72006. 10.4220/Sykepleienf.2018.72006

Vedlegg 1

Dette er mine første utkast hvor jeg begynte med SPIDER, som fort ble forkastet, så PICO. Den modellen som jeg endte opp med, som er øverst, som er PCC, som passet best til min studie.

PCC

Population	Concept	Context
Far/fedre	Fars erfaringer/opplevelse	På helsestasjon Møte med helsesykepleier

PICO

Populasjon/problem	Intervensjon/Phenomen of interest	Context
Far/fedre	Fars erfaringer	På helsestasjon Møte med helsesykepleiere

SPIDER

Sample	Phenomen of interest	Design	Evaluation	Research type
Far/fedre	Opplevelser og erfaringer i møte med helsestasjonen	Intervju		Kvalitative studier
Helsesykepleier		Reviews		Kvantitative studier
		Systematiske reviews		
		metasynthese		

Vedlegg 2

Databaser/funnsted	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Inkludert	Ekskludert
Sykepleien forskning	1)Fedre/Far 2)Erfaring eller opplevelse 3a) Helsestasjon eller 3b) Helsesykepleier eller helsesøster	1, 2 og 3a og 3b.	3	1	2 Ekskludert etter å ha lest tittel og abstrakt
Svemed+	1) Father(s)OR fedre OR far OR dad(s) OR paternal 2) Erfaring OR opplevelse OR experience OR expectation OR need OR support 3a) Helsestasjon OR child health clinic OR municipal service OR child health service OR postnatal health care OR postnatal health service OR house call OR home visit 3b) Helsesøster OR helsesykepleier OR child health nurse OR public health nurse OR community health nurse	1 AND 2 AND (3a OR 3b)	24	2	22 Ekskludert etter å ha lest gjennom artikkel: 1 Alle andre ekskludert etter å ha lest tittel og abstrakt.

Cinahl	<p>1) Father(s) OR fedre OR far OR dad(s) OR paternal</p> <p>2) Erfaring OR opplevelse OR experience OR expectation OR need OR support</p> <p>3a) Helsestasjon OR child health clinic OR municipal service OR child health service OR postnatal health care OR postnatal health service OR house call OR home visit</p>	<p>1 AND 2 AND (3a OR 3b) I tittel eller abstract</p>	162	2	<p>160</p> <p>Ekskludert etter å ha lest gjennom artikkel: 2</p> <p>Alle andre ekskludert etter å ha lest tittel og abstrakt.</p>
--------	---	---	-----	---	---

	<p>3b) Helsesøster OR helseyskepleier OR child health nurse OR public health nurse OR community health nurse</p>				
Pubmed	<p>1) Father(s) OR dad(s) OR paternal</p> <p>2) Experience OR expectation OR need OR support</p> <p>3a) Child health clinic OR municipal service OR child health service OR postnatal health care OR postnatal health service OR house call OR home visit</p> <p>3b) Child health nurse OR public health nurse OR community health nurse</p>	<p>1 AND 2 AND 3a+b. I tittel og abstract.</p>	158	1	<p>157</p> <p>Ekskludert etter å ha lest gjennom artikkel: 2</p> <p>Alle andre ekskludert etter å ha lest tittel og abstrakt.</p>
Psychinfo	<p>1) Father(s) OR dad(s) OR paternal</p> <p>2) Experience OR expectation OR need OR support</p> <p>3a) Child health clinic OR municipal service OR child health service OR postnatal health care OR postnatal health service OR house call OR home visit</p> <p>3b) Child health nurse OR public health nurse OR community health nurse</p>	<p>1 AND 2 AND 3a+b. Alle søk med bruk av mp. (mp. = title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word)</p>	156	1	<p>155</p> <p>Ekskludert etter å ha lest gjennom artikkel: 1</p> <p>Alle andre ekskludert etter å ha lest tittel og abstrakt.</p>

Googlescholar	Skrevet inn alle artikler inkludert fra databaser og tidsskrift.			1	Ekskludert etter å ha lest gjennom: 1 Alle andre ekskludert etter å ha lest tittel og abstrakt.
Referanselister	Gjennomgått alle referanselister, bortsett fra funn fra Google Scholar.			1	
Snøballmetoden				1	

Vedlegg 3

Databaser/funnsted	Søkeord med antall treff	Kombinasjoner	Antall treff

<p>Sykepleien forskning</p> <p>Norsk tidsskrift</p> <p>Inneledende søk i desember/januar</p> <p>Søk i mars, resultatet vises her Kun norske søkeord.</p> <p>Ikke avansert søkemonitor.</p> <p>Kan ikke bruke boolske operatører, kun mellomrom, men skriver OG/eller her for å vise hvordan oppsettet ble.</p> <p>Alle funn er sett over ved å lese tittel og abstrakt.</p> <p>Kun en inkludert som var relevant for denne oppgaven: (Solberg & Glavin, 2018)</p>	1a) Fedre (8) eller	1a OG 2a OG 3a	3
	1b) Far (569)		
	OG	1a OG 2a OG 3b	6
	2a) Erfaring (486) eller		
	2b) Opplevelse (484)	1a OG 2a OG 3c	2
	OG		
	3a) Helsestasjon (31) eller	1a OG 2b OG 3a	3
	3b) Helsesøster (51) eller	1a OG 2b OG 3b	6
	3c) Helsesykepleier (16)		
		1a OG 2b OG 3c	6
		1b OG 2a OG 3a	14
		1b OG 2a OG 3b	27
		1b OG 2a OG 3c	7
	1b OG 2b og 3a	13	
	1b OG 2b OG 3b	27	
	1b OG 2b og 3c	5	
	1a OG 2a OG 3a OG 3c	0	

		1a OG 2b OG 3a OG 3b	3
		1a OG 2b OG 3a OG 3c	0
		1b OG 2a OG 3a OG 3b	12
		1b OG 2a OG 3a OG 3c	2
		1b OG 2b OG 3a OG 3b	13
		1b OG 2b OG 3a OG 3c	0
		1a OG 2a OG 3a OG 3b	3
		Begrenset til forskning for relevans	
<p>Svemed+</p> <p>Innledende søk i desember/januar.</p> <p>Endelig søk i mars, søkeresultater fra mars vises her.</p> <p>Alle funn er sett over ved å lese tittel og abstrakt. To artikler er inkludert fra denne trefflisten:</p> <p><i>(Fägerskiöld, 2006)</i></p> <p><i>(Hrybanova et al., 2019)</i></p>	<p>1) Father (231) (*231) OR</p> <p>Fathers (230) (*180) OR</p> <p>Fedre (171) (*9) OR</p> <p>Far (203) (*5668) OR</p> <p>Paternal (99) (*88) OR</p> <p>Dad (11) (*3033) OR</p> <p>Dads (11) (*3)</p> <p>Til sammen 8833 treff</p> <p>(Med og uten trunkering)</p>	<p>3a OR 3b</p> <p>1 (8833) AND 2 (11569) (3a AND 3b (6588))</p> <p>Begrenser med peer reviewed</p> <p>(Ingen begrensning i språk da det kun er engelsk, norsk, dansk og svensk.</p> <p>Ingen begrensninger på år i selve søket).</p>	<p>6602</p> <p>39</p> <p>24</p>

	<p>2) Erfaring (130) (*848) OR</p> <p> Opplevelse (177) (*107) OR</p> <p> Experience (2882) (*2929) OR</p> <p> Expectation (2014) (*145) OR</p> <p> Need (2824) (*3141) OR</p> <p> Support (4058) (*4059)</p> <p> Til sammen 11569 treff</p> <p> (Med og uten trunkering)</p> <p>3a) Helsestasjon (43) (*71) OR</p> <p> Child health clinic (198) (201) OR</p> <p> Municipal service (214) (*214) OR</p> <p> Child health service (1141) (*1130) OR</p> <p> Postnatal health care (27) (*17) OR</p> <p> Postnatal health service (45) (*9) OR</p> <p> House call (134) (*134) OR Home visit (161) (*88)</p> <p> Til sammen 1701 treff</p> <p> (Med og uten trunkering)</p> <p>3b) Helsesøster (15) (*20) OR</p> <p> Child health nurs* (386) OR</p> <p> Child health nurse (382) OR</p> <p> Helsesykepleier (1) (*8) OR</p> <p> Community health nurs* (5073) OR</p> <p> Community health nurse (784) OR</p> <p> Public health nurs* (4748) OR</p> <p> Public health nurse (141)</p> <p> Til sammen 5247 treff</p> <p> (Med og uten trunkering)</p>		
--	---	--	--

<p>Cinahl</p> <p>Innledende søk i desember/januar.</p> <p>Endelig søk i mars, søkeresultater fra mars vises her.</p> <p>Alle funn er sett over ved å lese tittel og abstrakt.</p> <p>To er inkludert fra denne trefflisten:</p> <p><i>(Høgmo et al., 2021)</i></p> <p><i>(Wells, 2016)</i></p> <p><i>(Fägerskiöld, 2006)</i> (funnet i Svemed+)</p> <p><i>(Hrybanova et al., 2019)</i> (funnet i Svemed+)</p>	<p>1) (MH «Fathers+») (7846) OR</p> <p>“Dad” (tekstord) (4908) (*23866) OR</p> <p>“Dads” (tekstord) (3857) (*3903) OR</p> <p>“Fathers” (tekstord) (14645) (*14671)</p> <p>OR</p> <p>“Father” (tekstord) (11925) (*22204)</p> <p>OR</p> <p>“Paternal” (tekstord) (9532) (*9532) OR</p> <p>“Fedre” (tekstord) (4) (*5) OR</p> <p>“Far”(tekstord)(38802)(*134367)</p> <p>Search modes: Boolean/Phrase</p> <p>Expanders: Apply equivalent subjects</p> <p>Til sammen 180 078 treff</p> <p>2) “Experience” (tekstord) (288 577) (*509 154) OR</p> <p>“Expectation” (tekstord) (7345) (*39744) OR</p> <p>“Need” (tekstord) (380 287) (*772 732)</p> <p>OR</p> <p>“Support” (tekstord) (472 693) (*612 372) OR</p> <p>“Erfaring” (tekstord) (48) (*167) OR</p> <p>“Opplevelse”(tekstord)(29)(*49)</p> <p>Search modes: Boolean/Phrase</p> <p>Expanders: Apply equivalent subjects</p>	<p>3a OR 3b</p> <p>1 AND 2 AND (3a AND 3b)</p> <p>Begrenser på år fra 2000- 2022.</p> <p>Peer Reviewed.</p> <p>Geographic Subset: Europe.</p> <p>Språk: Engelsk.</p> <p>Nytt søk i kombinasjoner:</p> <p>1)</p> <p>TI (fathers OR father OR dad OR dads OR paternal OR fedre OR far) OR AB (fathers OR father OR dad OR dads OR paternal OR fedre OR far)</p> <p>2)</p> <p>TI (erfaring* OR opplevelse OR experience* OR expectation* OR need* OR support*) OR AB (erfaring* OR opplevelse OR experience* OR expectation* OR need* OR support*)</p>	<p>62 850</p> <p>1262</p> <p>416</p> <p>55189</p> <p>1,277658</p>
--	--	---	---

	<p>Til sammen 1,569676 treff</p> <p>3a)</p> <p>(MH «Child Health Services+») (22019) OR</p> <p>“Child health service” (tekstord) (6023) (*8825) OR</p> <p>“Municipal service” (tekstord) (8) (*69)</p> <p>OR</p> <p>“Child health clinic (tekstord) (80) (*275) OR</p> <p>“Postnatal health care” (tekstord) (19) (*19) OR</p> <p>“Postnatal health service” (tekstord) (3) (*8) OR</p> <p>“House call” (tekstord) (2708) (*3028)</p> <p>OR</p> <p>(MH “Home Visits”) (6590) OR</p> <p>“Home visit” (tekstord) (3803) (*10472)</p> <p>OR “Helsestasjon” (1) (*12)</p> <p>Search modes: Boolean/Phrase</p> <p>Expanders: Apply equivalent subjects</p> <p>Til sammen 32716 treff</p> <p>3b)</p> <p>“Public health nurse” (582)/</p> <p>”Public health nurs*” (3333) OR</p> <p>“Child health nurse” (tekstord) (92) OR</p> <p>“Child health nurs*” (416) OR (MH “Community Health Nursing+”) (30233) OR</p> <p>“Community health nurse” (tekstord) (183) OR</p>	<p>3a)</p> <p>TI (helsestasjon* OR child health service* OR municipal service* OR child health clinic* OR postnatal health care* OR postnatal health service OR house call* OR home visit*) OR AB (helsestasjon* OR child health service* OR municipal service* OR child health clinic* OR postnatal health care* OR postnatal health service OR house call* OR home visit*)</p> <p>3b)</p> <p>TI (helsesykepleier* OR helsesøster* OR public health nurs* OR child health nurs* OR community health nurs*) OR AB (helsesykepleier* OR helsesøster* OR public health nurs* OR child health nurs* OR community health nurs*)</p> <p>I alle søk:</p> <p>Peer reviewed</p> <p>Search modes: Boolean/Phrase</p> <p>Expanders: Apply equivalent subjects</p> <p>TI = søk i title</p> <p>AB= søk i abstract</p> <p>3a) OR 3b)</p> <p>Search modes: Boolean/Phrase Expanders: Apply equivalent subjects</p>	<p>7704</p> <p>4309</p> <p>11679</p>
--	---	--	--------------------------------------

	<p>“Community health nurs*” (28723) OR</p> <p>“Helsesøster” (tekstord) (6) (*9) OR</p> <p>“Helsesykepleier”(tekstord)(4)(*8)</p> <p>Search modes: Boolean/Phrase</p> <p>Expanders: Apply equivalent subjects</p> <p>Til sammen 31968 treff</p>	<p>1 AND 2 AND (3a OR 3b)</p> <p>Search modes: Boolean/Phrase</p> <p>Expanders: Apply equivalent subjects</p> <p>Limits: Fra 2000 til 2022.</p> <p>Peer reviewed</p>	<p>179</p> <p>162</p>
<p>PubMed</p> <p>Innledende søk i desember/januar.</p> <p>Endelig søk i mars, søkeresultater vises her.</p> <p>Alle funn er sett over ved å lese tittel og abstrakt. En inkludert fra denne trefflisten:</p> <p><i>(Tuominen et al., 2014)</i></p> <p><i>(Hrybanova et al., 2019)</i> (funnet i Svemed+)</p> <p><i>(Fägerskiöld, 2006)</i> (funnet i Svemed+)</p> <p><i>(Høgmo et al., 2021)</i> (funnet i Cinahl)</p> <p><i>(Wells, 2016)</i> (funnet i Cinahl)</p>	<p>1) Fathers [tekstord] (25221) OR</p> <p>Fathers [MeSH Terms] (10221) OR</p> <p>Father [tekstord] (29480) OR</p> <p>Dad [tekstord] (9054) OR</p> <p>Dads [tekstord] (949) OR</p> <p>Paternal [tekstord] (28204) OR</p> <p>Til sammen 78034 treff</p> <p>2) Experience [tekstord] (750721) (*1228678) OR</p> <p>Expectation [tekstord] (30246) (*99963) OR</p> <p>Need [tekstord] (1031797) (*2186865)</p> <p>OR</p> <p>Support [tekstord] (10508146) (*10860543)</p> <p>Til sammen 12 884782 treff</p> <p>3a) Child health service [MeSH Terms] (25376) OR Child health service [tekstord] (228) (*0) OR</p> <p>Municipal service [tekstord] (33) (*2)</p>	<p>3a OR 3b</p> <p>1 AND 2 AND (3a OR 3b)</p> <p>Avgrenser til 2000-2022</p> <p>Filter: Språk- norsk, engelsk, dansk og svensk</p> <p>Nytt søk samme søkeord, men søk i tittel og abstrakt:</p> <p>1)</p> <p>(fathers [title/abstract] OR father [title/abstract] OR dad [title/abstract] OR dads [title/abstract] OR paternal [title/abstract])</p> <p>2)</p> <p>(experience* [title/abstract])</p>	<p>67797</p> <p>423</p> <p>361</p> <p>345</p>

	<p>OR</p> <p>Child health clinic [tekstord] (203) (*593) OR</p> <p>Postnatal health care [tekstord] (37) (*37) OR</p> <p>postnatal health service [tekstord] (4) (*10) OR</p> <p>House call [tekstord] (264) (*4293) OR</p> <p>Home visit [tekstord] (2620) (*10097)</p> <p>Til sammen 37734</p> <p>3b)</p> <p>Public health nurse [MeSH Terms] (470) OR</p> <p>Public health nurs* [tekstord] (12019) OR</p> <p>Public health nurse [tekstord] (1198) (*3476) OR</p> <p>Child health nurs* [tekstord] (357) OR</p> <p>Child health nurse [tekstord] (97)(*279) OR</p> <p>Community health nurs* [tekstord] (20300) OR</p> <p>Community health nurse [tekstord] (232) (*737)</p> <p>Til sammen 31919 treff</p>	<p>OR expectation* [title/abstract] OR need* [title/abstract] OR support* [title]abstract]</p> <p>3a+b)</p> <p>(public health nurs* [title/abstract] OR child health nurs* [title/abstract] OR community health nurs* [title/abstract] OR child health service* [title/abstract] OR municipal service* [title/abstract] OR child health clinic* [title/abstract] OR postnatal health service* [title/abstract] OR postnatal health care* [title/abstract] OR house call* [title/abstract] OR home visit* [title/abstract]</p> <p>1 AND 2 AND 3</p> <p>Avgrenser til 2000-2022</p> <p>Filter: Språk- norsk, engelsk, dansk og svensk</p>	<p>158</p>
--	--	---	-------------------

<p>Psychinfo</p> <p>Innledende søk i desember/januar.</p> <p>Endelig søk i mars, søkeresultater vises her.</p> <p>Alle funn er sett over ved å lese tittel og abstrakt. En inkludert fra denne trefflisten:</p> <p><i>(Hallberg et al., 2010)</i></p> <p><i>(Fägerskiöld, 2006)</i> (funnet i Svemed+)</p> <p><i>(Wells, 2016)</i> (funnet i Cinahl)</p> <p><i>(Hrybanova et al., 2019)</i> (funnet i Svemed+)</p> <p><i>(Høgmo et al., 2021)</i> (funnet i Cinahl)</p>	<p>1) Exp Fathers/ (11780) OR fathers.mp. (34993) OR father.mp. (30470) (*53247) OR dad.mp. (774) (*5124) OR dads.mp. (386) OR paternal.mp. (12418) (*15006)</p> <p>Til sammen 65883 treff</p> <p>2) Experience.mp. (441089) (*747831) OR exp expectations/ (28476) OR expectation.mp. (20144) (*101284) OR need.mp. (353914) (*656916) OR support.mp. (552337) (*754245)</p> <p>Til sammen 1,801319 treff</p> <p>3a) +3b) Child health service.mp. (53) (*2879) OR municipal service.mp. (18) (*80) OR child health clinic.mp. (30) (*105) OR postnatal health service.mp. (1) (*3) OR postnatal health care.mp. (12) (*12) OR house call.mp. (37) (*742) OR home visit.mp. (1064) (*5406) OR public health nurs*.mp. (1497) OR public health nurse.mp. (258) (*986) OR child health nurs*.mp. (111) OR child health nurse.mp. (30) (*111) OR community health nurs*.mp. (1416) OR community health nurse.mp. (51) (*221)</p> <p>Til sammen 11060</p> <p>mp. = t tle, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]</p>	<p>1 AND 2 AND 3a+3b</p> <p>Limits: Språk engelsk og 2000-2022</p> <p>Peer reviewed journal</p>	<p>223</p> <p>185</p> <p>156</p>
--	--	---	---

<p>Google scholar</p> <p>Alle funn er sett over ved å lese tittel og abstrakt.</p> <p>Inkludert:</p> <p><i>(Ny et al., 2008)</i></p>	<p>Søker med alle til da inkluderte artikler, bortsett fra den som var funn her.</p> <p>Funn når jeg skrev inn denne artikkelen: <i>“Support of fathers by the child health nurse”.</i></p>		<p>1</p>
---	---	--	-----------------

<p>Referanselister</p> <p>Alle funn er sett over ved å lese tittel og abstrakt, noen var allerede inkludert i min studie.</p> <p>Inkludert:</p> <p><i>(Haaland et al., 2009)</i></p>	<p>Gjennomgang av alle inkluderte artikler, bortsett fra «<i>The experience of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: focus-group discussions and content analysis</i>». Søkt opp i Oria, universitetsbiblioteket UiT.</p>		<p>1</p>
<p>Snøballmetoden</p> <p>Inkludert:</p> <p><i>(Salzmann-Erikson & Eriksson, 2013)</i></p>	<p>Funnet via tips fra medstudent. Søkt opp i Oria, universitetsbiblioteket UiT.</p>		<p>1</p>

Vedlegg 4

Slik så en av mine innledende søk ut, etter min første veiledning med bibliotekar. Dette var til hjelp for å finne søkeord, og hvordan jeg skulle legge opp mine søk i databaser.

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to December 14, 2021>

- 1 exp Fathers/ 10079
- 2 (dad or dads or paternal).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] 37340
- 3 1 or 2 44338
- 4 exp nurses, community health/ or exp nurses, public health/ 1304
- 5 exp Nurses/ 94270
- 6 4 or 5 94270
- 7 exp Child Health Services/ 25285
- 8 exp Infant/ 1200123
- 9 helsestasjon.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] 10
- 10 municipal services.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] 102
- 11 (child and health care services).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading

- word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] 2394
- 12 (child and health care services).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] 2394
- 13 post natal health care.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] 1
- 14 postnatal health care.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] 37
- 15 exp Postnatal Care/ 6158
- 16 exp Maternal Health Services/ 54516
- 17 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 15 or 16 1250642
- 18 exp caregivers/ or exp men/ 48660
- 19 caregivers/ or exp men/ 48660
- 20 exp Men/ 5056
- 21 3 or 20 49281
- 22 17 and 21 6852
- 23 6 and 22 57
- 24 limit 23 to ("all child (0 to 18 years)" and (danish or english or finnish or icelandic or norwegian or swedish)) 41

