



Solveig Bekkevold Hansen

Brukerkunnskapens vilkår

Om kvinners møte med hjelpeapparatet i overgangen til å bli mor

Masteroppgave i familiebehandling

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for samfunnsvitenskap

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært berikende og lærerik og samtidig veldig krevende. Det er mange rundt meg som fortjener en takk, da arbeidet med denne masteroppgaven ikke hadde vært mulig å fullføre uten deres støtte og hjelp i forskjellige former.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til de mødrene som har deltatt i studien ved å sette av tid i hverdagen sin til å dele sine personlige erfaringer med meg. Det har vært en glede å bli kjent med dere, og jeg tar med meg de lærerike erfaringene dere har delt med meg, inn i mitt videre arbeid med barnefamilier.

Videre vil jeg takke veilederen min, Oddbjørg Skjær Ulvik, som gjennom denne prosessen har støttet meg både faglig og personlig. Det har vært spesielt betydningsfullt for meg at du har startet hver veiledning med å spørre; Hvordan går det med deg? Og at du har gitt plass til svaret på det spørsmålet i våre møter.

Videre vil jeg rette en heidundrende takk til Mari Gomez Askautrud. Uten støtten fra deg hadde jeg aldri funnet mot til å fullføre denne masteroppgaven i tide. Takk til Emily Williams Willumsen og Liv Mari Skjeldal for heiarop og konstruktive tilbakemeldinger. Og tusen takk til Maren Øyen Saltrø og Oda Sophie Myhre Gullvik for korrekturlesing.

Tusen takk til familien min, som har hjulpet til med å få hverdagskarusellen til å gå rundt mot slutten av denne prosessen og som har gjort det mulig for meg å gjemme meg bort og dypdykke inn i arbeidet med denne oppgaven. Takk til døtrene mine som tålmodig har ventet på meg, tegnet oppmuntrende tegninger og skrevet heiabrev. En ekstra stor takk rettes til mannen min, Torkel Bekkevold Hansen, som aldri sluttet å tro på meg, og som hele veien har sagt at «dette får vi til sammen». Jammen hadde du ikke rett denne gangen også.

Oslo, mai 2023

Solveig Bekkevold Hansen

Sammendrag

Denne studien tar utgangspunkt i fire mødres opplevelser i møte med hjelpeapparatet i overgangen til å bli mor. For å få innsikt i mødrenes opplevelser benyttes kvalitativ metode med individuelle intervjuer. Analysen av intervjumaterialet er belyst av et teoretisk rammeverk som benytter modellen for kunnskapsbasert praksis, ekspert- og relasjonsmodellen til Aamodt (2003), det teoretiske begrepet arbeidsallianse og Antonovskys (2012) salutogenese og «sense of coherence». Tidligere forskning trekkes også inn for å belyse resultater av analysen.

Resultater av analysen belyser hvordan vektning av ulike kunnskapskilder er av betydning for hvordan kvinnene opplever sine møter med hjelpeapparatet. Vektning av brukerkunnskap virker å være viktig for at kvinnen skal oppleve møtene som gode. Samtidig viser resultatene at det noen ganger er avgjørende for kvinnen at profesjonsutøveren deler sin ekspertkunnskap med henne. Videre viser resultatene at det i andre sammenhenger som ved sykdom som går ut over kvinnens evne til å ivareta foreldreskapet sitt, er helt avgjørende at det er kvinnens brukerkunnskap som vektlegges i de beslutninger som skal tas.

I tillegg viser resultatene av analysen at å få hjelp til det man spør om hjelp til, er betydningsfullt for kvinnene. Fleksibilitet og individuell tilpasning av hjelpen som tilbys vektlegges av kvinnene. Til sist viser resultatene av analysen at kontinuitet i oppfølgingen fra hjelpeapparatet er betydningsfullt, med forbehold om en god arbeidsallianse og en opplevelse av å bli møtt med respekt og empati.

Med dette som bakgrunn, argumenterer jeg for implikasjoner på system- og individnivå. På systemnivå argumenterer jeg for å fremme gode rutiner for innhenting av brukerkunnskap og tilbakemeldinger. For å fremme gode møter mellom profesjonsutøvere og brukere, argumenterer jeg også for at en grunnleggende holdning om at slike møter representerer to eksperter, som begge er avhengige av kunnskap og anerkjennelse fra den andre, kan være implikasjoner for praksis på individnivå.

OsloMet – storbyuniversitet, Fakultet for samfunnsvitenskap

Oslo 2023

Abstract

This study is based on the experiences of four mothers in their encounters with the healthcare system during the transition to motherhood. To gain insight into the mothers' experiences, a qualitative method is used with individual interviews. The analysis of the interview material is illuminated by a theoretical framework that uses the model of evidence-based practice, Aamodt's (2003) expert and interaction model, the theoretical concept of working alliance, and Antonovsky's (2012) salutogenesis and sense of coherence. Previous research is also drawn upon to further elucidate the results of the analysis.

The results of the analysis highlight how weighting different sources of knowledge is of importance for how women experience their encounters with the healthcare system. Placing emphasis on patient knowledge appears to be important in order for women to experience these meetings as positive. At the same time, the results show that it is sometimes crucial for women that the practitioner share their expert knowledge with her. Furthermore, the results show that in other contexts, such as illness that affects the woman's ability to care for her child, it is crucial that the woman's own knowledge is emphasized in the decisions that need to be made.

In addition, the results of the analysis show that women place significance on getting help with what they ask for help with. The women emphasize offers of help that are flexible and individually adapted. Finally, the results of the analysis show that continuity of care in the healthcare system is important, with the conditions of a good working alliance and the experience of being met with respect and empathy.

Based on this, I argue for implications at both the systemic and individual levels. At the systemic level, I argue for promoting good routines for collecting patient knowledge and feedback. In order to encourage good encounters between practitioners and patients, I also argue that a fundamental attitude which views such meetings as an encounter between two experts, both of whom depend on knowledge and recognition from the other, can have implications for practice at the individual level.

OsloMet – Oslo Metropolitan University, Faculty of Social Sciences

Oslo 2023

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2. OPPGAVENS FORMÅL	2
1.3. PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	2
1.4. BEGREPSAVKLARING	3
1.4.1. <i>Hjelpeapparatet</i>	3
1.4.2. <i>Overgangen til å bli mor</i>	3
1.5. OPPGAVENS STRUKTUR.....	3
2. STUDIENS KONTEKST	4
2.1. «FAMILIENS HUS»	4
2.2. PROFESJONSUTØVELSE OG MAKT	5
2.3. MEDVIRKNING	6
3. TIDLIGERE FORSKNING	7
3.1. BRUKERES ERFAINGER MED SVANGERSKAPS-, FØDSELS- OG BARSELOMSORGEN.	7
3.2. BRUKERES ERFAINGER MED LAVTERSKELTILBUD TIL BARNEFAMILIER	8
4. TEORETISKE PERSPEKTIVER OG MODELLER	9
4.1. KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS.....	10
4.2. EKSPERTMODELLEN VS. RELASJONSMODELLEN.....	12
4.3. ARBEIDSALLIANSE	14
4.4. SALUTOGENESE OG «SENSE OF COHERENCE»	15
5. METODISK TILNÆRMING	16
5.1. VALG AV METODE	16
5.2. FORFORSTÅELSE OG VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED	17
5.3. REKRUTTERING OG UTVALG	18
5.4. FORBEREDELSE OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU	21
5.4.1. <i>Intervjuguide</i>	21
5.4.2. <i>Gjennomføring av intervjuene</i>	22
5.5. ANALYSE OG RESULTATER: Å FINNE MENING I KVINNENES BESKRIVELSER.....	23
5.5.1. <i>Transkribering</i>	24
5.5.2. <i>Kategorisering og valg av analytiske temaer</i>	25
5.6. ETISKE VURDERINGER OG ANONYMISERING	27
5.7. PÅLITELIGHET OG OVERFØRBARHET	28

6. PRESENTASJON AV RESULTATER	29
6.1. HVILKEN TYPE KUNNSKAP VEKTLLEGES I MØTE MED HJELPEAPPARATET?	30
6.1.1. <i>Samspill mellom ekspertkunnskap og brukerkunnskap</i>	30
6.1.2. <i>Informasjonsdeling, trygghet og kontroll</i>	36
6.1.3. <i>Definisjonsmakt og ivaretagelse av foreldreskap</i>	41
6.2. FLEKSIBILITET, KONTINUITET OG RELASJON I MØTET MED HJELPEAPPARATET	44
6.2.1. <i>Om å gå utover sitt mandat for å hjelpe</i>	44
6.2.2. <i>Kontinuitet og relasjon i møte med hjelpeapparatet</i>	47
7. OPPSUMMERING AV RESULTATER	53
7.1. HVILKEN TYPE KUNNSKAP SOM VEKTLLEGES I MØTE MED HJELPEAPPARATET	53
7.2. FLEKSIBILITET, KONTINUITET OG RELASJON I MØTE MED HJELPEAPPARATET	54
8. IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	55
8.1. INNHENTE BRUKERKUNNSKAP	55
8.2. SKAPE EN TILBAKEMELDINGSKULTUR	56
8.3. INDIVIDUELL HOLDNINGSENDRING	57
LITTERATURLISTE	58
VEDLEGG 1: VURDERING FRA SIKT	63
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	65
VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING	66

1. Innledning

Denne oppgaven omhandler kvinners opplevelse av møtet med hjelpeapparatet i overgangen til å bli mor. I denne innledende delen av oppgaven vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema, oppgavens problemstilling og formål, samt avklare på hvilken måte relevante begreper benyttes i denne oppgaven. Til slutt vil jeg kort redegjøre for oppgavens struktur.

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Gjennom alle tider har det å bli mor vært en naturlig del av mange kvinners livsløp. Jordmor yrket regnes som det «eldste kvinneyrket» på verdensbasis (Hamre, 2007, s. 1). Det har skjedd en større utvikling i Norge de siste 200 årene med tanke på oppfølgingen man får knyttet til det å få et barn. Fra at de fleste fødsler foregikk i kvinnens hjem ved hjelp av en fødselshjelper eller jordmor, foregår nå nesten enhver fødsel på et sykehus med kvalifiserte profesjonsutøvere og tekniske hjelpemidler (Hamre, 2007, s. 55; Haug, 1997, referert i Vadset, 2016, s. 26-28). Det å bli mor og skape en familie har gått fra å være et privat anliggende, til i større grad å bli det offentliges anliggende med velferdstjenester som står klare til å bistå i denne overgangen (Haug, 1997, referert i Vadset, 2016 s. 26-28). Vi har i dag velferdstjenester som ivaretar alt fra hjelp til å bli gravid, svangerskapsoppfølging, overvåkning av fødsler gjennom sykehusopphold og videre oppfølging av barnet og familien gjennom tjenester ved helsestasjonen. Familier som i tillegg opplever å stå i utfordringer knyttet til denne overgangen, tilbys ytterligere hjelp i tillegg til den ordinære oppfølgingen.

Som en følge av at svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen har blitt mer spesialisert, har mor- og spedbarnsdødeligheten gått drastisk ned i Norge (Jentoft et al., 2011; Pedersen, 2003). Samtidig foregår det en stor debatt i Norge, hvor mange kvinner hever stemmen og krever en bedre fødsels- og barselomsorg. Flere mener at hospitaliseringen av fødselsomsorgen skaper en avstand til den naturlige hendelsen som en fødsel kan sies å være, og at den fødende ikke lenger er den som leder an, men får en mer passiv rolle i sin egen fødsel (Vadset, 2016, s. 102). Det er også et stort engasjement knyttet til nedleggelsen av ABC-klinikken i Oslo, som tilstreber en mer naturlig fødsel uten utstrakt bruk av tekniske hjelpemidler og medisinsk smertelindring. Bunadsgeriljaen har også involvert seg i denne

debatten, som forkjempere for blant annet «flere ressurser til barn og kvinner i svangerskap, under fødsel og i barsel» (Bunadsgeriljaen.no, Leveføden).

Uttrykket «Den vet best hvor skoen trykker, som har den på» er et bilde på at vi aldri helt kan forstå hvordan den vi møter, opplever sin egen situasjon (Amundsen, 2020). Dette har jeg blitt spesielt oppmerksom på gjennom utdanningsløpet i familiebehandling, samt mitt arbeid med forebyggende tilbud til barnefamilier. Gjennom mitt arbeid har jeg møtt mange familier som opplever utfordringer i overgangen til å bli foreldre. I den forbindelse har jeg erfart at det jeg som fagperson vurderer som utfordringer, ikke alltid er det familien selv trekker frem som utfordrende. Videre har jeg erfart at det jeg selv tenker vil være hjelpsomt for familien, ikke nødvendigvis oppleves som hjelpsomt av familien. Selv om vi aldri helt kan forstå den andres opplevelse, kan vi samtidig strekke oss etter å forsøke å utforske den andres erfaring. Med bakgrunn i mine erfaringer fra møter med familier, samt utdanningen i familiebehandling, har det derfor utviklet seg en interesse for å utforske kvinners opplevelser i møtet med de mange velferdstjenester de forholder seg til i overgangen til å bli mødre. Hvilke utfordringer trekker kvinnene selv frem i overgangen til å bli mødre, og hva opplever de som hjelpsomt i møte med hjelpeapparatet?

1.2. Oppgavens formål

Oppgavens formål er å få en dypere forståelse for kvinners møte med hjelpeapparatet i overgangen til å bli mor. Dette kan bidra til at vi som jobber i hjelpeapparatet kan få en utvidet forståelse for hva som mulig kan oppleves som hjelpsomt i disse møtene. Når det snakkes om hjelp som oppleves som hjelpsomt, er jeg i denne oppgaven særlig ute etter mødrenes subjektive beskrivelser av noe som oppleves godt i møte med de utfordringene de opplever å stå ovenfor. Med utfordringer i denne oppgaven menes mødrenes subjektive opplevelse av noe som stressende eller krevende knyttet til overgangen til å bli mor.

1.3. Presentasjon av problemstilling

Studiens problemstilling er som følger:

Hvordan opplever kvinner møtet med hjelpeapparatet i overgangen til å bli mor?

1.4. Begrepsavklaring

Studien tar utgangspunkt i kvinners møte med hjelpeapparatet i forbindelse med å bli mor, og jeg anser det derfor som relevant å redegjøre kort for hva som menes med begrepene hjelpeapparatet og overgangen til å bli mor i denne oppgaven.

1.4.1. Hjelpeapparatet

Med hjelpeapparatet i denne oppgaven menes de velferdstjenester og de profesjonsutøvere som kvinnene møter i en eller annen form for støtte- eller hjelperrolle i overgangen til å bli mor. Det være seg ansatte på helsestasjonen og sykehuset i form av leger, helsesykepleiere, barnepleiere, sykepleiere eller jordmødre, Nav og deres ansatte og personalet som jobber på Familiens Hus.

1.4.2. Overgangen til å bli mor

I teksten bruker jeg ordene overgangen til å bli mor. Med dette mener jeg tiden fra unnfangelse, gjennom graviditet, fødsel og frem til det første leveåret til barnet. For flere av informantene i studien, innebærer denne overgangen også det å bli mor for andre eller tredje gang, og rekker dermed over et lengre tidsrom fra første graviditet og frem til det siste barnets første leveår.

1.5. Oppgavens struktur

Jeg vil her kort informere om oppgavens struktur. Først vil jeg presentere studiens kontekst, tidligere forskning og teoretiske perspektiver som vil benyttes til å belyse resultater av analysen. Deretter vil jeg redegjøre for de metodiske valgene ved denne studien, samt etiske hensyn. Videre vil jeg presentere resultater av analysen og fortløpende diskutere disse i lys av tidligere forskning og de teoretiske perspektivene som er presentert i oppgaven. Til sist vil jeg avslutte oppgaven med en oppsummering og refleksjoner omkring implikasjoner studien kan ha for praksis.

2. Studiens kontekst

I dette kapitlet vil jeg kort redegjøre for studiens kontekst for å innlemme leseren i den rammen studien er utført i. Først vil jeg gi en kort presentasjon av «Familiens Hus», da samtlige kvinner i denne studien har vært i kontakt med denne hjelpeinstansen i tilknytning til å bli mor. Videre vil jeg redegjøre for det jeg ser som relevante sider ved profesjonsutøvelse og makt knyttet til denne oppgaven. Til sist vil jeg kort redegjøre for lovverket som favner kvinnens rett til medvirkning og informasjon.

2.1. «Familiens Hus»

I overgangen til å bli mor får man, som tidligere nevnt, oppfølging av det offentlige hjelpeapparatet gjennom svangerskapskontroller, fødsels- og barselopphold på sykehuset og oppfølging fra helsestasjonen de første leveårene til barnet. Flere av de som opplever denne overgangen som krevende, kan søke ytterligere hjelp i tillegg til den ordinære oppfølgingen. «Familiens Hus» er et av stedene hvor man kan oppsøke hjelp på egenhånd, for å få støtte til det som oppleves som utfordrende i familielivet. De fire informantene som denne studien baserer seg på, er alle rekruttert fra ulike Familiehus rundt omkring i Norge. Navnet «Familiens Hus» er i denne oppgaven benyttet som et pseudonym, for å ivareta personvernet til informantene.

Familiens Hus drives av en ideell organisasjon utenfor det offentlige velferdstilbudet, og er dermed ikke underlagt det samme lovverket som de offentlige tjenestene. Dette gir et friere handlingsrom med tanke på utvikling av tjenestetilbudet. Familiens Hus er et forebyggende-, lavterskel-tilbud som kan ivareta familier som opplever utfordringer i overgangen til familielivet, og som søker støtte i det de står i. Familien tar selv kontakt og sammen med personalet finner de ut hvilke tilbud som kan være til nytte for nettopp denne familien. Familiens Hus tilbyr et bredt spekter av ulike tilbud, som har til hensikt å støtte og hjelpe barnefamilier. Dette inkluderer oppfølging av gravide og mødre med spedbarn i form av spedbarn-gruppe, støttesamtaler og kurs som omhandler foreldrerollen, aktiviteter som skal fremme samspill, mestring og nettverksbygging, og tilbud som har til hensikt å rette seg mot fattigdomsproblematikk.

2.2. Profesjonsutøvelse og makt

I denne oppgaven retter jeg søkelyset mot kvinners møte med hjelpeapparatet. Jeg ser det derfor som relevant å redegjøre for perspektiver på ulike former for makt som knyttes til profesjonsutøvelse, slik jeg benytter de i denne oppgaven. Michel Foucault (1926) knytter begrepet makt til noe vi utøver; mot «[...] hvordan handling styrer handling» (Lundgren et al., 2012, s. 20). Makt blir, ved denne måten å forstå begrepet på, noe som gjøres i relasjon til noe annet, eller noen andre, og blir på denne måten «relasjonell» (Lundgren et al., 2012, s. 20). Jensen og Ulleberg (2019) definerer makt som «[...] evnen eller veien til å nå sine mål eller ha autoritet eller myndighet over noe» (s. 200).

Profesjonsutøveren innehar makt på flere måter, både gjennom synlige og uttalte former, og mer usynlige former. Jensen og Ulleberg (2019) trekker frem at «[...] profesjonsutøvere er satt til å forvalte samfunnets helse-, sosial-, oppdrags- og opplæringspolitikk, og de har myndighet til å ta avgjørelser på vegne av samfunnet» (s. 200). I boken *Makt på nye måter* introduserer Engebretsen og Heggen (2012) begrepet velferdsrett som «[...] maktformer som knytter seg til velferdsstaten og velferdsprofesjonenes yrkesutøvelse» (s. 13).

Profesjonsutøvere har myndighet til å gi behandling eller økonomiske goder gjennom den sosiale institusjonen de opererer igjennom. Jensen og Ulleberg (2019) definerer dette som «institusjonell makt» (s. 200-201). Med den institusjonelle makten medfølger også et ansvar. Det stilles krav til yrkesutøvelsen til den enkelte profesjonsutøver som er nedfelt i lovverket. For eksempel viser helsepersonelloven (1999) § 4 at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»

Makt på mindre uttalte måter kan gjenspeile seg i at profesjonsutøveren innehar fagkunnskap som brukeren kanskje ikke har, men søker, og ved at brukeren ofte trenger noe av profesjonsutøveren, for eksempel støtte eller behandling (Grimen, 2009). På denne måten kan relasjonen mellom profesjonsutøver og bruker anses som en «asymmetrisk» relasjon, hvor brukeren står i en mindre privilegert posisjon (Grimen, 2009, s.25; Jensen & Ulleberg, 2019, s. 201). Denne makt-ubalansen kan profesjonsutøveren mer eller mindre være seg bevisst i møte med brukeren. Grimen (2009) argumenterer for at denne bevisstgjøringen kan være av stor betydning for møtene mellom profesjonsutøvere og

brukere, og gi profesjonsutøvere andre forutsetninger for å forvalte denne makten på en god måte (s. 27 og 31). Foucault mente at makt og kunnskap henger tett sammen og ikke kan sees som adskilte (referert i Jensen & Ulleberg, 2019, s. 200). Kunnskapen som profesjonsutøveren har, kan innebære at profesjonsutøveren forstår utfordringen som brukeren står ovenfor på en annen måte enn det brukeren selv gjør. Definisjonsmakt blir på denne måten et viktig aspekt å være bevisst på ved profesjonsutøvelse (Grimen, 2009, s. 27-28). Med definisjonsmakt menes «[...] makt til å definere og beskrive virkeligheten, altså en makt til å få gjennomslag for sin versjon av virkeligheten» (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 202).

2.3. Medvirkning

I forbindelse med makt-aspektet ved en relasjon mellom bruker og profesjonsutøver, blir også medvirkning et relevant begrep å trekke inn. Innenfor de ulike profesjonene og institusjonene har medvirkning fra brukeren eller pasienten de siste ti-årene fått en større plass (Austvoll-Dahlgren, 2013). Medvirkning handler om å ha innflytelse og påvirkningskraft. Medvirkning er noe en bruker eller pasient har lovpålagt rett til. I lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1 står det: «Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.» Videre står det i samme paragraf at «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud [...]» (Pasient-, og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). En gravid kvinne vil derfor ha lovpålagt rett til for eksempel å ha innflytelse på valg av ulike alternativer for igangsetting av fødsel.

I tillegg til medvirkning har brukeren også rett til å bli informert om den hjelpen hun mottar. I § 3-2 står det at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En gravid kvinne som kommer til sykehuset fordi fødselen er nærstående, har dermed krav på å få informasjon om hva fødselslegen eller jordmor for eksempel gjør når hun undersøker kvinnen, og informasjon om hvordan fødselen på sykehuset vil foregå.

Helsepersonell har altså ansvaret for å gi brukeren medvirkning i sin situasjon, og legge til rette for at brukeren kan ta informerte beslutninger angående sin situasjon. På bakgrunn av dette anser jeg derfor brukermedvirkning som et relevant perspektiv å ha med, når vi skal forsøke å sette oss inn i de ulike møtene med hjelpeapparatet som kvinnene beskriver.

3. Tidligere forskning

I dette kapittelet vil jeg presentere tidligere forskning knyttet til brukeres erfaringer i møte med hjelpeapparatet i overgangen til å bli forelder. Først vil jeg presentere forskning knyttet til kvinners opplevelse av svangerskap, fødsel og barselomsorgen. Deretter vil jeg trekke frem to rapporter som omhandler brukeres erfaringer knyttet til lavterskeltilbud for barnefamilier. Jeg har valgt å presentere forskning hovedsakelig innenfor en norsk kontekst, da jeg anser denne konteksten som mest relevant for oppgavens problemstilling. Forskningen som presenteres vil videre benyttes for å belyse resultatene av analysen.

3.1. Brukeres erfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Kjøllesdal et al. (2009) gjorde en litteraturgjennomgang hvor målet var «[...] å finne og beskrive eventuelle relevante nasjonale undersøkelser og validerte måleinstrumenter som primært er rettet mot brukererfaringer og tilfredshet med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg». De konkluderte med at det ikke fantes slike undersøkelser eller måleinstrumenter i Norge på dette tidspunktet (Kjøllestad et al. 2009, s. 11). Med dette som bakteppe utviklet Sjetne et al. (2013) en nasjonal brukerundersøkelse som tok sikte på å innhente brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge. 8670 kvinner deltok i denne undersøkelsen, som baserte seg på spørreskjema med skalerte svar og fritekstkommentarer (Sjetne et al., 2013, s. 4).

Resultatene fra denne studien viser at kvinnene var mer fornøyde med relasjonen til jordmor enn til legen i svangerskapsoppfølgingen (Sjetne et al., 2013, s. 25-27). Videre rapporterte 76% av kvinnene at kontinuitet, ved å bli fulgt av den samme profesjonsutøveren i svangerskapsoppfølgingen, var «viktig» eller «meget viktig» for dem (s. 24). Kvinnenes erfaringer ved fødselsoppholdet på sykehuset, viste at en av tre kvinner savnet «tilstrekkelig informasjon» av personalet i forbindelse med sin fødsel (s. 40 og s. 99). Likevel var kvinnenes

tilfredshet med fødselsavdelingen høyest i denne undersøkelsen, sett opp mot fornøydhetsnivået med svangerskaps-, barsels- og helsestasjonsoppfølgingen (s. 23).

Brukernes erfaring med barseloppholdet på sykehuset, skåret lavest på tilfredshet, med størst spredning av disse skårene, sammenlignet med svangerskaps-, fødsels- og helsestasjonsoppfølgingen (Sjetne et al., 2013, s. 23). En av fire kvinner rapporterte at personalet «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» var åpne for spørsmål og viste omsorg for mor og barn (s.44). På spørsmål om kvinnene ble møtt med respekt og høflighet svarte 18 % «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» (s. 43). Flere av kvinnene beskrev at de hadde blitt møtt med uhøflighet når de hadde spurt om hjelp, og blitt møtt med lite empati og følelse av omsorg fra profesjonsutøverne på barselavdelingen (s. 105 og 108). Nesten halvparten av kvinnene rapporterte at de ikke hadde fått «[...] tilfredsstillende veiledning i-, eller informasjon om stell av barnet under barseloppholdet» (s. 55). Sett opp mot barselerfaringene, evaluerer kvinnene helsestasjonsoppfølgingen i tiden etter fødsel, betydelig høyere på at de har blitt møtt med respekt, at de opplevde at personalet hadde omsorg for mor og barn, og var åpne for spørsmål (s.62).

Vadset (2016) studerte hvordan kvinner på Babyverden.no beskrev sine fødselshistorier. Hun trekker frem at kvinnene beskriver «[...] seg selv som passive aktører i sin egen fødsel [...]» og «[...] fødselshjelperne som den dominante og styrende aktør, og seg selv i en underordnet rolle» (Vadset, 2016, s. 102). Dyrø (2022) oppsummerer i sin litteraturstudie at kvinner etterspør mer informasjon og bevisstgjøring omkring retten til medvirkning ved fødselsinduksjon (s. 58). Hennes konklusjon er at «[...] individuelltilpasset informasjon og oppfølging [...]» er av betydning for kvinnene (s. 58).

3.2. Brukeres erfaringer med lavterskeltilbud til barnefamilier

Alle informantene i denne oppgavens studie ble rekruttert fra Familiens Hus. Jeg anser det derfor som relevant å presentere noe forskning på brukeres erfaringer med lignende lavterskeltilbud. Bulling (2016) har forsket på et lignende tilbud som Familiens Hus i Norge, og fant at kontinuiteten i oppfølgingen var avgjørende for opplevelsen av et godt tilbud for brukerne (s.6-8). Med kontinuitet menes her at brukeren kunne møte og forholde seg til den samme profesjonsutøveren igjen. Fleksibilitet, ved at man bare kunne stikke innom når det

passet for en selv, ble også trukket frem som positivt. I tillegg var muligheten for å møte andre og drikke en kopp kaffe eller spise et måltid sammen, betydningsfullt for brukerne. Videre kommer det frem at brukerne opplever at personalet er åpne og nysgjerrige, og at de sammen med personalet finner frem til gode tilnærminger og løsninger som passer for familien (Bulling, 2016, s. 8).

En annen rapport på et lignende tilbud som Familiens Hus, finner også at brukerne trekker frem måten man blir behandlet på og relasjonen til de ansatte, som sentralt for hvorfor de er fornøyd med tilbudet (Sand et al., 2021, s. 52-61). Brukerne legger spesielt vekt på en tillitsfull relasjon til personalet, hvor de opplever å bli møtt med respekt og ressursfokus, og hvor de opplever at deres ønsker og preferanser tas på alvor (Sand et al., 2021). Det kommer frem i disse to rapportene at brukerne fra begge disse lavterskeltilbudene er generelt meget fornøyd med tilbudene og hjelpen de mottar. (Bulling, 2016; Sand et al., 2021).

4. Teoretiske perspektiver og modeller

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for teoretiske perspektiver som jeg videre i oppgaven vil benytte for å belyse resultater av analysen og diskusjonen. Først vil jeg beskrive modellen for kunnskapsbasert praksis, videre vil jeg fremstille ekspertmodellen og relasjonsmodellen til Laila Granli Aamodt (1943). Jeg vil så redegjøre for allianseperspektivet slik det benyttes i denne oppgaven. Til sist vil jeg kort redegjøre for Aaron Antonovskys (1923) teoretisering omkring salutogenese og «sense of coherence».

De tre første modellene og perspektivene anser jeg som relevante for å rette søkelyset mot kvinnens opplevelse av samspeillet med profesjonsutøveren. Det siste perspektivet valgte jeg for å kunne belyse kvinnenes følelse av mestring i møte med de utfordringene de står i. Jeg mener at disse perspektivene gir mulighet for tolkninger som retter seg mot den subjektive opplevelsen kvinnene har i møte med hjelpeapparatet, og på denne måten kan de mulig fremme en dypere innsikt i disse erfaringene, for oss som jobber i hjelpeapparatet. Jeg anser derfor disse perspektivene og modellene som relevante for oppgavens formål.

4.1. Kunnskapsbasert praksis

Innenfor det norske hjelpeapparatet har det blitt et økt fokus på brukermedvirkning i utformingen av de ulike tilbudene og i hvert enkelt møte mellom bruker og profesjonsutøver. Dette har rettet søkelyset mot hvilken kunnskap vi som profesjonsutøvere baserer våre handlinger på, og brukerens kunnskap har fått større plass i beslutningsprosesser som angår brukeren. Kunnskapsbasert praksis illustreres ofte med en sirkelmodell som tydeliggjør hvor vi henter denne kunnskapen fra, og som gir tydelige anbefalinger om hvilke kunnskapsgrunnlag vi bør basere vår praksis på (Helsebiblioteket, 2021). Modellen legger vekt på at fagutøvelsen bør være en kombinasjon av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Jamtvedt et al., 2022, s. 13). Disse tre kunnskapselementene kombinert, illustreres med en ytre sirkel som indikerer kontekst. Det legges vekt på at vi må ta hensyn til konteksten som vi utøver vår praksis i. I kapittelet *Presentasjon av resultater*, vil jeg benytte denne modellen ved å se på forholdet mellom profesjonsutøverens kunnskap og brukerens kunnskap, slik dette oppleves av kvinnene. Jeg vil videre redegjøre for de ulike elementene i modellen for kunnskapsbasert praksis.

Forskningsbasert kunnskap er hele tiden i bevegelse og forandring ettersom vi stadig søker en bredere og dypere forståelse av ulike fenomener. Det betyr at det vi en gang lærte gjennom profesjonsutdanningen, ikke nødvendigvis er gjeldende 10 år senere. Vi er derfor avhengig av å innhente den nyeste forskningsbaserte kunnskapen på det feltet vi utøver vår praksis. Ved å formulere gode og presise spørsmål, gjøre relevante litteratursøk og kritisk vurdere den forskningen som hentes frem, kan vi få oppdatert kunnskap som vi kan utøve vår praksis på bakgrunn av (Helsebiblioteket, 2021). Eksempelvis var det tidligere vanlig praksis å anbefale å legge barnet på magen når det sov, da dette ville styrke barnet. Senere forskning fant ut at dette økte sannsynligheten for krybbedød, og dagens anbefaling og praksis er dermed endret på bakgrunn av denne informasjonen.

Før vi kan benytte den forskningsbaserte kunnskapen i praksis, må vi innlemme den i et samspill mellom erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og den relevante konteksten som kunnskapen skal benyttes i (Helsebiblioteket, 2019, 5. Anvende). Med erfaringsbasert kunnskap i denne modellen, menes den kunnskapen som en profesjonsutøver erverver seg

gjennom sine erfaringer i utøvelsen av sitt fag (Jamtvedt et al., 2022, s 26). Jamtvedt et al. (2022) benytter ordene «klinisk ekspertise» eller «skjønn» i beskrivelsen av hva erfaringsbasert kunnskap er (s. 26). I denne oppgaven har jeg valgt å ikke skille mellom forskningsbasert kunnskap og erfaringskunnskap slik modellen for kunnskapsbasert praksis gjør. Istedenfor har jeg valgt å omtale disse to kunnskapskildene under ett, ved å bruke ord som *ekspertkunnskap* eller *profesjonskunnskap*. Dette med bakgrunn i oppgavens fokus. Jeg legger vekt på å undersøke kvinnens opplevelse av vektingen av kunnskap som spiller inn i situasjonen hun befinner seg i, nemlig profesjonsutøverens kunnskap; den forskningsbaserte og erfaringsbaserte, og kvinnens kunnskap; brukerkunnskapen.

Ordet brukerkunnskap henviser til den kunnskapen brukeren eller pasienten tar med seg inn i situasjonen hun befinner seg i, det være seg selvopplevde erfaringer, preferanser og verdier (Jamtvedt et al., 2022, s. 27). Ved å vektlegge denne kunnskapen i beslutninger som tas, kan beslutningen tilpasses den enkelte. Under en konsultasjon i svangerskapsoppfølgingen vil for eksempel kvinnens erfaring av eget svangerskap bli en viktig kunnskapskilde for beslutninger omkring hvilken oppfølging hun skal få. Hennes ønske om informasjon knyttet til en fødsel hun er bekymret for, vil være et eksempel på en preferanse kvinnen har, og som ved å bruke denne modellen, vil spille inn på hvilket innhold en konsultasjon på helsestasjonen vil rette søkelyset mot.

Konteksten henviser til den settingen som kunnskapen skal iverksettes i. «Konteksten er knyttet til kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold, politikk og prioriteringer» (Jamtvedt et al., 2022, s. 29). Konteksten har en stor påvirkningskraft på alle de tre kunnskapselementene i kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt et al., 2022, s. 29).

Når disse fire elementene kombineres, kan det tas «velinformerte beslutninger» omkring hjelp som kan være nyttig for nettopp dette individet (Jamtvedt et al. 2022, s. 27), eller samvalg som Helsebiblioteket (2021) betegner det som (5.2. Samvalg). «Samvalg er det norske begrepet for «shared decision making» og defineres som en felles beslutningsprosess hvor den forskningsbaserte kunnskapen, helsepersonells erfaringer og brukerens erfaring og preferanser brukes aktivt for å ta et informert valg» (Helsebiblioteket, 2021, 5.2 Samvalg). For at et velinformert valg skal kunne tas er det nødvendig at profesjonsutøveren deler den forskningsbaserte- og erfaringsbaserte kunnskapen sin med brukeren, og at brukeren deler

sin personlige kunnskap og sine preferanser med profesjonsutøveren (Helsebiblioteket, 2021, 5.2 Samvalg). På denne måten har de begge tilgang på den samme informasjonen og kan utføre et samvalg på bakgrunn av kombinasjonen av de tre kunnskapskildene, innlemmet i konteksten beslutningen gjøres i.

Ved et samvalg kan vi si at det er to eksperter som jobber sammen for å fatte den beste beslutningen. Profesjonsutøveren er ekspert på sitt fag, for eksempel fysioterapi eller fødsler, og brukeren er ekspert på eget liv, egne preferanser, verdier og livssyn (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2016, 2:00). På denne måten kan samvalg sees på som en måte å fremme demokratisering i relasjonen mellom bruker og profesjonsutøver (Folkehelseinstituttet, 2019). Jamtvedt et al. (2022) bruker ordet «likeverdige samarbeidspartnere» for å beskrive den samme prosessen (s. 27). Jamtvedt et al. (2022) vektlegger at disse kunnskapskildene vil veie ulikt i de unike situasjonene som profesjonsutøveren forholder seg til (s. 29-30). I noen situasjoner vil kanskje brukerens ønsker legges mer vekt på enn i andre situasjoner, hvor den forskningsbaserte kunnskapen gir en veldig tydelig anbefaling for beslutninger, slik som i eksempelet om krybbedød beskrevet tidligere.

4.2. Ekspertmodellen vs. Relasjonsmodellen

En annen modell som retter søkelyset mot likeverd i relasjonen mellom profesjonsutøver og bruker er relasjonsmodellen til Aamodt (2003). Hun fremstiller to modeller som kan belyse hva som skjer i kvinnens møte med hjelpeapparatet og profesjonsutøveren, nemlig ekspertmodellen og relasjonsmodellen. Aamodt (2003) argumenterer for at ekspertmodellen har vært den rådende innenfor sosial- og helsefag, og at den bygger på en vitenskapelig antagelse om at jeg som subjekt ved visse metoder kan få kunnskap om den objektive virkeligheten (s. 156). På denne måten er ekspertmodellen preget av paternalisme. Med paternalisme menes at profesjonsutøveren ser på seg selv som den «[...] som vet hva som er best for brukeren, og som avgjør hvilket tilbud brukeren skal få» (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 202). I ekspertmodellen anser altså profesjonsutøveren seg selv som ekspert og brukeren som en hun skal behandle, hjelpe eller endre. Brukeren som i utgangspunktet er et subjekt, gjøres på denne måten til et objekt som utsettes for ekspertens handlinger og beslutninger. Aamodt (2003) mener at ekspertmodellen på denne måten tilbyr det som

Skjervheim (1957) kaller en «to-leddet relasjon» i møte mellom profesjonsutøver og bruker (referert i Aamodt, 2003, s.155-156). Dette kan for eksempel skje ved at en kvinne kommer til helsestasjonen til kontroll med sin 9 måneder gamle datter. Helsesykepleier veier og måler datteren, og mor og helsesykepleier har en kort prat om jentas utvikling. Under samtalen reagerer helsesykepleier på at mor virker sløv og ikke har noe særlig øyekontakt med datteren under konsultasjonen. Helsesykepleieren sender en bekymringsmelding til barneverntjenesten i etterkant av konsultasjonen, da hun er bekymret for omsorgen til barnet. Her kan vi tenke oss at relasjonen blir to-leddet, ved at det kun er helsesykepleierens kunnskap som vektlegges i denne situasjonen. Mor blir på denne måten et objekt for helsesykepleierens vurderinger, beslutninger og handlinger.

I relasjonsmodellen beskriver Aamodt (2003) at flere typer kunnskap vektlegges, både profesjonsutøverens og brukerens. På denne måten blir relasjonen mellom kvinnen og profesjonsutøveren «tre-leddet» ved at det er to subjekter som deler sine tanker om et felles anliggende (Skjervheim, 1957, referert i Aamodt, 2003, s. 155-156). Hvis vi tenker oss at helsesykepleieren under konsultasjonen i eksempelet over, velger å dele sin bekymring med mor, og gir plass til mors respons, kan det tenkes at beslutningen kan se annerledes ut. Kanskje kommer det frem at mor ikke har sovet ordentlig på flere uker, da datteren våkner hyppig gjennom natten og gråter, og partneren hennes er på en lang jobbreise. Hvis denne kunnskapen vektlegges videre, kan det tenkes at trillehjelp, slik at mor kan få sove noen timer på dagen, kanskje vil være en bedre beslutning enn en bekymringsmelding til barneverntjenesten.

Aamodt (2003) trekker frem at anerkjennelse bør være en sentral del av et møte mellom profesjonsutøver og bruker (s. 155). Hun sier det slik: «Når to parter samtaler om en sak, vil anerkjennelsen innebære at begge parter har rett til å uttale seg, bli lyttet til, sett og respektert» (Aamodt, 2003, s. 159). Hun utdyper videre at «Anerkjennelse er ikke noe vi først og fremst sier eller gjør, men representerer en holdning der respekten for det andre mennesket og hans eller hennes opplevelser er grunnleggende» (Aamodt, 2003, s. 159). Aamodt (2003) legger altså vekt på at anerkjennelse ikke er en metode eller et redskap, men representerer hvordan profesjonsutøveren grunnleggende sett respekterer og vektlegger hvordan kvinnen selv opplever det hun står i.

Videre legger Aamodt (2003) mer enn bare respekt i ordet anerkjennelse (159). Hun retter også søkelyset mot en gjensidighet mellom profesjonsutøveren og kvinnen, hvor anerkjennelse bare blir «[...] anerkjennelse i kraft av at den blir gitt av en vi selv anerkjenner. Anerkjennelse er med andre ord et relasjonelt begrep som understreker gjensidigheten i relasjonen» (Aamodt, 2003, s. 159). Slik jeg forstår Aamodt blir denne tre-leddede relasjonen kun preget av anerkjennelse hvis respekten for den andres meninger går begge veier. Aamodt argumenterer dermed for at «[...] begreper som likeverd, gjensidighet og anerkjennelse [...]» legger føringer for samtaler hvor både brukerens- og profesjonsutøverens kunnskap vil få plass (Aamodt, 2003, s. 160). I denne oppgaven vil jeg bruke ekspert- og relasjonsmodellen til å belyse flere av beskrivelsene til kvinnene i møte med profesjonsutøvere.

4.3. Arbeidsallianse

Innenfor en terapeutisk setting er arbeidsallianse et relevant begrep. Begrepet er mye brukt innenfor individual- og familierapi, og har vist seg å ha en stor betydning for utfallet av selve terapien (Horvath et al., 2011, s. 25-69). Arbeidsallianse omhandler «[...] kvaliteten og styrken på samarbeidet mellom klienten og terapeuten» (fritt oversatt fra Bergmann, 2017, s. 24). I denne oppgaven har jeg valgt å benytte dette perspektivet, da jeg mener det kan belyse kvinnenens opplevelse av samarbeid og relasjon i sine møter med ulike profesjonsutøvere. Jeg vil derfor videre redegjøre for begrepet arbeidsallianse.

Ifølge Brodins (1979) opprinnelige teoretisering rundt begrepet arbeidsallianse, består alliansen av tre elementer som virker sammen og er avhengige av hverandre (s. 253-255). Disse tre elementene er (a) enighet om mål mellom terapeut og klient, (b) enighet om oppgaver og (c) det relasjonelle båndet mellom terapeut og klient (Bordin, 1979, s. 253-255). Med enighet om mål, menes at både klient og terapeut har den samme forståelsen for- og er enige om målet med arbeidet. I dette ligger det en forutsetning om samarbeid for å komme frem til et mål som begge er enige om. Enighet om oppgaver omhandler enighet om hvilke arbeidsmetode som kan få oss frem til dette målet og hvem som har ansvaret for hva. Med båndet mellom terapeut og klient menes det emosjonelle båndet som utvikles mellom klient og terapeut i en terapissetting (Bordin, 1979). Dette båndet innebærer, ifølge Ryum og Stiles (2005), «[...] gjensidig tillit, aksept og fortrolighet» (3. avsnitt).

Jensen og Ulleberg (2019) argumenterer for at alliansebegrepet også er relevant utenfor terapirommet, og da spesielt i sammenhenger hvor dialog mellom bruker og profesjonsutøver er sentralt (s. 204). Jeg vil legge til at alliansebegrepet i tillegg kan være relevant når samarbeid er en viktig del av møtene mellom profesjonsutøver og bruker. En allianse kan være kortvarig slik som for eksempel mellom mor og jordmor under en fødsel på sykehuset, eller langvarig som for eksempel gjennom oppfølging av helsesykepleier på helsestasjonen over de seks første årene til barnet.

4.4. Salutogenese og «Sense of coherence»

Til tross for at graviditet ikke anses som en sykdom, foregår det store forandringer i kropp og psyke hos kvinnen i overgangen til å bli mor, som mange opplever som utfordrende. Alle informantene i denne studien hadde utfordringer knyttet til egen fysiske eller psykiske helse i forkant av-, under- eller etter svangerskapene sine. Jeg vil derfor argumentere for at det er relevant å plassere denne overgangen innenfor et helseperspektiv i denne oppgaven. På bakgrunn av at informantene i denne studien ikke virket å være så opptatt av utfordringene knyttet til helsen i seg selv, men mer deres opplevelse av å mestre situasjonen de var i, anser jeg Antonovskys perspektiv på helse som et relevant perspektiv å belyse kvinnenenes erfaringer med. Jeg vil nå redegjøre kort for dette perspektivet.

Den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky (1923) gjorde i 1970-årene et grundig arbeid knyttet til teoretisering av begrepet helse (Antonovsky, 2012, s. 29-37). Han mener at helse befinner seg på et kontinuum med god helse på den ene enden og uhelse på den andre, og at vi alle befinner oss et sted på skalaen. I motsetning til patogenese, som er opptatt av å se på hva som fører til sykdom, og som har et tydelig skille mellom syk og frisk, er Antonovsky opptatt av hva som fører oss nærmere helseenden av skalaen, kalt salutogenese.

Patogenese baserer seg på en lineær forståelse som tar utgangspunkt i en årsak - virkning tankegang, mens salutogenese er opptatt av å se på helheten, inkludert sykdommen, men med et fokus på hva som beveger personen mot helse og bort fra uhelse. Inntar man det salutogene perspektivet retter en dermed også søkelyset på mestring, noe jeg anser som relevant i møte med utfordringer knyttet til overgangen til å bli mor.

Antonovsky (2012) argumenterer for at det ikke er stressfaktorer eller risikofaktorer i seg selv som avgjør om vi beveger oss mot uhelse eller helse, men vår «sense of coherence», eller på norsk; opplevelse av sammenheng, heretter kalt SOC (s. 39-41). SOC er et samlende begrep delt inn i tre hovedelementer, som inkluderer begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Med begripelighet menes hvor forståelig det personen utsettes for- eller gjennomgår oppleves. Håndterbarhet omhandler personens opplevelse av at hun har ressurser tilgjengelig til å håndtere det hun opplever. Dette kan innebære egne ressurser eller ressurser en henter fra andre en «har tillitt til» (Antonovsky, 2012, s. 40). Med meningsfullhet henviser Antonovsky (2012) til både den følelsesmessige og kognitive opplevelsen av at det man gjennomgår har en mening og en verdi for en selv (s. 39-41). I denne oppgaven vil jeg benytte spesielt begrepene begripelighet og håndterbarhet for å belyse kvinnenens beskrivelser av det de opplever.

5. Metodisk tilnærming

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for prosessen gjennom denne studien. Først vil jeg presentere valg av metode og mitt vitenskapsteoretiske ståsted. Deretter vil jeg presentere rekrutteringsprosessen og utvalget av informanter til studien. Videre i kapittelet beskriver jeg prosessen med å forberede og gjennomføre intervjuene. Til slutt vil jeg redegjøre for hvordan analysearbeidet ble gjennomført, i tillegg til forskningsetiske hensyn jeg har tatt og hvordan prosjektets pålitelighet og relevans kan vurderes.

5.1. Valg av metode

For å få innblikk i-, og mer kunnskap om hvordan mødre opplever møtet med hjelpeapparatet i overgangen til å bli mor, ble det naturlig å snakke med kvinnene selv. Jeg var interessert i deres subjektive beskrivelser og opplevelser, og jeg valgte derfor kvalitativ metode, som gir mulighet for å undersøke subjektiv meningsdannelse (Magnusson & Marecek, 2015; Thagaard, 2009, s. 61 og 87-90). Jeg anså individuelle intervjuer som mest egnet, både av hensyn til sensitiviteten av informasjon som skulle innhentes og muligheten for å dypdykke inn i hver enkelt kvinnes beskrivelse og gi de muligheten til å snakke fritt uten avbrytelser.

5.2. Forforståelse og vitenskapsteoretisk ståsted

I tråd med valg av metode som beskrevet ovenfor kan det sies at jeg i møte med kvinnene tar et fenomenologisk ståsted ved å fokusere på kvinnenes egne beskrivelser av sine erfaringer i møte med hjelpeapparatet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45-51).

«Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer» (Thagaard, 2009, s. 38).

«Fenomenologien bygger på en underliggende antakelse om at realiteten er slik folk oppfatter at den er» (Kvale, 1997, s.40, I Thagaard, 2009, s. 38). Samtidig anerkjenner jeg at jeg ikke uten videre har tilgang på kvinnenes subjektive opplevelser. Ulleberg (2004) sier det slik: «Samtidig som man gjør sitt beste for å forstå den andre mest mulig ut fra henne selv, må vi være klar over at vi alltid bare vil forstå vår versjon av den andres forståelse» (s. 167).

Kvinnenes opplevelser ble formidlet gjennom deres egne språklige beskrivelser i en intervjusetting. Det er rimelig å anta at kvinnenes beretninger påvirkes av denne intervjusettingen og relasjonen mellom meg og kvinnen (Haavind, 2000, s. 19).

Intervjumaterialet er dermed påvirket av den sosiale settingen som intervjuet innhentes i og kvinnens oversettelse fra opplevd erfaring til språklig fremstilling. Jensen og Ulleberg (2019) sier at «[...] det er våre konstruksjoner av virkeligheten vi bygger vår forståelse på» (s. 82).

Hvordan et hvert individ skaper mening i det man opplever, kan påvirke utgangspunktet for videre handling, ønsker og opplevelse av behov. Måten vi skaper mening på er individuelt, samtidig kan vi ikke se denne meningsdannelsen separat fra konteksten personen befinner seg i (Jenssen et.al., 2020, s. 173). Med konteksten her mener jeg den sosiale verden, kulturen og det historiske perspektivet. På denne måten er mitt vitenskapsteoretiske ståsted også et konstruktivistisk ståsted (Thagaard, 2009, s. 44). Et konstruktivistisk ståsted innebærer at jeg ikke anser den kunnskapen som produseres i denne studien som sann eller objektiv, men at den er påvirket av sosiale-, historiske-, og kulturelle faktorer, og på den måten er konstruert i relasjon mellom meg og informantene (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 75).

Videre i denne forskningsprosessen foregår det et fortolkningsarbeid i alle ledd som kan passe med et hermeneutisk ståsted. Thagaard (2009) sier at «All forståelse bygger på en forforståelse» (s. 39). I denne studien vil det gjelde for både informanten og meg. For informanten kan vi si at enkelhermeneutikken er gjeldende. «Enkelhermeneutikk handler

om individets tolkning av seg selv og sin intersubjektive situasjon eller virkelighet» (Thagaard, 2009, s. 42). Videre blir min «[...] fortolkning av denne virkeligheten» en dobbelthermeneutikk (Thagaard, 2009, s. 42). Med dette mener jeg at min forståelse av det informanten formidler er preget av min forforståelse. Denne forforståelsen er igjen preget av min egen sosiale og historiske bakgrunn, eksempelvis; min kunnskap innenfor faget familierapi som jeg studerer, mine erfaringer knyttet til eget familieliv, erfaringer knyttet til mitt arbeid med barnefamilier, egne verdier og menneskesyn. De ulike leddene i studien; utforming av forskningsspørsmål, intervjudesign, gjennomføring av intervju, analyse, presentasjon av resultater og diskusjon, er alle påvirket av min forforståelse (Thagaard, 2009).

Samtidig har jeg forsøkt å være meg bevisst denne forforståelsen ved å forsøke å sette min egen forforståelse i parentes, spesielt i utarbeidelse av intervjuguiden, i gjennomføringen av selve intervjuet og i analysearbeidet. På denne måten kan vi si at jeg tar et fenomenologisk-hermeneutisk ståsted i denne oppgaven. Jeg vil fremheve at oppgaven ikke baserer seg på en fenomenologisk eller hermeneutisk metodologi, men at dette er mitt vitenskapelige, epistemologiske ståsted for oppgaven. Jeg anerkjenner at denne oppgaven er en konstruksjon som kunne sett annerledes ut med en annens øyne og utførelse. (Justeussen & Mik-Meyer, 2010, s. 29; Kvale & Brinkmann, 2009, s. 219).

5.3. Rekruttering og utvalg

For å få svar på forskningsspørsmålet mitt knyttet til kvinners opplevelser i møte med hjelpeapparatet i overgangen til å bli mor, ønsket jeg å intervju kvinner som nylig hadde vært igjennom denne overgangen. I overgangen til å bli mor er det naturlig å motta hjelp gjennom svangerskapskontroller, fødsel på sykehuset, samt oppfølging via helsestasjonen. Da jeg i utgangspunktet ønsket å snakke med kvinner som av ulike årsaker opplevde ytterligere utfordringer knyttet til denne overgangen, valgte jeg derfor et strategisk utvalg (Thagaard, 2009, s.55). Jeg valgte å kontakte flere instanser som jeg visste hadde tjenester som rettet seg mot mødre med spedbarn, for å forsøke å rekruttere informanter derfra.

Min forforståelse var at kvinner som har oppsøkt slike tilbud hadde utfordringer knyttet til familielivet eller det å få et barn, som gjorde at de oppsøkte støtte fra disse instansene. Etter

gjennomføring av intervjuene innså jeg at mine antagelser ikke stemte for alle informantene. Ikke alle så på seg selv som kvinner som opplevde utfordringer de trengte støtte til, men hadde deltatt i tilbudet fordi de fikk en anbefaling fra helsestasjonen eller ble nysgjerrige og stakk innom. Av fagpersoner innenfor helse- og sosialfag ville familiene til disse kvinnene likevel kunne bli omtalt som familier i sårbare livssituasjoner. Dette-, enten på grunn av helseutfordringer, økonomi, lite nettverk eller som del av en immigrert familie som har kommet til Norge på grunn av en sårbare livssituasjon i sitt hjemland. Av respekt for informantenes egne subjektive meninger om seg selv, og med tanke på hvem som besitter definisjonsmakten, har jeg derfor ved utarbeidelse av denne oppgaven valgt å ikke definere kvinnene inn under en kategori av kvinner som spesielt opplever utfordringer i overgangen til å bli mor (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 202). Samtidig tenker jeg at det er relevant, med tanke på overførbarhet, å se resultatene i lys av informanter som kan sies å stå i sårbare livssituasjoner.

For å rekruttere informanter til intervju tok jeg kontakt med fire institusjoner. Jeg kommuniserte med lederne på telefon og e-post med vedlagt infoskriv og samtykkeskjema. Lederne videreformidlet informasjonen til de som hadde ansvaret for tilbudet til kvinner med spedbarn. Alle som på daværende tidspunkt eller de siste 6 månedene hadde benyttet seg av dette tilbudet, ble spurt om de ønsket å delta i studien. De fikk informasjon om studien både muntlig og skriftlig av de som hadde ledet tilbudet de hadde deltatt i.

Jeg anså det som en mulig barriere for potensielle informanter, å selv skulle ta direkte kontakt med meg for å meddele at de ønsket å delta. For å ta hensyn til dette, sørget jeg for at de som ønsket å delta, fikk mulighet til å gi sitt mobilnummer til lederen av tilbudet, som igjen videreformidlet kontaktinformasjonen til meg. Jeg tok deretter fortløpende kontakt per telefon med kvinnene som ønsket å delta, for å avtale tidspunkt for intervju og eventuelt svare på spørsmål de hadde.

Fem kvinner fra flere forskjellige instanser ønsket å delta. I tillegg til disse fem, var det ytterligere tre kvinner som var interessert i å delta. Disse tre kvinnene hadde mottatt mitt telefonnummer av de som driftet tjenesten, med beskjed om selv å ta kontakt med meg på telefon. Ingen av disse tre kvinnene tok kontakt. Dette kan skyldes ulike årsaker, blant dem at de fant det utfordrende å ta kontakt med meg direkte.

Jeg intervjuet fem kvinner. To av kvinnene hadde høyere utdanning, noen hadde gjennomført grunnskole, mens en av kvinnene ikke hadde fullført grunnskolen. Tre av kvinnene eide egen bolig på over 100 kvm, mens de andre to leide leilighet og hvor leilighetene var små med tilsynelatende lav standard. Flere av kvinnene bodde i områder med mange lavinntektsfamilier. En av kvinnene var født og oppvokst utenfor Norge, og en av kvinnene som var født og oppvokst i Norge, hadde foreldre som var innvandrere. Tre av kvinnene var bosatt i større byer, mens to av kvinnene var bosatt i utkanten av mindre byer og tettsteder.

For å ivareta personvernet til informantene ble personopplysningene til informantene; som navn, adresse for intervju og telefonnummer, oppbevart på en kryptert minnepenn innelåst i et brannsikkert skap (Thagaard, 2009, s. 27-28). Adressen ble slettet etter intervjuet og kun fornavnet til informanten og telefonnummer ble stående igjen på den krypterte minnepennen.

En av informantene valgte å trekke sitt samtykke en måned etter at intervjuet ble gjennomført. I mitt arbeid hadde jeg da allerede begynt prosessen med analysen. Jeg valgte derfor å begynne analysearbeidet på nytt, da denne informantens uttalelser var sentrale i store deler av analysen. Samme dag som informanten trakk sitt samtykke, slettet jeg datamaterialet fra denne informanten. Det inkluderte samtykkeskjema, lydfilen, transkripsjonen fra intervjuet og alle notatene knyttet til intervjuet med denne informanten. Jeg slettet også analysematerialet knyttet til denne informanten. Jeg var i kontakt med informanten på telefon og fikk informasjon om hvorfor informanten ønsket å trekke sitt samtykke. Jeg informerte informanten om at materialet var slettet og skrev at hun var velkommen til å ta kontakt med meg eller min veileder om hun skulle ha spørsmål i ettertid. Deretter slettet jeg hennes personopplysninger fra den krypterte minnepennen, samt anropsloggen fra telefonen, for å ivareta personvernet til informanten.

Jeg lærte mye av denne erfaringen, og vil ta den med meg videre i mitt samarbeid med barnefamilier og eventuelt fremtidig forskningsarbeid. I oppgavens videre tekst vil det omtales fem informanter i *Gjennomføringen av intervju og Transkribering*, mens det under *Presentasjon av resultater*, kun henvises til fire informanter.

5.4. Forberedelse og gjennomføring av intervju

I følgende kapittel vil jeg redegjøre for innholdet i intervjuguiden og hvordan intervjuene ble gjennomført.

5.4.1. Intervjuguide

For å få innblikk i mødrenes egne erfaringer i overgangen til å bli mor, så jeg det som relevant i utarbeidelsen av intervjuguiden å utforske tidsrommet fra unnfangelse og frem til dagen hvor intervjuet ble gjennomført. På bakgrunn av dette valgte jeg å strukturere intervjuet i tid ved bruk av en tidslinje. Tidslinjen startet ved unnfangelse og gikk frem til dagen intervjuet ble gjennomført. Fordi jeg ønsket at kvinnene skulle fortelle så fritt som mulig, samtidig som jeg var interessert i et litt lengre tidsrom i livet til kvinnene, valgte jeg å strukturere tidslinjen med seks punkter som jeg så på som naturlige perioder å stoppe opp ved (Thagaard, 2009, s. 89). Disse seks punktene var unnfangelse, graviditet, fødsel, barseltid, det første leveåret til barnet og her og nå.

Min antagelse var at disse punktene ville hjelpe oss tilbake i tid og frembringe minner og beskrivelser av erfaringer som kvinnene selv anså som viktige for seg. Jeg brukte tidslinjen som en ramme for intervjuet og la den på bordet mellom oss ved gjennomføring av intervju, slik at vi begge hadde en ramme å forholde oss til og et felles fokus. Jeg hadde et håp om at informanten ville fortelle fritt og trekke frem det som informanten selv anså som viktig innenfor denne rammen (Haavind, 2000, s. 32-33; Thagaard, 2009, s. 89).

Som et tilskudd til denne tidslinjen hadde jeg egne stikkord og spørsmål knyttet til hver av punktene på tidslinjen, som jeg kunne benytte meg av hvis informanten ikke hadde så mye på hjertet og søkte til en mer strukturert form på selve intervjuet. Dette for å sørge for at intervjuet kunne tilpasses den enkelte informant, og skape en intervjuetting som hver av de kjente seg komfortabel i. I tillegg til disse stikkordene, hadde jeg en liste med oppfølgingsspørsmål som jeg kunne benytte meg av for å utdype det informanten valgte å snakke om (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 151-152; Thagaard, 2009, s. 91-92). Ved å ha en slik fleksibel intervjuguide som beskrevet over, håpet jeg både på å ha et visst avgrenset fokus, samtidig som jeg var åpen for det informanten anså som viktig (Haavind, 2000, s. 32-33)

5.4.2. Gjennomføring av intervjuene

Før intervjuene fant sted hadde jeg søkt og fått godkjenning av Sikt (tidligere NSD, med referansenummer 246249), samt fått godkjenning fra OsloMet om å innhente røde data. Opplysningene ble kategorisert som røde, grunnet innhenting av opplysninger knyttet til graviditet og fødsel som kategoriseres som helseopplysninger. Jeg gjennomførte en ROS analyse i forkant av intervjuene, i tråd med retningslinjene ved OsloMet ved innhenting av røde data. Dette for å gjøre et godt forarbeid rundt risikovurdering knyttet til prosjektet og sette inn tiltak for å redusere risikoen. Fokuset i analysen la spesielt vekt på å redusere risikoen knyttet til brudd på personvernet til informantene, da jeg anså dette som spesielt viktig. ROS-analysen ble godkjent av Inger Johanne Flatland ved OsloMet før intervjuene ble gjennomført.

Intervjuene ble gjennomført med en manuell diktafon, etter retningslinjene for unntak ved innhenting av røde data ved OsloMet. Lydfilen ble overført til en kryptert minnepenn umiddelbart etter at hvert enkelt intervju var gjennomført, og deretter slettet fra minnekortet til diktafonen. Minnepennen ble oppbevart i et låsbart, brannsikkert skap i min private bolig.

Kvinnene var selv med på å bestemme hvor intervjuet skulle gjennomføres (Thagaard, 2009, s. 99). Mine forslag var et samtalerom på Familiens Hus, et mer nøytralt sted; som et grupperom på et bibliotek i nærheten av informantens hjem, eller hjemme hos informanten. Fire av kvinnene ønsket at vi gjennomførte intervjuet i eget hjem. Tre av disse hadde det yngste barnet hjemme hos seg under selve gjennomføringen, delvis våken og delvis sovende.

Et av intervjuene ble gjennomført på et lukket rom på et bibliotek i nærheten av informantens hjem. I forkant av dette intervjuet burde jeg ha undersøkt grupperommet vi ble tildelt, da dette rommet hadde et vindu ut til biblioteket. Andre besøkende kunne dermed se oss inne på dette rommet. I ettertid har jeg vurdert at dette kunne ført til et mulig brudd på personvernet hvis bekjente av meg eller informanten hadde sett oss. Samtidig var det ingen som var informert om hva vi skulle på dette rommet. Til bibliotekets ansatte hadde jeg, på spørsmål om hva vi trengte rommet til, sagt at vi var to som skulle jobbe sammen om en skole-relatert oppgave.

Sammen med kvinnene kom vi frem til dag og tidspunkt hvor intervjuene kunne gjennomføres. Fire av intervjuene ble utsatt på grunn av sykdom hos informanten eller barna deres. Intervjuenes varighet varierte fra 40 minutter til 2 timer.

Informantene hadde alle mottatt informasjonsskrivet fra ansatte ved institusjonen jeg rekrutterte fra, og før intervjuet startet, gikk vi sammen igjennom informasjonsskrivet muntlig. Jeg åpnet opp for spørsmål og deretter gjennomførte informanten en skriftlig signering av informert samtykke (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 88- 90 og s. 141).

Under gjennomføring av intervjuene anså jeg det som viktig å forsøke å skape en trygg atmosfære (Thagaard, 2009, s. 99-101). Jeg stoppet opp i intervjuet og interagererte med barnet når det henvendte seg til meg med blick eller lyder, og jeg sørget for at informanten fikk mulighet til å ivareta barnet med udelt oppmerksomhet når barnet henvendte seg til mor eller trengte noe av henne. Dette for å ivareta både informanten og barnet, og gjøre intervjuet mindre krevende for informanten. Da informanten snakket, forsøkte jeg å være aktivt lyttende og la meg bli opptatt av det informanten var opptatt av i sin fortelling. Videre stilte jeg oppfølgingsspørsmål som kunne utdype deres erfaringer og opplevelser (Thagaard, 2009, s. 91-92). Jeg erfarte at dette ble lettere for meg etter hvert som jeg selv ble tryggere i intervjuet.

For å ivareta informanten og selv ta læring av intervjusituasjonen, valgte jeg etter at intervjuet var avsluttet og diktafonen var skrudd av, å legge til rette for en samtale om hvordan det hadde vært for informanten å gjennomføre intervjuet, og om noe kunne vært gjort annerledes for at informanten skulle kjenne seg ivaretatt (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 142).

5.5. Analyse og resultater: å finne mening i kvinnenes beskrivelser

I analysen ønsket jeg å benytte meg av en metode som kunne hjelpe meg å undersøke hvordan kvinnene skapte mening ut av det de opplevde, ved å rette fokus mot hvordan de opplevde noe og hva de selv syntes om det. Jeg baserte derfor analysen min på Magnusson og Marecek (2015) sitt kapittel som heter «Finding meaning in peoples talk» (s. 83-101), og ble også inspirert av kapittel 1 i Haavinds (2000) bok *På jakt etter kjønnede betydninger* (s.7-

57). Jeg vil videre redegjøre for gjennomføring av transkribering, kategorisering og valg av analytiske temaer.

5.5.1. Transkribering

Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv, med den hensikt å ivareta personvernet til informantene og bli godt kjent med eget intervjumateriale (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 189). For å heve sikkerheten rundt personvernet til informantene, valgte jeg å gjennomføre transkriberingen i eget hjem med internettet skrudd av. Transkripsjonene ble lagret på en kryptert minnepenn, innelåst i et brannsikkert skap. Når jeg transkriberte ble informantene anonymisert ved at det ikke ble nevnt navn, stedsnavn eller institusjonen som familien hadde vært i kontakt med (Magnusson & Marecek, 2015, s. 75-76).

De to første intervjuene ble transkribert en tid etter intervjuene ble gjennomført. De siste tre intervjuene ble transkribert fortløpende etter at intervjuene ble gjennomført. Jeg transkriberte intervjuet i sin helhet, med både mine og informantens ord, med unntak av noen få minutter hvor en av informantene snakket om noe utenfor intervjuets tema.

I en samtale kommuniserer vi med ord, men vi kommuniserer også ved nonverbalt kroppsspråk. Ved å oversette lyd til skrift vil det være noe av helheten i kommunikasjonen som «går tapt» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 186-187). Det kan være tonefall, kroppsspråk, blikkontakt og intensiteten i det som formidles, blant mange andre ting. For å minske dette tapet, forsøkte jeg derfor å transkribere latter, gråt, pauser, nøling og noen steder nonverbalt kroppsspråk der det ble en viktig del av konteksten for å forstå hva informanten kommuniserte (Magnusson & Marecek, 2015, s. 74).

Flere av kvinnene snakket ikke flytende norsk. Jeg valgte å transkribere ord og setninger slik informanten hadde uttalt seg, for å minske sjansen for feiltolkning når jeg skulle i gang med analysearbeidet (Magnussen & Marecek, 2015, s. 76). I gjengivelsen av sitater i denne oppgaven har jeg likevel valgt å skrive sitatene om til flytende norsk av hensyn til personvernet til informantene. Noen av informantene hadde en særegen måte å snakke på, og jeg anså det derfor som en risiko at bekjente kunne kjenne igjen informantens formuleringer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 192-196).

Ved å transkribere intervjuene selv, opplevde jeg å kjenne intervjumaterialet mitt godt når jeg skulle i gang med analysearbeidet. Selv om det kanskje kan anses som en svakhet at studien kun baserer seg på fire informanter, kan det likevel argumenteres for at intervjumaterialet er stort og rikt, da den totale mengden intervjumateriale til slutt bestod av over 70 000 transkriberte ord.

5.5.2. Kategorisering og valg av analytiske temaer

Jeg startet analysearbeidet med en gjennomlesning av det totale intervjumaterialet. Under gjennomlesningen ble det tydelig for meg at det som tilsynelatende ville blitt kategorisert som utfordringer av meg eller andre utenfra, ikke nødvendigvis ble trukket frem som det mest utfordrende av kvinnene selv. Deretter leste jeg igjennom en gang til med det tentative forskningsspørsmålet i tankene; Hva opplever kvinnene som utfordrende i denne overgangen og hva opplever de som hjelpsomt i møte med disse utfordringene? Jeg brukte det tentative forskningsspørsmålet til inndeling i to kategorier og streket under beskrivelser kvinnene opplevde som utfordringer og beskrivelser av noe de opplevde som hjelpsomt. Jeg lagde notater i marginen over tanker jeg fikk under lesningen. Jeg lagde et skjema med opplevelse av utfordringer og opplevelse av hjelp innad for hver informant, og et skjema med opplevelse av utfordringer og opplevelse av hjelp som gikk på tvers av informantene. Videre lagde jeg meg noen analyse spørsmål, og leste igjennom intervjumaterialet med et analyse spørsmål i tankene om gangen (Haavind, 2000, s. 35-37; Magnusson & Marecek, 2015, s. 83-101). Noen av analyse spørsmålene gikk på langs, innad for hver informant, for å lete etter variasjon, dybde og sammenhenger innenfor hver enkelt informants beskrivelser (Haavind, 2000, s. 35-37). Andre analyse spørsmål gikk på tvers av informantene for å se etter noe felles og eventuelle unntak fra det som jeg oppfattet som felles. Eksempler på analyse spørsmål jeg stilte til intervjumaterialet var: Hvilke utfordringer beskriver kvinnene i sitt private nettverk? Hvilke utfordringer beskriver kvinnene i møte med hjelpeapparatet? Hva kjennetegner beskrivelsene av den hjelpen som oppleves som god/ikke god på tvers av informantene? Ser jeg noe mønster i beskrivelsene av utfordringer og hjelp innad for hver informant?

For hvert av analyse spørsmålene lagde jeg en mappe med utdrag fra intervjumaterialet som jeg anså som relevant for dette spørsmålet (Magnusson & Marecek, 2015, s. 84-98). Deretter lagde jeg små oppsummeringer for hvert av spørsmålene. Etter hvert som jeg jobbet med intervjumaterialet, begynte jeg å se flere fellestrekk og variasjoner innenfor hvert fellestrekk. På bakgrunn av dette utviklet jeg flere analyse spørsmål og mapper med utdrag knyttet til de nye spørsmålene. Til slutt landet jeg på to analytiske hovedtemaer, men påfølgende undertemaer. Temaene presenteres i nest hovedkapittel; *Presentasjon av resultater*.

De analytiske temaene som jeg har valgt er et resultat av et samspill mellom meg og det transkriberte materialet. Resultatene av analysen er kommet frem i et vekselarbeid mellom min forforståelse, som er forankret i min sosiale og historiske kontekst, og intervjumaterialet. På denne måten kan en se mitt analysearbeid som en hermeneutisk sirkelbevegelse mellom det kjente, som er min forforståelse, og det ukjente som er intervjumaterialet. Dette vekselarbeidet kunne fortsatt videre i lang tid. Resultatene av analysen som er presentert videre i denne oppgaven kan derfor sees på som et øyeblikksbilde i analysearbeidet, som like gjerne kunne vært et utgangspunkt for videre arbeid, og som kanskje ville trukket frem andre resultater i lys av en forståelse som stadig er i endring (Haavind, 2000, s. 37).

Jeg vil med dette som bakgrunn poengtere at presentasjonen av analysen ikke «[...] er den endelige og eneste sanne og korrekte fortolkningen [...]» av dette intervjumaterialet (Thomassen, 2020, s. 178). En annens øyne vil naturligvis legge vekt på andre aspekter og kommer frem til andre kategorier og inndelinger enn jeg har gjort i mitt analysearbeid. Jeg valgte å gå tilbake til transkripsjonene etter at jeg hadde valgt ut de analytiske temaene, for å se om det jeg hadde kommet frem til, ville fremtre på nytt for meg ved neste øyekast. Jeg var opptatt av «[...] ideen om at det forskeren ser, også skal kunne sees av en annen [...]» i denne gjennomlesningen (Haavind, 2000, s. 37).

På bakgrunn av mengden intervjumateriale jeg hadde, ble også analys materialet stort. På grunn av oppgavens omfang, har jeg derfor kun valgt å presentere de analytiske temaene som omhandler kvinnenens opplevelser knyttet til møtet med hjelpeapparatet i overgangen til å bli mor. Analyse materialet som omhandler kvinnenens erfaringer med støtte og hjelp fra deres private nettverk, er altså utelatt i denne oppgaven. En kan se dette som en svakhet

ved presentasjon av resultater, ved at en mister av synet noe av helheten i kvinnenes situasjoner og opplevelser i denne overgangen. Analysearbeidet avdekket at kvinnenes private nettverk, på forskjellige måter, kunne være en hjelp som opplevdes som hjelpsomt for kvinnen. Ved å utelate dette, får jeg ikke muligheten til å diskutere relevansen dette har for hvordan profesjonsutøvere kan rette fokus mot å styrke involvering av det private nettverket. Samtidig vil jeg argumentere for at det også kan styrke oppgaven å sentrere resultatene omkring kvinnenes opplevelse av møtene med hjelpeapparatet, ved at oppgaven kan gå mer i dybden på dette temaet.

Etter at jeg hadde valgt ut de analytiske temaene, startet jeg arbeidet med å finne et teoretisk rammeverk som kunne være med å belyse resultatene mine. Valg av det teoretiske rammeverket er redegjort for tidligere i oppgaven.

5.6. Ethiske vurderinger og anonymisering

Ethiske vurderinger og anonymisering er tematisert fortløpende i denne oppgaven. Under dette kapittelet vil jeg redegjøre for vurderinger som tidligere ikke er redegjort for.

Flere av informantene jeg intervjuet snakket ikke flytende norsk. Da prosjektet ikke hadde midler til å benytte tolk under intervjuene, ble det viktig for meg å formidle dette til de som skulle utlevere informasjon og invitasjon til å delta i prosjektet. Jeg var på et vis prisgitt deres vurderinger om hvem som kunne gjennomføre et intervju på norsk. I etterkant av det ene intervjuet, tok informanten kontakt dagen etter for å snakke om noe knyttet til innholdet i intervjuet. Hun var redd for at personen hun hadde snakket om, skulle kjenne seg igjen og bli såret av beskrivelsene. Sårbarheten i språkbarrieren ble ved dette mye tydeligere for meg. I forkant av intervjuet hadde jeg gjennomgått informasjonsskrivet nøye sammen med denne informanten. Likevel ble det tydelig for meg at jeg ikke hadde fått formidlet informasjon om prosjektet på en slik måte at informanten forstod innholdet og formålet med studien. På telefon forsøkte jeg igjen å fortelle hvordan jeg ville anonymisere intervjuet til informanten. I tillegg fikk jeg avklart og forsikret informanten om at resultatene ikke skulle publiseres i en avis, slik hun trodde. På bakgrunn av dette var jeg derfor usikker på om jeg hadde innhentet et informert samtykke til intervjuet eller bare delvis informert. Hvis jeg hadde benyttet meg av tolk, ville hennes mulighet til å forstå og kjenne seg trygg på sitt personvern være

annerledes. Muligheten for å dele erfaringer med et rikt og nyansert språk kan også anses som begrenset for denne informanten. Jeg tar med meg denne erfaringen videre i mitt arbeid, hvor jeg møter familier som har et annet morsmål enn norsk.

I presentasjonen av resultatene har jeg etterstrebet å ivareta personvernet til informantene. Jeg har på ulike måter sørget for anonymisering av informantene i studien uten at det har gått på bekostning av innhold. I visshet om at noen av informantene eller ansatte ved Familiens Hus kunne komme til å lese oppgaven, måtte jeg gjøre noen ytterligere vurderinger knyttet til å anonymisere, slik at informantene ikke skulle gjenkjenne hverandre, eller de ansatte skulle kjenne igjen hvem sitatet tilhørte (Thagaard, 2009, s. 167-168). Jeg intervjuet kvinner fra flere Familiehus i forskjellige deler av landet. I gjengivelsene har jeg bevisst av hensynet til personvernet til informantene ikke skapt noe skille mellom uttalelser fra informantene fra de forskjellige Familiehusene.

Gjennom hele analysearbeidet ble det viktig for meg å ha disse kvinnene i tankene, ved å stille spørsmål til om de ville kjent seg igjen i mine beskrivelser, da jeg var opptatt av hvordan de skaper mening av det de erfarer og opplever (Thagaard, 2009, s. 167 og s. 211-214). Jeg har tilstrebet å bruke informantenes beskrivelser som utgangspunkt for min forståelse. I møte med informantenes beskrivelser kommer jeg likevel ikke unna min fortolkning, som er preget av min egen forståelse av deres meningsdannelse. Videre har jeg sett informantens beskrivelser i lys av oppgavens teoretiske rammeverk, noe som kan bidra til å gjøre informantens beskrivelser fremmed for dem selv. Særlig kan dette skje da jeg har valgt å presentere resultater av analysen og diskusjon under samme kapittel. Jeg tror likevel at tanken om at kvinnene skulle kjenne seg igjen, har påvirket hvordan jeg har behandlet intervjumaterialet under analysearbeidet, i et forsøk på å ivareta integriteten til informantene (Thagaard, 2009, s. 167 og s. 211-214).

5.7. Pålitelighet og overførbarhet

For å styrke studiens pålitelighet har jeg forsøkt å være transparent ved å redegjøre for fremgangsmåten jeg har valgt i denne studien (Thagaard, 2009, s. 198-200). Jeg har forsøkt å begrunne de valg og steg jeg har gjort igjennom forskningsprosessen, samt beskrive forhold som er med å påvirke resultatene som presenteres i denne oppgaven. Jeg har også forsøkt å

sørge for at det er sammenheng mellom oppgavens problemstilling, valg av metode og teoretisk tilnærming (Justeussen & Mik-Meyer, 2010, s. 38). Jeg har lagt vekt på å være presis i hva jeg legger i ulike begreper som jeg benytter i denne oppgaven, ved å definere dem tydelig, og jeg har forsøkt å bruke det teoretiske rammeverket på en konsistent måte (Justeussen & Mik-Meyer, 2010, s. 39). Oppgavens pålitelighet kan også anses å styrkes ved at jeg er tydelig på hva som er informantenes uttalelser og beskrivelser og hva som er mine egne tolkninger i presentasjonen av analysen (Thagaard, 2009, s. 199).

Overførbarhet innenfor kvalitativ forskning får en annen betydning enn innenfor kvantitativ forskning (Justeussen & Mik-Meyer, 2010). I kvantitativ forskning søker en ofte å generalisere resultatene fra sin studie til et populasjonsnivå. Innenfor kvalitativ forskning vil denne forståelsen av overførbarhet ikke kunne anvendes, da forskningen er utført på en måte som ikke gir mulighet for å generalisere resultatene til et befolkningsnivå. Likevel er ordet overførbarhet relevant, med utgangspunkt i betydningen av at resultatene som er presentert kan gjenkjennes av et visst publikum (Haavind, 2000, s. 40-50; Thagaard, 2009, s. 209-210). I denne studien kan publikumet være andre kvinner som har gjennomgått overgangen til å bli mor eller profesjonsutøvere som i sitt arbeid møter kvinner i overgangen til å bli mor. Overførbarheten her vil da handle om gjenkjennelse slik som beskrevet, men også muligens en dypere forståelse av disse møtene og kanskje et utvidet perspektiv på egen praksis. På denne måten er overførbarhet relevant i denne studien, avhengig av det publikumet studien retter seg mot.

6. Presentasjon av resultater

Jeg vil i det følgende kapitlet presentere og fortløpende diskutere resultater av analysen av de fire intervjuene. Presentasjonen har til hensikt å svare på oppgavens problemstilling; *Hvordan opplever kvinner møtet med hjelpeapparatet i overgangen til å bli mor?* Presentasjonen av analysen omfatter utdrag fra intervjuene og oppsummeringer av meningsinnhold hentet fra intervjumaterialet. Analysen vil diskuteres i lys av tidligere forskning og oppgavens teorigrunnlag.

Jeg har valgt å presentere resultatene under to analytiske hovedtemaer, med påfølgende undertemaer for hvert av hovedtemaene. Det første hovedtemaet omhandler hvilken type

kunnskap som vektlegges i møtet med hjelpeapparatet, basert på kvinnenes beretninger. Det andre hovedtemaet omhandler kvinnenes erfaringer knyttet til fleksibilitet, kontinuitet og relasjon i møte med hjelpeapparatet. Jeg understreker at det er mødrenes opplevelse av de profesjonelles praksiser, slik de har formidlet det i intervjuene, som jeg tar utgangspunkt i. Jeg har ikke førstehåndskunnskap om de profesjonelles praksis utover mødrenes fortellinger.

6.1. Hvilken type kunnskap vektlegges i møte med hjelpeapparatet?

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for resultater som er knyttet til hvilken kunnskap som vektlegges i deres møte med hjelpeapparatet, med spesiell vekt på kvinnenes opplevelse av å bli hensyntatt i sine ønsker og behov. Vi vil se hvordan kunnskapen forhandles mellom profesjonsutøver og bruker. Jeg har valgt å prioritere tre analytiske undertemaer, og disse er; a) samspill mellom ekspertkunnskap og brukerkunnskap, b) informasjonsdeling, trygghet og kontroll, c) definisjonsmakt og ivaretagelse av foreldreskap.

6.1.1. Samspill mellom ekspertkunnskap og brukerkunnskap

Flere av kvinnene jeg intervjuet trekker frem erfaringer i møte med helsepersonell knyttet til spesielt fødsel og sykehusopphold. Mange av disse beskrivelsene er knyttet til tryggheten eller utryggheten som oppstår når profesjonsutøveren benytter sin ekspertkunnskap i situasjonen kvinnen skal igjennom. Utdraget nedenfor er fra Guros beskrivelse av sin første fødsel.

[...] Men da starter jo fødselen. Da startet jeg med rier 3 på 10 minutter, ja vi startet der. Da visste ikke jeg hva rier var for noe. Jeg hadde ikke hatt sånne kynnere heller. Så jeg var jo ikke forberedt på hva det her var for noe. 4 eller 5 timer etterpå så er hun født. Ja, så der går det fra 0-100 veldig fort. Og da hadde jeg ikke kontroll [...] Det var veldig tøft. Altså å ikke vite hva du skal gjøre, og ikke, og siden hun da også ikke var langt nok ned, så var jo de jordmødrene veldig på at du skal stå sånn, du skal stå sånn, du skal gjøre sånn. Sant, og du følte at her har jeg ingen kontroll.

Denne kvinnen beskriver jordmødrenes bruk av ekspertkunnskap for å hjelpe barnet lenger ned i fødselskanalen under hennes første fødsel, og hvordan dette påvirket hennes

opplevelse av å ikke ha kontroll. Kvinnens andre fødsel står i kontrast til utdraget ovenfor. På spørsmål om hvordan andre fødsel var sammenlignet med den første, svarer Guro:

Ja. Ja det var litt annerledes og jeg hadde sånn kontroll på kroppen og at jeg følte liksom at før han var født og så fikk jeg liksom si til jordmor: Nå føler jeg at nå har jeg lyst til å legge meg sånn, jeg er sliten i ryggen. Kan jeg få ligge på siden liksom sånn for jeg, da lå jeg jo med gutten med sånne elektroder på magen hele tida. Så okay, men ja, ja, bare gjør det du, så skal jeg passe på at disse her ligger riktig liksom. Og det var liksom godt å kunne følge kroppen min selv. Den første gangen så, veldig liksom jordmødrene var liksom sånn, du må stå sånn, du må gjøre sånn, du må presse sånn, du må. Nå skal du gjøre det og det. Nå var det litt mer sånn at: Jeg kjenner at jeg trenger.

Her ser vi hvordan Guro bruker sin personlige kunnskap om egen kropp og hva som virker å være behagelig for henne i denne situasjonen. Vi ser en jordmor som tar hensyn til mors kunnskap og som samtidig opprettholder bruken av sin egen fagkunnskap. For jordmor er det viktig at elektrodene er på plass for å motta informasjon om mor og barn under fødselen, mens for kvinnen er det viktig å få følge sin egen kropp og ta hensyn til den. En måte å forstå Guros følelse av å ha kontroll eller ikke, settes i sammenheng med om hun får mulighet til å fremme sine preferanser av hva som oppleves som godt for kroppen. På denne måten kan vi si at brukerkunnskapen til Guro i større grad blir vektlagt ved andre fødsel. Vi ser at flere kunnskapskilder trekkes inn i situasjonen, både ekspertkunnskapen til jordmor og brukerkunnskapen til Guro. Det kan virke som om at de i større grad er samarbeidspartnere i fødsel nummer to.

Ser vi disse beskrivelsene i lys av modellen for kunnskapsbasert praksis, kan det virke som om kunnskapen til jordmor er den rådende i Guros første fødsel (Jamtvedt et al., 2022). En kan stille seg spørsmålet om følelsen av kontroll ville vært annerledes for Guro ved første fødsel, hvis hennes brukerkunnskap også fikk plass i rommet, ved for eksempel å kunne følge egen kropp i større grad slik som i andre fødsel. Samtidig kan det være at jordmor vurderte situasjonen som alvorlig da fødselen gikk raskt og hodet ikke «var langt nok ned», og at denne vektingen av kunnskap i denne situasjonen var helt nødvendig. Helsepersonell har en lovpålagt plikt til å utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999,

§4). I en fødsel hvor helsepersonell vurderer situasjonen som alvorlig med tanke på mors eller barnets helse, vil muligens brukerens medvirkning komme i bakgrunnen.

Brukermedvirkning kan derfor ha begrensninger hvis det medfører at helsepersonellet ikke kan utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte.

Flere av kvinnene har beskrivelser av fødsler som ikke helt går etter planen og hvor profesjonsutøverne må bruke sin ekspertkunnskap for å ta gode avgjørelser som ivaretar mor og barnet. Utdraget nedenfor illustrerer en av mødrenes opplevelse av at jordmor kommer og forteller henne hva planen videre er.

Sabrina: [...] Og da kommer jordmor inn til meg, og spør: «Nå har det blitt bestemt at det beste vi kan gi deg nå er at vi tar vannet ditt og håper at fødselen går i gang av seg selv normalt, men vi vil gjøre det nå med en gang, men hva vil du? Vil du vente på at samboeren din er her? Kan du ringe han?» [...] og da sa jordmor at «Hvis du føler deg tryggest på at vi venter på at han kommer, så skal jeg eh formidle det». Og da klarte hun å overtale de legene om at det skulle ventes. Eh, merket litt på han legen som kom inn at han var ikke helt fornøyd med den avgjørelsen. (Sabrina smiler og ler)

Her ser vi at jordmor sammen med legene har diskutert og kommet frem til hva som skal skje videre for å hjelpe fødselen i gang. Samtidig ser vi at kvinnen får muligheten til å ytre egne ønsker og at disse blir hensyntatt. Ved å se disse beskrivelsene i lys at modellen for kunnskapsbasert praksis, kan vi si at jordmor benytter både ekspertkunnskap og lytter til mors ønsker i situasjonen (Jamtvedt et al., 2022). Profesjonsutøverne vet best hvordan fødsler hjelpes i gang, og mor vet best hva som gjør henne tryggest når disse tiltakene skal settes i gang. På denne måten kan vi se at begge kunnskap ivaretas i denne situasjonen.

På spørsmål om hvordan Sabrina opplevde dette, svarer hun:

Det var litt gøy på en måte. At da hadde jeg liksom en person, hun, hun hørte på meg og så reagerte på mine ønsker, at man, noen som virkelig kjempet for hva jeg ville. Det er, liksom sånn, jeg har ikke liksom hatt så mange sånne rundt meg før. Jeg har slitt med andre ting før også, men jeg har liksom ikke hatt liksom den personen som har liksom bare har stått på for hva jeg ville.

Informanten trekker frem at når hennes ønsker blir hørt og hensyntatt, oppleves det som om noen kjemper for henne og det hun vil. En måte å se dette på er at jordmor kjemper frem medvirkning for Sabrina. Det kan virke som at dette oppleves som betydningsfullt for Sabrina og at dette står i kontrast til det hun har opplevd tidligere. Hvis vi ser dette gjennom relasjonsmodellen til Aamodt (2003), kan det virke som om denne jordmoren har en grunnleggende respekt for Sabrinas opplevelse og på denne måten kommuniserer en anerkjennende holdning ovenfor Sabrina. Vi kan også se jordmors handlinger i lys av SOC (Antonovsky, 2012). Ved å gi Sabrina mulighet til å få tilgang til de ressursene hun tenker hun trenger for å håndtere det hun skal igjennom, kan det tenkes at Sabrinas opplevelse av håndterbarhet blir større. Men hva hvis det virkelig var kritisk å få fødselen i gang, og ventingen kunne påført barnet skade? Det er det profesjonsutøverne sitt ansvar å vurdere. Brukermedvirkning må derfor skje innenfor forsvarlige rammer av den helsehjelpen profesjonsutøveren er pliktig å gi brukeren (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Flere av mødrene beskriver at de synes det er vanskelig å benytte seg av ekspertkunnskapen som profesjonsutøverne formidler, da mødrene selv har andre prioriteringer eller ønsker enn det profesjonsutøverne har. Tre av kvinnene beskriver vanskelige opplevelser på sykehuset knyttet til det å ikke få se barnet sitt etter fødsel. Disse tre barna ble tatt med ut fra fødestuen rett etter fødsel grunnet barnets helse. Utdraget under er en illustrasjon på dette. Guro har nettopp født og barnet hennes er på intensivavdelingen grunnet utfordringer med pusten.

Guro: [...] og så ble det litt verre liksom når vi da gikk fra føden og skulle inn på barsel på en måte, og hvor jeg på en måte ble nektet opp på intensiv. For da var de veldig strenge på at før du skal opp dit så skal du ha sovet litt, og du skal spise. Det var veldig sånn nå skal du tenke deg selv først, han har det fint på intensiv, eh og den, den var litt vanskelig. Å liksom vite at han var der oppe og er en etasje rett og over meg liksom, men jeg, jeg, får ikke lov til å gå og besøke han. Det var veldig vanskelig. Og når vi endelig fikk komme opp, så var det veldig greit. Ja, da var det liksom godt å se OK han er der, han har det trygt, ehm [...] Liten titt på han før jeg liksom tok vare på meg selv. Sånn er det jo egentlig å være mor uansett, du setter jo ungene først. Og så setter du deg selv til sides [...].

Guro beskriver hvor vanskelig hun synes det er å følge profesjonsutøverens anvisninger om hva som er lurt å gjøre rett etter en krevende fødsel. Hun synes det er vanskelig å slappe av, før hun har en opplevelse av at barnet har det bra. En måte å forstå dette på er at det i denne situasjonen kun er ekspertkunnskapen til profesjonsutøverne som vektlegges (Helsebiblioteket, 2021, 5.2 Samvalg). Guros personlige kunnskap, ønsker og behov har ikke fått plass i denne beslutningsprosessen. Kanskje ville det vært lettere for kvinnen å sove og få i seg mat, om hun først hadde fått sett gutten sin og fått bekreftet profesjonsutøverens uttalelse om at «han har det fint på intensiv».

En annen kvinne forteller hvor mye hun lengtet hjem til datteren sin, mens personalet på sykehuset mente hun måtte bli på sykehuset da hun hadde mistet så mye blod under fødselen. Utdraget under viser hvordan profesjonsutøveren lyttet til mors ønske og fant en annen løsning på den medisinske oppfølgingen.

Åslog: [...] Men som sagt, de ringte meg og pratet med videokamera, og jeg så datteren min også på video, og hun så meg. Men det var første gang som sagt jeg forlater henne en så lang periode, eller så mange dager da, så mange dager [...] De sa at jeg hadde veldig sånn lavt jern eller jeg vet ikke hva det var. Så jeg måtte være noen dager til. Jeg bare: Nei, jeg vil dra hjem. Siden datteren min er hjemme og jeg vil ikke være så langt unna henne lenger. De bare: Okay. Også sa dem hvis jeg drar i dag, så må du i morgen til fastlegen. For da skal hun sjekke.

Her ser vi forhandlinger mellom profesjonsutøverens kunnskap og Åslog sin kunnskap, hvorpå profesjonsutøveren finner en løsning som ivaretar mors ønsker, samtidig som hun følges opp medisinsk på en faglig forsvarlig måte. Begges kunnskap er her med på å bidra til en felles beslutning som kan passe for nettopp denne kvinnens behov for medisinsk oppfølging og personlig ønske om å se datteren sin igjen. På denne måten kan vi si at de to gjennomfører et samvalg (Helsebiblioteket, 2021, 5.2 Samvalg). Som profesjonsutøvere kan vi noen ganger glemme å se den store helheten ved at vi kun setter søkelys på det vi skal utøve ekspertkunnskap om. Da vil vi også kanskje gå glipp av viktig informasjon som kunne hjulpet oss med en helhetstenkning av hva som er godt for nettopp denne kvinnen. Betydningen av å huske på den øvrige familien og ikke bare rette søkelyset mot mor og den nyfødte slik utdraget over illustrerer, er det flere av kvinnene som vektlegger.

Guro trekker frem fysioterapeuten sin flere ganger gjennom intervjuet som en viktig person som har hjulpet henne over tid. Hun forteller:

[...] Kjempeflink fysioterapeut. Hun kjenner meg såpass godt nå, at når hun ser at jeg kommer gående, så får jeg høre akkurat hva som skal skje i dag. Eh, for det er nok til at hun kan da kommentere med at i dag skal ikke du ha vekter på den og den øvelsen, jeg hadde tenkt at vi skulle gjøre det i dag, men det skal ikke vi gjøre i dag, for jeg ser hvordan du går. Vi skal ta avspenning i dag eller ja, hun er kjapp på, ja ... Hun ser meg og ser utfordringen jeg har. Hun har også lest seg litt opp på sykdommen min, hva det er og hva det gjør fysisk med kroppen, så hun er litt forberedt på også det.

Hun beskriver det hun anser som en «kjempeflink fysioterapeut», som har lagt en plan for dagens trening, men som endrer planen ut ifra Guros dagsform. Guro opplever gjennom dette at fysioterapeuten ser henne og de utfordringene hun har. På spørsmål om Guro kan utdype hvordan hun opplever den hjelpen hun får av fysioterapeuten sin, svarer hun:

[...] det er veldig god hjelp og veldig støttende og hun har liksom fulgt meg hele tida og er veldig flink til å spørre: «Ja, er det noe vondt der nå, hva gjør vondt, har du prøvd denne øvelsen?» Det å få den oppfølgingen er jo veldig godt og da, du føler en ekstra trygghet på kroppen din når du har noen som følger deg såpass tett [...]

Ved å se denne teksten i lys av kunnskapsbasert praksis, ser jeg en fysioterapeut som jobber vekselvis med å benytte seg av sin ekspertkunnskap innenfor fysioterapi og innhente brukerkunnskap hos den hun forsøker å hjelpe (Jamtvedt et.al, 2022). På denne måten kan hun gi tilpasset og spesifikk hjelp til Guro. Ved å samarbeide med Guro på denne måten, virker det som at Guro opplever hjelpen som både god og støttende. Guro har også uttalelser som at «hun ser meg» og «hun kjenner meg». Hvis vi ser dette i lys av Aamodt (2003) sine to modeller; ekspertmodellen og relasjonsmodellen, kan man tolke det som at Guro opplever seg som et subjekt i møte med fysioterapeuten sin, og at de har et felles prosjekt som de samarbeider om. På bakgrunn av dette kan fysioterapeutens praksis forstås innenfor relasjonsmodellen i møte med Guro. Guro beskriver en gjensidighet mellom seg og fysioterapeuten, hvor det kan se ut til at de begge har en anerkjennende holdning ovenfor den kunnskapen som den andre bringer med seg inn i samarbeidet (Aamodt, 2003).

Gjennom de beskrivelsene og sitatene som er presentert under dette analytiske undertemaet har vi sett at hvilken kunnskap som vektlegges, avhenger av situasjonen. Samtidig har vi sett at det også i stor grad er profesjonsutøveren som legger de sterkeste føringene for hvilken kunnskap som har forrang. Dette kan sees i lys av den institusjonelle makten som profesjonsutøvere har og den asymmetriske relasjonen mellom profesjonsutøvere og brukere (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 200-202). Det blir dermed opp til profesjonsutøveren å demokratisere relasjonen ved å vektlegge brukerkunnskap og sørge for medvirkning, samtidig som de ivaretar sin profesjonskunnskap. I beskrivelsene til kvinnene ser vi at det er noen profesjonsutøvere som aktivt søker denne brukerkunnskapen. I andre beskrivelser ser det ut til at det er kvinnen selv som forhandler frem en vektlegging av sine preferanser og ønsker.

6.1.2. Informasjonsdeling, trygghet og kontroll

Tre av informantene var flergangsfødende, og samtlige hadde bekymringer knyttet til både svangerskap og fødsel som følge av opplevelser ved første svangerskap og fødsel. Felles for beskrivelsene er mangel på informasjon og en følelse av tap av kontroll over egen kropp og hva som skal skje. Utdraget under er et eksempel på dette.

Emma: [...] Også kommer vi til den siste, siste timen jeg var der ja på kontroll, hvor jeg får, eh, og dette her skrev vi faktisk i en klage til sykehuset også og jeg nevnte det til flere av de jordmødrene der oppe, at han, med han fødselslegen der oppe, han burde ha en person som følger etter seg egentlig hele tida, for han er ikke så, altså han han virker veldig kunnskapsrik og flink og profesjonell, men han kan ikke prate for seg.

Emma poengterer at det ikke hjelper å være kunnskapsrik og profesjonell om man «ikke kan prate for seg». På spørsmål om hva hun legger i dette utdyper hun.

Emma: I den måten at han tok jo kontroller av meg og det var greit og så trykker han jo på, eh hva, hva er det han kalte det, jordmor, det var et gammelt jordmor triks med også trykke på de hinnene sånn at du skal på en måte starte i gang fødselsprosessen litte grann, eller starte i gang modningsprosessen på at det skal bli en fødsel. Det gjorde han på meg uten at han sa ifra på forhånd, også sa han fra etterpå. «Ja, det gjorde vel litt vondt dette her, det gjør det når jeg, hva heter det

strippe? Men det er et gammelt jordmor triks, nå skal du legges inn, og nå får ikke du gå ut herfra, for nå skal du legges inn.» Og det er liksom fint om han hadde sagt det på forhånd. Alle jordmødrene som jobbet der var jo veldig flinke med liksom sånn: «Nå skal jeg kjenne på hvor stor åpningen er, ikke sant, nå skal jeg, nå stikker jeg fingeren inn i deg», ikke sant. Men han var ikke, han burde ha noen til å følge etter seg og forklare hva han gjør FØR han gjør det. Så det fikk dem en fin tilbakemelding på at han trenger noen sånne, hva heter det? Bed side manners. Han trengte det, og det var litt sånn [...].

Her beskriver Emma hvordan det oppleves når en profesjonsutøver ikke informerer om hva han gjør når han utøver yrket sitt, og hvordan det får henne til å føle seg. Ser vi disse utdragene i lys av de to modellene til Aamodt (2003), kan vi forstå denne legens praksis innenfor det Aamodt kaller ekspertmodellen, hvor legen anser seg selv som en ekspert som skal behandle Emma. Emma blir på denne måten et objekt som legens handlinger utsettes for. Hadde legens handlinger basert seg på relasjonsmodellen, kan vi tenke oss at Emma hadde blitt ansett som et subjekt hvor hennes opplevelse av og mening om det som skulle skje, ville blitt vektlagt. Hvis vi ser til lovverket, har Emma rett til informasjon om «innholdet i helsehjelpen» hun mottar (Pasient-, og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). I denne situasjonen kan det forstås som at legens handlinger blir et brudd på denne retten. Emma etterspør at legen deler kunnskapen sin og informerer om de prosedyrene som skal utføres, før han utfører de. Emma setter i dette utdraget legens utøvelse opp mot jordmødrenes utøvelse. Jordmødrene virker å legge vekt på å informere kvinnen om det som skal skje først, og dette påvirker hvordan kvinnen opplever det som skjer i situasjonen. I rapporten til Sjetne et al. (2013) kommer det også frem i en sammenligning mellom lege og jordmor, at brukerne er mer fornøyde med relasjonen til jordmor enn til legen i svangerskapsoppfølgingen (s.25-27).

I prinsippene for kunnskapsbasert praksis er det et sentralt poeng å dele kunnskap og informasjon slik at både profesjonsutøver og bruker har tilgang til relevant informasjon i den situasjonen de står, i slik at de kan gjøre et informert valg (Helsebiblioteket, 2021, 5.2 Samvalg). I denne situasjonen kan vi se at beslutningen om å «strippe» og «legges inn» ikke er en felles beslutningsprosess, men noe legen bestemmer uten Emmas deltagelse. I mer

akutte situasjoner må kanskje profesjonsutøveren handle først og informere etterpå, men her fremstår det som en situasjon hvor legen i utgangspunktet har mulighet til å informere i forkant. Videre ser vi hvordan Emma går inn i forhandlinger med den samme legen for å få medvirkning i sin egen situasjon.

Emma: Og, og da ble det litt sånn sjokk også når jeg liksom «Å ja, jeg skal legges inn». Og så hadde han gjort det, også sa jeg at: «Ja, men jeg må få lov å gå ut og hente baggene min.» «Nei, du får ikke lov til å forlate avdelingen.» Så sånn OK fordi at han hadde gjort den strippingen. Også tenkte jeg bare; «Det burde du jo hørt med meg først.» For da var det også korona, så da sier jeg at: «Ja, men hvordan, kan samboeren min komme opp i avdelingen?» «Nei, det kan han ikke. Han får gå inn i resepsjonen sette fra seg baggen der og så får jeg be en sykepleier komme ned dit og hente den opp.» Også sier jeg: «Nei, men det må jo gå an for han å komme opp og sette fra seg baggen i døra her liksom, at han ikke går fysisk inn på avdelingen, men at noen møter han i døra? Jeg har bodd sammen med han nå de siste ganske mange årene. Bodd oppå hverandre hver dag, så om, om vi berører hverandre en siste gang før du legger meg inn, så skal ikke det.» Ja da, han godtok det da [...]

Hun beskriver videre hvordan det hadde vært for henne om hun hadde fått informasjon om hva som skulle skje.

Emma: Ja, medvirkningen som har veldig mye å si altså. Bare litt som det å informere både under undersøkelse med bare, og det praktiske rundt da og alt da, og bare det, ja, jeg visste jo når jeg kom dit at jeg visste at det var sannsynlighet for at jeg kom til å bli lagt inn. Men jeg visste ikke noe mer enn det. Og det er liksom det at jeg kunne gjerne ha fått den beskjeden ei uke i forveien når jeg var der for en uke siden, at du blir lagt inn og satt i gang fødsel når du kommer neste uke [...] Da hadde jeg vært forberedt. Psykisk forberedt på at en fødsel skulle skje snart.

Emma setter informasjonsdelingen i sammenheng med hennes egen evne til å forberede seg psykisk på det hun skal igjennom. Hvis vi ser dette gjennom det teoretiske rammeverket sense of coherence, kan vi se dette i sammenheng med begripelighet og håndterbarhet (Antonovsky, 2012). Ved å få informasjon kan det tenkes at det hun skal igjennom blir mer

forståelig og hun får større mulighet til å mobilisere nødvendige ressurser. På denne måten kan det tenkes at hun får en større opplevelse av at situasjonen er håndterbar.

Flere av kvinnene i studien beskriver det som beroligende å få informasjon om det som skal komme knyttet til fødsel. I utdraget under møter vi Guro igjen. Hun er bekymret for fødselen som venter og mottar detaljert informasjon av jordmor om hvordan de vil håndtere fødselen hennes. Hun beskriver hvordan denne informasjonsdelingen påvirket henne:

Da følte jeg meg trygg igjen. Ja, okay dette her har dere kontroll på. Nå trenger jeg bare å passe på meg selv, hva jeg føler, hvordan jeg har det. Og så har dere kontroll på fødselen. Det var litt sånn jeg følte, okay, greit men dere er spesialistene ja, dette her tar dere. Jeg hører dere har kontroll, dere har en plan. Fint, da bekymrer jeg meg for meg.

Det oppstår altså en trygghet hos Guro ved at jordmor deler av sin ekspertkunnskap og informerer mor om hva som skal skje og hvordan de har forberedt seg på nettopp denne fødselen. Her ser vi at vektingen ligger på ekspertkunnskapen og ikke på brukerkunnskapen til Guro (Jamtvedt et al., 2022). En måte å forstå denne tryggheten på er å se den som en følelse av håndterbarhet (Antonovsky, 2012). Ved å få informasjon om de ressursene jordmor har tilgjengelig for nettopp denne fødselen, som kan by på komplikasjoner av forskjellige grunner, får Guro en følelse av at dette er noe profesjonsutøverne vet hvordan de skal forholde seg til. Det kan dermed tenkes at Guro får en følelse av at hun har de ressursene hun trenger rundt seg, for å håndtere det hun skal igjennom.

Andre mødre i studien beskriver hvordan det å lage en fødselsplan og erfare at de rundt forsøkte å følge denne planen så godt de kunne, dempet deres bekymring. Emma beskriver at første fødsel var veldig krevende og skremmende for henne på flere måter. På spørsmål om hvordan hun opplevde sin andre fødsel opp mot sin første, svarer hun:

Ehm, greit vil jeg si. Så klart det var jo vondt, men det er jo alle fødsler. Ehm, men jeg følte at jordmødrene gjorde det dem kunne for å følge planen min så godt som mulig. Ehm, og min samboer var også veldig flink, for han holdt jo kjeft hele tiden som jeg hadde bedt han om å gjøre. (Emma ler)

Sett i lys av hennes beskrivelser av foregående fødsel som innebar opplevelse av tap av kontroll, står denne fortellingen i kontrast med beskrivelser av jordmor og samboer som gjør det de kan for å følge planen hennes. Det kan virke som om Emma opplever å ha mer medbestemmelse i denne fødselen, ved at hennes ønsker og preferanser er nedfelt i en plan som alle parter har kjennskap til og bruker aktivt. Emmas brukerkunnskap er dermed ivarettatt under andre fødsel i større grad enn i første fødsel (Helsebiblioteket, 2021, 5.2 Samvalg). Ser vi beskrivelsene i lys av SOC, kan vi tenke oss at det oppstår en større opplevelse av begripelighet ved å forsøke å skape forutsigbarhet i det uforutsigbare, som en fødsel er (Antonovsky, 2012). Ved å lage en plan vil det også muligens oppleves som mer oversiktlig hvilke ressurser hun har tilgjengelig for å mestre situasjonen hun er i, som kan tenkes å påvirke hennes opplevelse av håndterbarhet.

En måte å se disse utdragene på er å se det i sammenheng med en følelse av tap av kontroll. En fødsel innebærer alltid en viss grad av tap av kontroll, og det kan virke som at det å få mulighet til å kjenne etter hva en selv ønsker eller er komfortabel med, virker å ha en innvirkning på opplevelsen som god eller dårlig, og en følelse av å gjenvinne noe kontroll over egen kropp. Samtidig virker det som at de personlige preferansene kan bli mindre viktige for noen av informantene, og at det å få en følelse av at «spesialistene» har kontroll ved at de deler sin ekspertkunnskap, virker å betrygge og gi den fødende en viss mulighet til opplevelse av forutsigbarhet i en uforutsigbar situasjon. Sjetne et. al (2013) avdekket i sin brukerundersøkelse at en av tre kvinner savnet tilstrekkelig informasjon ved fødeavdelingen. Informasjonsdeling virker altså både i denne oppgavens studie og i Sjetne at. al. (2013) sin studie, å være viktig for kvinnene.

På forskjellige måter, ved å vektlegge brukerkunnskap eller deling av ekspertkunnskap, virker dette å gi den fødende en følelse av begripelighet og håndterbarhet knyttet til det hun skal igjennom (Antonovsky, 2012; Jamtvedt et al., 2022). Sett på denne måten er kanskje deling av ekspertkunnskap i noen situasjoner en del av det å hensynta brukerens preferanser og ønsker, da dette kan berolige brukeren. Det gjenstår likevel for profesjonsutøveren å undersøke om dette gjelder for brukeren som hun forholder seg til i hvert enkelt tilfelle.

6.1.3. Definisjonsmakt og ivaretagelse av foreldreskap

Flere av informantene opplevde å være syke under permisjonstiden. En av mødrene opplevde å komme inn i det hun selv beskriver som en fødselsdepresjon.

Emma: [...] Ehm, jo for han måtte være hjemme og ta over min permisjon, fordi jeg følte meg ikke i stand til å ta vare på begge ungene. Jeg var jo ikke i stand til å ta vare på meg selv engang. Pluss at på det verste så klarte jeg ikke å stå opp av senga. Og ble irritert på ungene bare de så på meg omtrent [...] Og ehm, og jeg var mye mere sint og ville ikke være med barna og liksom. Så, det var ganske mye. Så da ble det, fikk jeg tatt det opp med helsestasjonen og fikk hjelp derfra. Og da fikk jeg begynt hos kommunepsykologen.

Hun forteller at hun tok kontakt med helsesykepleier for å fortelle henne om det hun opplevde som en manglende evne til å ta vare på seg selv og barna sine grunnet depresjonen. Familien fikk innvilget at partner kunne ta over mors permisjon og overta omsorgsarbeidet. Her ser vi hvordan brukerkunnskapen til mor blir lyttet til og tillagt stor vekt av profesjonsutøveren. Det er også mulig å tenke seg at en helsesykepleier ville bruke både erfaringskunnskap og forskningsbasert kunnskap om samspill og risiko ved en fødselsdepresjon, og la dette sammen danne en beslutning om hjelp fra kommunepsykologen og at far overtar mors permisjon (Helsebiblioteket, 2021, 5.2 Samvalg).

En av de andre kvinnene hadde en lignende opplevelse hvor hennes egen sykdom gjorde at hun opplevde at det var meget krevende å ta vare på seg selv og barnet sitt i permisjonstiden.

Guro: [...] jeg har med hun eldste, hun har hatt begrenset lekeplass på stua, hvor jeg har ligget på gulvet innenfor det området med tilgang til bleier og mat og alt som er, sånn at jeg har bare ligget på gulvet og vært der. Og vært så god mor jeg kunne, men jeg har ikke hatt muligheten til å løfte henne opp på stallebordet. Så stallebordet, mat og alt sammen har vært innenfor et veldig lite begrenset område, hvor jeg har nådd alt fra der jeg lå på gulvet. Så det å ha hatt noen sånn at jeg for eksempel kanskje kunne ha ligget på sofaen da, og hatt en person da som kunne tatt med ungen på stallebordet og laget mat på kjøkkenet, så hadde jo jeg også kanskje fungert

bedre når ikke jeg hadde måttet. For da kunne jeg hvilt når jeg trengte å hvile, også kunne jeg prøvd å fungere når jeg kunne fungert. For jeg var jo veldig dårlig, og det tok ganske lang tid før jeg klarte å komme meg opp og gå igjen. Jeg krabbet ganske lenge. Så hadde jeg jo rullestol og rullator en god stund [...] (Guro har tårer i øynene mens hun forteller)

I likhet med Emma er det vanskelig for Guro å komme seg opp av sengen. Sykdomsbildet til de to kvinnene er forskjellig, og samtidig har de likheter med tanke på funksjonsnivå og muligheten til å ivareta foreldreskapet sitt. I motsetning til Emma opplever Guro at hennes brukerkunnskap ikke blir lyttet til og tatt på alvor når hun søker hjelp i sin situasjon. Hennes ønske er at far kan være hjemme med barnet. Utdraget under beskriver hennes forsøk på å få den hjelpen hun opplever at hun trenger.

Guro: Han var på jobb. Han måtte dra på jobb. Han fikk ikke noe omsorgs, vi prøvde å sjekke om han kunne få omsorgslønn. Det kunne han ikke, for jeg var jo da i permisjon, for da var ikke jeg ufør enda. Så da hadde jo jeg permisjon, for jeg hadde da arbeidsavklaringspenger og da har du rett på permisjon. Og da hadde jeg fødselspermisjon, så jeg var hjemme, så min samboer fikk da ikke omsorgspenger. Eh, og vi fikk ikke gjennomslag i NAV at jeg var for syk til å ta vare på mitt barn, så min samboer kunne være hjemme. Men det fikk vi nå når jeg fikk yngstemann, siden jeg allerede da hadde fått innvilget ufør og var ufør. Så kunne min samboer ta over min permisjon. Og jeg var for syk til å kunne ta vare på barna. Og dette her synes vi, vi synes dette her er litt irriterende, og jeg blir litt sint når vi holder på med å snakke om dette her [...]

Sett i lys av begrepet definisjonsmakt ser vi at Guro i sin første permisjonstid ikke får «gjennomslag for sin versjon av virkeligheten» (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 202). Hun er avhengig av fastlegen- og NAV sin vurdering av helsen sin, for utløsning av eventuelle rettigheter, for å kunne ivareta foreldreskapet sitt. Det kan tenkes at Guro opplever at den institusjonelle makten forvaltes på en måte som ikke kommer familien hennes til nytte (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 200-201). En kan spørre seg om fastlegen og Nav har gode rutiner for innhenting av brukerkunnskap i dette tilfellet. Ved å se dette i lys av kunnskapsbasert praksis, vil jeg argumentere for at vi her ser en beslutning som ikke er

preget av de tre kunnskapskildene (Helsebiblioteket, 2021, 5.2 Samvalg). Resultatet kan dermed bli at det ikke utføres et velinformert valg basert på en felles beslutningsprosess, men at beslutningen utføres innenfor en ekspertmodell, hvor de som utfører vurderingen ser seg selv som en ekspert som best vurderer hva brukeren er i behov av (Aamodt, 2003; Jamtvedt et al., 2022, s. 27).

Istedenfor å lytte til mors vurdering og la far overta mors permisjon, viser utdraget under hvordan familien er omgitt av et fragmentert hjelpeapparat, hvor ingen av disse har mandat eller rammer som kan hjelpe familien på den måten de trenger, og hvor mor opplever at hun blir dårligere og dårligere.

Guro: [...] Det finnes ikke noe hjelp i hjemmet. [...] Vi prøvde å søke på det meste. Vi prøvde å søke på, hva heter det? Brukerstyrt assistent. Fikk avslag og fikk innvilget da en ny runde med Home Start og støttekontakt. Men da er det jo en del begrensninger. En Home Start kontakt skal ikke gjøre husarbeid. En støttekontakt har egentlig ikke lov til å være på besøk hjemme hos deg. Den skal ta deg med ut av huset på aktivitet. Men når du er for syk til det, så det blir liksom, jeg datt så masse imellom at det var ingenting og til slutt så, ja altså, jeg ble jo dårlig og vi måtte ha hjemmesykepleie. Og de også hadde jo heller ikke tid. [...] Da måtte familie og venner hjelpe til å dusje meg.

Her kan vi se at de velferdstjenestene som Guro tilbyr i sin livssituasjon er for rigide til å romme det hun selv opplever at hun trenger. Tjenestene ser ut til å ikke kunne tilpasses hennes situasjon, og på denne måten heller ikke romme nødvendig brukermedvirkning. Ettersom lovverket sier at «Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud [...]» kan en argumentere for at meningene til brukergruppen som Guro her representerer ikke i tilstrekkelig grad har blitt tillagt vekt i utforming av tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Når familien skal få barn for andre gang og Guros vurdering av egen sykdom og omsorgsevne har blitt lyttet til, ser vi at spiralen snur og hun har helt andre beskrivelser av tiden hjemme med barna. Mor har fått innvilget utfør fra NAV, far er hjemme og overtar hennes permisjon. Det kan tenkes at det er mange andre faktorer som spiller inn på familiens fungering på

dette tidspunktet. Likevel beskriver mor helt andre muligheter til å hjelpe seg selv, når far får være hjemme under andre permisjonstid, ved at de har fleksibilitet og handlingsrom til å justere hverdagen etter det de trenger avhengig av dagsformen til mor. Hun forteller at de finner gode løsninger på søvn, husarbeid og hvile, som Guro beskriver som helt avgjørende for at hennes helse ikke skal komme inn i en nedadgående spiral, slik den gjorde ved forrige permisjonstid. En måte å forstå dette på er at ved å vektlegge mors brukerkunnskap, skapes det en mulighet for at mor kan gjenvinne autonomi og helse og kan i større grad ivareta foreldreskapet sitt (Helsebiblioteket, 2021, 5.2 Samvalg). Det kan tenkes at situasjonen oppleves mer håndterbar ved at hun opplever å ha ressurser tilgjengelig til å møte de utfordringene hun står i (Antonovsky, 2012).

Jeg har i dette under-kapittelet presentert og diskutert resultater av analysen knyttet til kvinnenes opplevelse av hvilken type kunnskap som vektlegges i møte med hjelpeapparatet. Jeg vil i videre presentere og diskutere resultater av analysen knyttet til kvinnenes opplevelse av fleksibilitet, kontinuitet og betydningen av relasjon i møte med hjelpeapparatet.

6.2. Flexibilitet, kontinuitet og relasjon i møtet med hjelpeapparatet

Mange av opplevelsene som kvinnene beskriver preges av diskontinuitet i oppfølgingen de mottar, hjelp fra mange forskjellige instanser og rigide rammer for mottakelse av hjelp. På motsatt side beskriver kvinnene en opplevelse av trygghet når de møter de samme personene eller får hjelp på samme sted over tid. Informantene trekker også frem erfaringer knyttet til at profesjonsutøveren strekker seg for å gi den hjelpen kvinnen etterspør. På bakgrunn av dette har jeg valgt å prioritere to analytiske undertemaer og disse er: a) når profesjonsutøveren går utover sitt mandat for å hjelpe og b) kontinuitet og relasjon i møtet med hjelpeapparatet.

6.2.1. Om å gå utover sitt mandat for å hjelpe

Flere av kvinnene trekker frem Familiens Hus som et sted å få hjelp til det man søker hjelp til, i motsetning til andre tilbud de forteller om. I tillegg til å få hjelp som inngår i de ansattes arbeidsbeskrivelse er det flere av kvinnene som trekker frem at Familiens Hus strekker seg for å hjelpe kvinnen med det hun trenger hjelp til, selv om det i utgangspunktet ikke er deres

oppgave å utføre denne hjelpen direkte. Utdraget nedenfor er et eksempel på dette. Her møter vi Guro igjen, og som tidligere beskrevet, fikk hun ikke den hjelpen hun trengte da hun ble alvorlig syk i permisjonstiden. Hun beskriver hvordan Familiens Hus hjalp henne med det som i utgangspunktet ikke var innenfor deres mandat.

Guro: Ehm, det som egentlig har vært mest nyttig, at du vet, den tryggheten at du vet du har en plass å gå, uansett. Altså om det er tungt tankemessig eller fysisk eller hva det er, så vet du at du kan komme dit og de er flinke til å ta tak i deg også si at: Okay, men her må det være noe hjelp du kan få. Utfordringen min har jo vært det at vi, med jentungen så ble jeg jo veldig dårlig. Da kom jeg på Familiens Hus, la meg på gulvet med jentungen og de hjalp meg med alt fra bleieskift til alt, for jeg var så syk og så dårlig. Eh, og da prøvde de på Familiens Hus å hjelpe meg med å ringe rundt til alle instanser, men det var ingen hjelp vi kunne få. Fordi at jeg detter mellom to stoler. Men da var det godt å vite at jeg kunne komme dit, de dagene jeg ikke fikk noen til å hjelpe meg hjemme av venner og familie, fordi at de var i jobb eller, så kunne jeg alltid komme til Familiens Hus, legge meg på gulvet også hjalp de meg. (Guro har tårer i øynene når hun forteller).

Hun utdyper videre:

Ja, jeg vet at det var ikke det som var primært deres oppgave, å være sånn fysisk hjelp, men, men det var godt å vite at jeg hadde dem. Også vet jeg at de, de prøvde jo alt de kunne de også. De ringte jo barnevernet, ringte alt som var, og det var ingen hjelp å få fordi at det var jeg som var syk.

Å vite at hun kunne gå til Familiens Hus og motta hjelp, selv om det ikke var deres oppgave, beskrives som en trygghet for denne kvinnen i en periode hvor hun opplever det som meget krevende å ivareta foreldreskapet sitt. Hvis vi ser dette i sammenheng med SOC så kan det virke som hennes tilværelse blir mer håndterbar ved å vite at hun har ressurser tilgjengelig fra noen hun kan stole på (Antonovsky, 2012). Opplevelsen av å mestre det hun står i, kan dermed tenkes å påvirkes av den tryggheten hun opplever å få, ved å vite at det er ressurser tilgjengelig for henne når hun skulle trenge det. Hvis vi ser dette fra profesjonsutøverens perspektiv, kan vi se at den ansatte yter fleksibilitet i sin rolle for å imøtekomme kvinnens

behov, og på denne måten vektlegger brukermedvirkning i utførelsen av sitt arbeid (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Erfaringen med at brukerkunnskapen blir vektlagt på Familiens Hus er også i tråd med hva brukere av andre lavterskeltilbud rapporterer om. Resultatene i rapportene til Sand et al. (2021) og Bulling (2016) trekker frem at brukerne opplever at tilbudet er fleksibelt, tilpasses den enkelte og at deres preferanser og ønsker vektlegges.

En av de andre informantene uttaler seg om hvordan det oppleves å spørre om hjelp på Familiens Hus om noe som egentlig ikke er i deres arbeidsbeskrivelse.

Åslaug: Vet du hva? Hver gang jeg trenger hjelp, så går jeg til dem egentlig og spør om hjelp. Og de sier ja, med glede. Jeg trengte en gang hjelp med en klage. Da spurte jeg en ansatt der borte, hun sa: Jeg er ikke så flink med klager, men jeg kan godt hjelpe til. Og det gjorde hun.

Her tilpasser profesjonsutøveren sin hjelp til kvinnen istedenfor at kvinnen må tilpasse sitt behov til hva som finnes av hjelp der hun befinner seg. Ved å se det på denne måten kan det tenkes at Familiens Hus er opptatt av å utforme tjenestetilbudet «i samarbeid med» brukeren (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Hvis vi også ser Åslaug og Guro sitt møte med Familien Hus i lys av modellene til Aamodt (2003), kan det tenkes at disse møtene preges av en tre-leddet relasjon, hvor to subjekter møtes og snakker om et felles anliggende, og hvor respekten for brukerens opplevelse er grunnleggende.

Ved at profesjonsutøveren går ut over sitt mandat for å hjelpe, kan det på den ene siden tenkes at kvinnen opplever å få den hjelpen hun søker. På den andre siden kan det tenkes at, i Åslaug sitt tilfelle, vil det også være en mulighet for at den hjelpen hun mottar ikke er så god, da profesjonsutøveren sier hun ikke er «så flink med klager». Å gå ut over sitt mandat og sin kompetanse, kan dermed også bli problematisk i tilfeller hvor personalet for eksempel har manglende kompetanse på området. På bakgrunn av dette kan en argumentere for at det derfor viktig at profesjonsutøveren sammen med den som søker hjelp, kan vurdere om hjelpen kan gis innenfor en slik ramme, gjennom fleksibilitet fra tjenesten, eller om man i større grad sikrer at hun får den hjelpen hun trenger gjennom andre som er kvalifiserte til å gi denne hjelpen. Dette er også i tråd med helsepersonelloven (1999), hvor

profesjonsutøveren er pliktig til å «[...] innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig» (§ 4). Å gå utover sitt mandat for å hjelpe bør derfor følges av en god vurdering av om dette er til det beste for brukeren. En slik vurdering kan kanskje tenkes å gi grunnlag for et informert valg for brukeren, hvis vurderingen baserer seg på de tre kunnskapskildene i kunnskapsbasert praksis, og på denne måten skjer i dialog mellom bruker og profesjonsutøver.

6.2.2. Kontinuitet og relasjon i møte med hjelpeapparatet

I kvinnenes beskrivelser av oppfølging fra hjelpeapparatet er det flere som beskriver at det oppstår utrygghet når de får oppfølging av forskjellige leger og jordmødre under svangerskapet. Sabrina uttaler seg: «Og det som følte utrygt var at det var jo ny jordmor og ny person som tok ultralyd og ny fødselslege nesten hver gang.» Å forholde seg til nye relasjoner i svangerskapsoppfølgingen beskrives av disse kvinnene som noe som oppleves utrygt. Samtidig er det flere av kvinnene som trekker frem at de opplever det som fint å være i kontakt med noen som følger dem over tid. Utdraget under er en illustrasjon på dette.

Åslaug: [...] For med første graviditeten opplevde jeg mye vondt, og jeg var mye innlagt på sykehuset med svangerskapsforgiftning og da var jeg skikkelig bekymret og redd. Det er derfor de ville ha [...] de ville ha tett oppfølging og sånne ting. Det var den samme legen som hadde fulgt meg opp med førstemann, hun fulgte meg opp på neste også. Og hun samme på sistemann også. Og jeg tenker hun var en veldig snill lege. Hun fulgte meg på alle de tre barna faktisk. [...] Hun hjalp meg veldig mye egentlig. Jeg sa at jeg ville ha henne på den andre graviditeten. Så sa hun ja, med glede. Og den tredje også. Hun sa: Ja, med glede. Og hun smilte alltid og var veldig grei.

Kontinuitet virker å være viktig for opplevelsen av den oppfølgingen de får. Dette står i samsvar med den nasjonale brukerundersøkelsen til Sjetne et al. (2013), hvor 76 % av kvinnene anser det som «viktig» eller «svært viktig» å bli fulgt av den samme profesjonsutøveren gjennom svangerskapet (s. 24). På den andre siden beskriver en av kvinnene at et skifte av jordmor fra et svangerskap til et annet, oppleves som godt. Hun

beskriver en jordmor som til stadighet glemmer avtalene de har i svangerskapsoppfølgingen, og at det da oppleves som godt med et bytte av jordmor.

Emma: [...] det var ikke samme jordmor som jeg hadde første gangen på jenta vår. For jeg fikk en annen jordmor denne gangen. Og hun som jeg hadde på jenta vår, hun er veldig sånn som glemmer fort, ja. Ja, når jeg hadde time, går til time også sitter jeg en halvtime der borte også ringer jeg henne og bare hun: «Ja, hva skjer?» Bare: «Jeg har time i dag.» «Nei, er det sant? Du, jeg har ikke tid i dag, kom i morgen. Eller kom uken etter.» Og hun var kjempevanskelig. Men hun andre, nei, hun var veldig snill, hun glemte ikke i det hele tatt.

En måte å forstå dette på er at opplevelsen av kvaliteten på relasjonen trumfer tryggheten som kan oppstå ved å bli fulgt opp av samme person. Ser vi dette i lys av arbeidsallianse og båndet mellom jordmor og Emma, kan det tenkes at en som til stadighet glemmer avtalene hennes, trolig ikke får henne til å føle deg sett og ivaretatt (Bordin, 1979). Hvordan hun blir møtt virker her å være viktigere, enn kontinuiteten som tilbys ved å bli fulgt opp av samme fagperson. Det kan se ut til at holdningen profesjonsutøveren møter brukeren med er av stor betydning for opplevelsen til kvinnen. Det er ikke sikkert jordmor er klar over hvordan Emma opplever relasjonen mellom dem. Kanskje ville en tematisering av enighet om mål og metode og det emosjonelle båndet mellom Emma og jordmor, kunne bidra til en bevissthet for jordmor omkring Emmas opplevelse av samarbeidet (Bordin, 1979). Ved å tematisere dette og innhente tilbakemeldinger fra Emma vil hun få en større mulighet til å justere sine handlinger for å skape møter som mulig kan oppleves som gode.

Hvis vi ser tilbake på utdraget til Åslaug, legger vi merke til at hun beskriver legen som en som «hjelper med glede» «smilte alltid og var veldig grei.» Vi kan tenke oss at, i tillegg til å få oppfølging av samme lege som var hennes ønske, så kan vi tolke Åslaug sine beskrivelser som at denne legen også møtte Åslaug med respekt og vennlighet. Det kan tenkes at dette var med på å påvirke hennes ønske om oppfølging fra denne legen videre. Motsatt kan vi tenke oss at om denne legen, som i tilfellet med Emma, hadde glemt avtaler eller ikke møtt henne med vennlighet ville påvirket hennes ønske om videre oppfølging fra samme lege.

Kontinuitet kan innebære flere ting. Det kan innebære oppfølging av samme fagperson over tid, men det kan også innebære oppfølging fra samme sted over tid. Flere av kvinnene beskriver Familiens Hus som et tilbud som tilbyr kontinuitet, ved at de her har fått hjelp over tid. En av kvinnene beskriver hvordan hun gjennom seks år har benyttet seg av tilbudet til Familiens Hus på forskjellige måter ut ifra livssituasjon og hjelpebehov. Utdraget under beskriver hvordan hun benytter seg av Familiens Hus som et sted å høre til nå som barna har begynt i barnehage og skole og hun selv ikke har tilknytning til arbeidslivet.

Guro: Ja, så det er, også det er liksom sånn som vi har snakket med dem om også, det er liksom det å ha tilhørighet. Å høre til et sted. Mange drar på jobb og har tilhørighet der, du møter venner, du møter folk. Men det er jo sånne ting som jeg kan bruke Familiens Hus til. Om det så er de ansatte eller andre foreldre som kommer innom og bare liksom få den voksenkontakten [...]

Videre beskriver hun også hvordan Familiens Hus blir et sted hvor hun kan gi av seg selv og bruke sine ressurser.

Guro: [...] Det var et tema her, og da spurte de spesifikt om jeg kunne komme og være der, så jeg kunne dele av min erfaring (smiler og ler). Ja, også har jeg jo blitt spurt om jeg kan holde litt ernæringskurs og det har jeg tenkt til å gjøre litt etter hvert. Jeg har jo utdanning innenfor ernæring [...]

Guro opplever Familiens Hus som et sted å høre til og et sted hvor hun kan bruke ressursene sine. En måte å se dette på er at hun opplever at hjelpen tilpasses henne, ved at Familiens Hus legger til rette for at brukernes behov er med på å utforme tjenestetilbudet (Pasient-, og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). På tvers av informantene går det igjen beskrivelser av Familiens Hus som et sted hvor de har fått hjelp og støtte på forskjellig måte ut ifra deres egen opplevelse av behov der og da. Dette er også i tråd med resultater fra brukerundersøkelser på lavterskeltilbud til familier (Bulling, 2016; Sand et al., 2021)

Alle fire kvinnene har deltatt i det de kaller for spedbarn-gruppe når de har vært hjemme med barnet i permisjon. Videre, når barna har blitt større, har de deltatt på lunsjer, drop-in, middager og dagsturer. Samtlige benytter seg av Familiens Hus for å komme seg ut av huset og være sosiale. Et sted å gå til for å møte andre, enten om det er ansatte eller andre

foreldre, sentrert rundt en kaffekopp, et lekerom eller en lunsj. Familiens Hus ser ut til å tilby en uformell møteplass for disse mødrene og barna deres. Dette er i tråd med hva andre brukere av lignende lavterskel tilbud trekker frem, når de forteller om hva de synes er mest nyttig med tilbudet (Bulling, 2016; Sand et al., 2021)

Det å få hjelp fra samme sted over tid oppleves ikke nødvendigvis som hjelpsomt for alle informantene. Utdraget under er en illustrasjon på det. Emma har vært på samme barselavdeling etter sine tre fødsler. Hun beskriver hvor vanskelig det var for henne å være på barselavdelingen, og hvordan denne erfaringen er knyttet til måten hun og partner blir møtt på.

Emma: Verken jeg eller min samboer likte barsel. [...] Ehm, måten vi ble møtt på. Hvordan de prata til oss, ehm, altså det var hele settingen. Føden, jeg får ikke skrytt nok av dem! Barsel har jeg ikke veldig mye pent å si om. Ingen av gangene jeg har født der. Jeg har født alle tre der.

På spørsmål om hun kan utdype hvordan de opplevde å bli møtt, svarer hun:

[...] hvilken holdning du blir møtt på. [...] Altså med førstemann når jeg da var 16, så var det jo den der at jeg fremdeles var et lite barn selv. Så du fikk liksom den inn i ansiktet hele tiden. Ehm, og vi hadde forsterket barsel på den tiden på grunn av at barnevernet var i bildet. Ehm og da forventet jeg og barnets far, at vi da skulle få hjelp. Altså at det kom noen inn til oss ganske ofte og liksom spurte om vi trengte hjelp til noe, eller viste oss hvordan man byttet bleie, badet, ehm matet. Altså alt sammen, men det kom ingen, med mindre vi ringte på og da kunne det ta fort en halvtime før de kom. Ehm og hvis vi spurte om noe, så ble det liksom møtt som at det var negativt at ikke vi visste hva det var. Som for eksempel hvor det lå bleier på avdelingen. Sånn «Herregud vet du ikke hvor det er hen», på en måte? Ehm, og det igjen gjorde da at jeg ikke torde å spørre etter så mye når jeg var der med sønnen min. Ja, for da var jeg der alene. Så da var det liksom, vi fikk det til å gå. Ehm, men sistemann. Jeg var klar til å reise hjem ganske etterpå. Ehm og det var noen der som hadde møtt meg da jeg var 16 år, som fortsatt så på meg som 16 år virket det som. Og holdningen de hadde mot oss ehm, hvordan de sa ting. Og vi fikk jo sånn der; «ja,

dere må bare spørre etter hjelp hvis dere trenger det». Og hvis vi spurte etter hjelp, så var jo det negativt det også på en måte, så.

Emma forteller videre om hvordan hun opplevde å endelig komme hjem igjen: «Det var litt sånn helomvending, for da følte jeg, jeg følte meg tryggere hjemme. Jeg følte liksom at nå, nå kan jeg puste.»

Å være på samme barselavdeling etter de tre fødslene og møte noen av de ansatte som også hadde møtt henne ved tidligere barselopphold, beskrives ikke som en god opplevelse for Emma. I hennes beskrivelser finner vi møter med profesjonsutøvere som kan tenkes å oppleves som stigmatiserende. Hun opplever at personalet er lite tilgjengelige og at hun ikke får den opplæringen og støtten hun hadde sett for seg når hun som 16 åring blir mor. Emma legger spesielt vekt på holdningen til personalet og måten hun blir møtt på, når hun spør om hjelp. Hun kjenner seg ikke trygg før hun kommer hjem igjen. Her kan det tenkes at kontinuitet faktisk har en negativ betydning for Emma, ved at hun får en opplevelse av å bli møtt på en usympatisk måte gjennom tre barselopphold.

Opplevelsen av kontinuitet, ved å få hjelp fra samme sted, virker her å være påvirket av relasjonen til profesjonsutøverne, slik som tidligere beskrevet. Samtidig ser vi også at rammene på stedet hun mottar hjelp fra, spiller inn på opplevelsen. Hun hadde forventninger om at det skulle komme noen inn og hjelpe henne og partneren, og informere de om hvordan stelle barnet eller andre viktige ting. Når hun ringer på for å få hjelp, opplever hun at det kan ta lang tid før noen kommer, og at hun blir møtt med en forventning om at hun burde vite det hun spør om hjelp til. Ser vi på brukererfaringene som Sjetne et al. (2013) presenterer i sin rapport, kan vi se at Emmas erfaringer er i tråd med mange andres erfaringer fra barselopphold i Norge. I denne rapporten kom det frem at brukerne var aller mest fornøyde med oppholdet på fødeavdelingen, og minst fornøyde med oppholdet på barselavdelingen, slik som Emma (Sjetne et.al., 2013, s.23). Mangelen på fornøydhet omhandlet i stor grad mangelen på veiledning og informasjon om stell av barnet og om relasjonen til de ansatte ved barselavdelingen (s.55). Flere beskrev at de ble møtt på en uhøflig måte med lite empati og følelse av at personalet hadde omsorg for dem (s. 43, 105 og 108). Ser vi Emmas erfaringer i sammenheng med kvinnes erfaringer fra denne rapporten, kan vi se mange likheter (Sjetne et. al, 2013).

Hvis vi tolker erfaringen til Emma i denne oppgavens studie i lys av begrepet arbeidsallianse, kan vi se at brukeren og profesjonsutøverne her ikke er enige om metode (Bordin, 1979). De har kanskje en uuttalt enighet om målet for oppholdet på barselavdelingen; at familien skal mestre å ta vare på barnet sitt, men hvordan å nå dette målet og oppgavefordelingen, kan det se ut til at de har forskjellige meninger om. Emma ønsker seg veiledning og hjelp, mens personalet forventer at hun skal finne ut av dette selv. Ser vi på det emosjonelle båndet kan det virke som at det ikke preges av noen av de tre elementene «gjensidig tillit, aksept og fortrolighet» som Ryum og Stiles (2005) vektlegger, men heller mistillit og mangel på aksept (3. avsnitt). Det er lett å tenke seg at et opphold på barselavdelingen som er preget av disse elementene er avgjørende for opplevelsen til kvinnen.

Ved å trekke alliansebegrepet ut fra terapirommet og videre inn i praksisen på sykehuset, kan det tenkes at profesjonsutøveren får et redskap for å samhandle på en annen måte og gjøre avklaringer som kan påvirke opplevelsen til kvinnen på en positiv måte. Som i terapirommet, vil det være den profesjonelle som har det overordnede ansvaret for å etablere og følge med på denne alliansen, og gjøre relevante tiltak og reparasjoner for å bedre den, når det er nødvendig.

I lys av disse beskrivelsene kan det se ut til at kvinnene søker kontinuitet i møte med hjelpeapparatet. Samtidig kan en argumentere for at ønske om kontinuitet også påvirkes av kvaliteten på relasjonen mellom bruker og profesjonsutøver. Kontinuitet i oppfølgingen og en samtidig opplevelse av en god relasjon virker dermed å være av stor betydning. I et hjelpeapparat kan man strebe etter å tilby brukerne kontinuitet, samtidig vet vi at mange hjelpeyrker kan være preget av sykemeldinger og turnover (Kommunesektorens Interesseorganisasjon, 2023; Statistisk Sentralbyrå, 2023). I tillegg er mange hjelpeyrker dominert av kvinnelige profesjonsutøvere som kan påvirke muligheten til kontinuitet ytterligere, grunnet profesjonsutøverens behov for ivaretagelse av egen familieførøkelse for eksempel (Statistisk Sentralbyrå, 2023). Det vil derfor ikke alltid være mulig å tilby denne kontinuiteten. På bakgrunn av dette kan en argumentere for at det å øke bevisstheten knyttet til relasjonens påvirkning, kan få stor betydning for kvinners møte med hjelpeapparatet, og kanskje spesielt når kontinuitet ikke er mulig å tilby.

7. Oppsummering av resultater

Jeg vil i dette kapittelet oppsummere analysens hovedresultater.

7.1. Hvilken type kunnskap som vektlegges i møte med hjelpeapparatet

I denne studien har vi sett at det kan virke som kvinnenes opplevelser i møte med hjelpeapparatet i stor grad påvirkes av hvilke kunnskaper som vektlegges i disse møtene. Resultatene av analysen har belyst at de individuelle situasjonene krever ulik vektlegging av brukerkunnskap og ekspertkunnskap, slik også Jamtvedt et al. har utdypet (2022, s. 29-30). Spesielt har resultatene av analysen vist at møtene oppleves som gode når kvinnens brukerkunnskap vektes og ivaretas.

Samtidig har vi sett at det ikke er denne ivaretagelsen alene som påvirker kvinnens opplevelse. Resultatene av analysen belyser også hvordan kvinnens opplevelse av kontroll og følelse av trygghet kan sees i sammenheng med profesjonsutøverens evne til informasjonsdeling av sin ekspertkunnskap. Det virker beroligende for kvinnene, i utrygge situasjoner, at profesjonsutøveren deler sin ekspertkunnskap med kvinnen. Ved å benytte det teoretiske begrepet «sense of coherence», har vi kastet lys over hvordan kvinnen opplever å mestre den situasjonen hun er i (Antonovsky, 2012). Ved at kvinnen får informasjon og oversikt over tilgjengelige ressurser, har vi sett at dette kan virke inn på opplevelsen av begripelighet og håndterbarhet, og dermed styrke hennes mestringsfølelse (Antonovsky, 2012).

Videre har vi sett hvordan den institusjonelle makten kan fremme eller hemme kvinnens mulighet til å ivareta sitt foreldreskap avhengig av hvem som tildeles definisjonsmakten i beslutningsprosessen, og hvilken kunnskap som får forrang (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 200-202). Resultatene av analysen har her belyst at det kan få store følger for kvinnen når hun opplever at hennes brukerkunnskap ikke vektlegges, og det ikke finner sted en felles beslutningsprosess slik kunnskapsbasert praksis skal fremme (Helsebiblioteket, 2021, 5.2 Samvalg).

På bakgrunn av dette kan en argumentere for at ved å inngå i et samarbeid med kvinnen, hvor alle de tre kunnskapstilgangene i kunnskapsbasert praksis får mulighet til å tillegges

vekt ut ifra den unike situasjonen, vil en kunne skape gode møter med hjelpeapparatet (Jamtvedt et. al, 2022, s. 29-30).

7.2. Flexibilitet, kontinuitet og relasjon i møte med hjelpeapparatet

Resultatene av analysen belyser også hvordan fleksibilitet og individuell tilpasning fra hjelpeapparatets side virker å være betydningsfullt for kvinnene, ved at de opplever å faktisk få den hjelpen de etterspør. Samtidig har jeg problematisert at dette kan være problematisk i tilfeller hvor personalet ikke besitter den kompetansen som situasjonen krever. Det må altså gjøres en avveining mellom de to lovverkene som omhandler at brukeren skal ha medvirkning i «[...] utforming av tjenestetilbudet [...]» og profesjonsutøverens plikt til å «[...] innhente bistand eller henvise [...]» videre når hun ikke innehar den kompetansen som trengs for å gi brukeren den hjelpen hun trenger (Helsepersonelloven, 1999, §4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

I tillegg til fleksibilitet i møte med hjelpeapparatet, legger kvinnene stor vekt på at kontinuitet i oppfølgingen er betydningsfullt i møte med hjelpeapparatet. Samtidig har vi sett at relasjonens betydning kan se ut til å spille en viktigere rolle enn kontinuitet i seg selv. Kontinuitet er derfor ikke et umiddelbart gode. Kvaliteten på relasjonen, ved at kvinnen opplever å bli sett, anerkjent og tatt på alvor, påvirker hennes opplevelse som god eller mindre god i møte med hjelpeapparatet. Det teoretiske begrepet arbeidsallianse har her bidratt til å kaste lys over betydningen av enighet om mål og metode, og relasjonens betydning for kvinnens opplevelse i møte med profesjonsutøvere (Bordin, 1979). Ved å benytte de to modellene til Aamodt (2003); ekspertmodellen og relasjonsmodellen, har også relasjonens betydning blitt belyst, ved å tematisere kvinnens opplevelse av den grunnleggende holdningen en profesjonsutøver møter henne med.

Så hva i de tilfellene hvor brukerkunnskap og profesjonell kunnskap står i motsetning til hverandre, som for eksempel i situasjoner hvor det blir kritisk å redde et barns liv. Hvordan kan vi som profesjonsutøvere opptre da? Kanskje blir det her viktig å forhandle om forståelsen av situasjonen ved gi informasjon, lytte til brukeren og argumentere. Det avgjørende er at brukeren opplever seg behandlet som et subjekt, og ikke et objekt for profesjonell praksis.

8. Implikasjoner for praksis

Så hvordan kan vi bruke kunnskapen om kvinners opplevelser i møtet med hjelpeapparatet som er belyst i denne studien? Jeg vil i dette kapitlet presentere noen refleksjoner omkring implikasjoner studien kan ha for praksis.

8.1. Innhente brukerkunnskap

For at vi som jobber i hjelpeapparatet skal kunne legge til rette for gode møter og tilby hjelp som oppleves som hjelpsomt, må vi benytte oss av ekspertkunnskapen vår samtidig som vi forholder oss til den unike situasjonen vi står i, med de unike individene vi skal hjelpe. For å kunne gi individuelt tilpasset hjelp, blir det viktig å lytte til-, og undersøke hvordan nettopp denne kvinnen opplever situasjonen hun er i, og hva hun selv tenker vil være hjelpsomt. Vi er avhengige av dialog og samarbeid med de vi skal hjelpe, for å sørge for at de kjenner seg ivaretatt som «likeverdige samarbeidspartnere» (Jamtvedt et al., 2022). Kvinnen er ekspert på seg selv og sine opplevelser og innehar erfaringskunnskap som vi i hjelpeapparatet må sette oss inn i, prøve å forstå og gi plass til i beslutninger som tas. Samtidig har vi som profesjonsutøvere en plikt til å tilby hjelp som er faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Vi som hjelpere har generell kunnskap som befinner seg på et populasjonsnivå og erfaringskunnskap som er frembrakt i møte med andre brukere, som skal sikre at den hjelpen som tilbys er faglig forsvarlig (Jamtvedt et.al., 2022). Likevel kan ikke disse to kunnskapskildene uten videre generaliseres inn i en unik situasjon. Kunnskapen må testes om den er nyttig nettopp i denne situasjonen og i denne konteksten, og den vurderingen må mottakeren av hjelpen involveres i, som en «likeverdig samarbeidspartner». Det er kvinnen selv som har fasiten på om det vi kommer med oppleves som hjelpsomt. På bakgrunn av dette vil jeg løfte frem behovet for å utarbeide en praksis som sikrer innhenting av brukerkunnskap, så vel som innhenting av tilbakemeldinger på hvordan den hjelpen vi tilbyr, faktisk oppleves av kvinnen. På denne måten kan vi kanskje få innblikk i «hvor skoen trykker» for den som har den på, og tilby individuelt tilpasset hjelp.

Kunnskapsbasert praksis har blitt en anerkjent modell for utøvelse av praksis. På flere arbeidsplasser etterstrebes det å lære opp personalet i hvordan innhente forskningsbasert kunnskap (Helsebiblioteket, 2021, Verktøy & E-læringskurs). I bøker om modellen legges det

også hovedvekt på å beskrive hvilke forskningsmetoder som gir kunnskap av høyest kvalitet (Jamtvedt et al., 2022). Samtidig er metoder for å innhente brukerkunnskap lite vektlagt (Helsebiblioteket, 2019, 5. Anvende; Jamtvedt et al., 2022). Ved å fordele fokuset på denne måten, vil jeg påstå at vi med dette, er med på å videreføre en holdning om at ekspertkunnskapen har forrang foran brukerkunnskapen. Det blir opp til hver enkelt institusjon å lage rutiner og strukturer som ivaretar brukerkunnskapen. Om institusjonen ikke vektlegger dette, blir det opp til hver enkelt profesjonsutøver å finne måter å vektlegge og ivareta brukerens kunnskap på. I denne sammenheng vil det være relevant å spørre seg om vi har gode metoder og rutiner for hvordan innhente brukerkunnskap i det arbeidet vi står i som profesjonsutøvere? Jeg vil tørre å påstå at vi har et stort potensial på dette området.

8.2. Skape en tilbakemeldingskultur

Videre vil jeg argumentere for at det som kalles for en tilbakemeldingskultur, som har blitt mer aktuelt de siste årene innenfor terapifeltet, også kan ha relevans for svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen (Bergmann, 2017). I mange terapeutiske settinger er det blitt lagt mer vekt på å innhente tilbakemelding på den terapeutiske alliansen, da det viser seg å være en diskrepans mellom terapeutens vurdering og klientens vurdering av denne alliansen (Horvath et al., 2011, s. 25-69). Siden det er klientens vurdering av alliansen som har størst prediktiv verdi på utfallet av terapien, har man utviklet redskaper og metoder for å innhente denne tilbakemeldingen fra klienten (Bergmann, 2017; Horvath et al., 2011, s. 25-69; Horvath & Symonds, 1991) Jeg vil argumentere for at slike metoder også vil kunne være aktuelle innenfor svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen. Ved å be om tilbakemelding på samarbeidet, kan vi sørge for at brukerkunnskapen løftes opp som viktig og relevant. Som en følge av dette vil vi kunne gjøre justeringer i samarbeidet som i større grad kan ivareta den enkelte kvinne, og mulig skape møter med hjelpeapparatet som oppleves som gode. Samtidig er det viktig her å påpeke at disse metodene for innhenting av tilbakemeldinger, mest sannsynlig ikke vil være direkte overførbare inn i andre bruksområder. En vil antagelig måtte gjøre justeringer og tilpasse metoden, slik at den kan passe inn i tidsrammen og strukturen som svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen er organisert under.

8.3. Individuell holdningsendring

Å fokusere på brukermedvirkning som et redskap for profesjonsutøvelse i møte med brukere, kan også anses som en type makt-handling, ved at det er profesjonsutøveren som gir brukeren medvirkning (Juritzen et al., 2012, s. 127). Kanskje kan relasjonsmodellen til Aamodt (2003) bidra til å demokratisere relasjonen mellom bruker og profesjonsutøver på en annen måte, enn ved et rent fokus på modeller og metoder som skal fremme brukermedvirkning. Kanskje vil en holdningsendring knyttet til hvordan vi grunnleggende sett ser på relasjonen mellom oss selv og brukeren, føre til større brukermedvirkning, ved at vi helt og holdent tenker at den andre er ekspert på eget liv. Da vil kanskje brukermedvirkning bli et biprodukt og ikke et mål i seg selv (Aamodt, 2003). Ved å anse den andre som ekspert på eget liv, vil jeg som profesjonsutøver også måtte forholde meg på en annen måte, enn om jeg tenker at jeg som profesjonsutøver vet best og skal la den jeg møter likevel få medvirkning. Ved relasjonsmodellen blir vi i større grad to eksperter og likeverdige samarbeidspartnere, som ved å ha en anerkjennende holdning ovenfor hverandre, kan dele informasjon og ta velinformerte beslutninger sammen. På denne måten vil vi som hjelpere være opptatt av å lytte til den andre, og respekten for den vi skal hjelpe vil være til stede som et resultat av at vi anser den vi samarbeider med som en ekspert på sitt eget liv. På denne måten befinner både profesjonsutøver og bruker «[...] seg i en ikke-vitende posisjon i relasjon til hverandre, der de begge bidrar med noe spesielt» og er avhengige av hverandres kunnskapsbidrag for å kunne fatte gode beslutninger (Bagge, 2007, s. 125). Brukeren er avhengig av profesjonsutøverens kunnskap på sitt fagfelt (Grimen, 2009, s. 24-25). Profesjonsutøveren på sin side er avhengig av kunnskapen til brukeren for å kunne tilpasse hjelpen som tilbys.

For at en demokratisering av relasjonen mellom bruker og profesjonsutøver skal finne sted, er det nødvendig å skape rammer, rutiner og strukturer på systemnivå som fremmer denne utviklingen. Samtidig vil jeg også argumentere for at det starter med den enkelte profesjonsutøver; med hvordan hun grunnleggende sett ser på andre mennesker, og hvordan hun ser på seg selv i en hjelperrolle ovenfor andre mennesker.

Litteraturliste

- Aamodt, L. G. (2003). Sosialt arbeid og anerkjennelse: En problematisering av grunnlagstenkningen i sosialt arbeid. *Nordisk Sosialt Arbeid* 23(3), 154-161
<https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.18261/ISSN1504-3037-2003-03-04>
- Amundsen, L. (2020, 31. august). Den vet best hvor skoen trykker, som har den på. I *Store norske leksikon*.
https://snl.no/Den_vet_best_hvor_skoen_trykker_som_har_den_p%C3%A5
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium: Den salutogene modellen*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Austvoll-Dahlgren, A. (2013). Pasientmedvirkning – Hvorfor? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 133 (16), 1726-1728.
<https://tidsskriftet.no/2013/09/kronikk/pasientmedvirkning-hvorfor>
- Bagge, R.F. (2007). Refleksjoner omkring begrepet “ikke-vitende posisjon». *Fokus på Familien*, 35 (2), s. 113-126. <https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2007-02-04>
- Bergmann, S. (2017). Baggrunden for FIT. I S. Bergmann (Red.), *Feedback informed treatment: En grundbog* (s. 21-31). Akademisk Forlag København.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252–260.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085885>
- Bulling, I. S. (2016). Stepping through the door: exploring low-threshold services in Norwegian family centres. *Child and Family Social Work* 22 (3), 1264-1273
<https://doi.org/10.1111/cfs.12343>
- Bunadsgeriljaen. (2023, 1. mai). *Leveføden*. <https://www.bunadsgeriljaen.no/>
- Dyrø, I.H. (2022). *Fødselsinduksjon: mitt valg?: Kvinners opplevelse av medvirkning og informasjon i forbindelse med fødselsinduksjon*. [Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet] NTNU Open.
<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/3005257>
- Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). Makt på nye måter. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.), *Makt på nye måter* (s. 13-18). Universitetsforlaget.

- Folkehelseinstituttet. (2019, 14. juni). *Hva er viktig for deg? - En retnings endring*
<https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>
- Grimen, H. (2009). Power, Trust, and Risk: Some Reflections on an Absent Issue. *Medical anthropology quarterly* 23 (1), 16-33
<https://www.jstor.org/stable/25487852>
- Haavind, H. (2000). På jakt etter kjønne betydninger. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode* (s.7-59). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hamre, B. (2007). *Jordmorutdanning i Bergen: et historisk tilbakeblikk på jordmoryrket* (Skriftserien Rapport 1). Høgskolen i Bergen.
<https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2482265>
- Helsebiblioteket (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket (2019, 25. februar). *Kunnskapsbasert praksis: 5. Anvende*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#5anvende>
- Helsebiblioteket (2021, 9. september). *Kunnskapsbasert praksis: 5.2. Samvalg*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#5anvende-52-samvalg>
- Helsebiblioteket (2021, 25. februar). *Kunnskapsbasert praksis: Verktøy og e-læringskurs*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#e-laeringskurs-i-kunnskapsbasert-praksis>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 139–149.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.38.2.139>

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückinger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. I Norcross, J. C. (Red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence Based Responsiveness* (s. 25-69). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0002>
- Jamtvedt, G., Hagen, K.B., Bjørndal, A. (2022). *Kunnskapsbasert fysioterapi, metoder og arbeidsmåter* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom Ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Jentoft, S., Nielsen, V. O. & Roll-Hansen, D. (2011). Mødre dødelighet i et internasjonalt perspektiv: Hvor mange kvinner dør i svangerskap. *Samfunnsspeilet* 2.
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hvor-mange-kvinner-dor-i-svangerskap#:~:text=M%C3%B8dred%C3%B8delighet%20f%C3%B8r%20og%20n%C3%A5,lag%20fire%20d%C3%B8de%20m%C3%B8dre%20C%C3%A5rlig>
- Juritzen, T., Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). Myndiggjøringens forførende makt. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.), *Makt på nye måter* (s. 122-137). Universitetsforlaget.
- Justeussen, L. & Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder: I organisasjons- og ledelsesstudier*. Hans Reitzels Forlag.
- Kjøllesdal, J.G., Bjertnæs, Ø.A., Danielsen, K., Iversen, H.H. (2009). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg: En kartlegging av nasjonale undersøkelser og validerte måleinstrumenter*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2009/notat_2009_brukererfaringer-med-svangerskaps-fodsels-og-barselomsorg.pdf
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kommunesektorens Interesseorganisasjon. (2023, 22. Mars). *Turnover i kommuner og fylkeskommuner*.
<https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/turnover/turnover-i-kommuner-og-fylkeskommuner/>

- Lundgren, V. G., Juritzen, T., Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). Makt. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.), *Makt på nye måter* (s. 19-23). Universitetsforlaget.
- Magnusson, E. & Marecek, J. (2015). *Doing interview-based qualitative research: A learner's guide*. Cambridge University Press.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>
- Pedersen, A. G., (2003). 100 år med redusert spedbarnsdødelighet. *Samfunnsspeilet 3*
[https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/100-aar-med-reduert-spedbarnsdodelighet#:~:text=I%20dag%20d%C3%B8r%20om%20lag,for%20perioden%201996%2D2000\).&text=Det%20historiske%20tallmaterialet%20er%20blant,og%20Medisin%20alforholdene%22%2C%20som%20bla](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/100-aar-med-reduert-spedbarnsdodelighet#:~:text=I%20dag%20d%C3%B8r%20om%20lag,for%20perioden%201996%2D2000).&text=Det%20historiske%20tallmaterialet%20er%20blant,og%20Medisin%20alforholdene%22%2C%20som%20bla)
- Ryum, T. & Stiles, T. C. (2005). Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(11), 998-1003
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2005/11/betydningen-av-den-terapeutiske-allianse-en-studie-av-alliansens-prediktive>
- Sand, K., Kaasbøll, J. & Thaulow, K. (2021). *Evaluering av Blå Kors Barnas Stasjon* (Rapportnummer: 2021:00593). SINTEF digital Helsetjenesteforskning.
https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2021_00593-rapport-evaluering-av-bla-kors-barnas-stasjon_sintef_11.juni_signert.pdf
- Sjetne, I.S., Kjøllestal, J.G., Iversen, H.H. & Holmboe, O. (2013). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels-, - og barselomsorgen: Nasjonale resultater* (PasOpp-rapport nr. 4-2013). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/brukererfaringer-med-svangerskaps--fodsels--og-barselomsorgen>
- Statistisk Sentralbyrå. (2023, 2. mars). *Tabell 1 Sykefraværsprosent for lønnstakere 16-69 år, etter type sykefravær og næring*.
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer>

Statistisk Sentralbyrå. (2023, 13. mai). *Tabell 1 Sysselsatte 15-74 år, etter kjønn og næring 4. kvartal.*

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/sysselsetting-registerbasert?fane=om>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Fagbokforlaget

Thomassen, M. (2020). Hermeneutikk som refleksjon og livsfortolkning. I D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim & P.A. Tuft (Red.). *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (s.162-188). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ulleberg, I. (2004). *Kommunikasjon og veiledning: En innføring i Gregory Batesons kommunikasjonsteori - med historier fra veiledningspraksis*. Universitetsforlaget.

Universitetssykehuset Nord-Norge (2016). *Hva er samvalg?* [Video]. YouTube.

https://youtu.be/GIJ1uxW_ky8

Vadset, M.S., (2016). *Medvirkning og distanse: Om samhandling i relasjoner i moderne fødselsdiskurs* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo] DUO Vitenarkiv.

https://www.duo.uio.no/handle/10852/37305/browse?rpp=20&order=ASC&sort_by=1&etal=-1&type=title&starts_with=L

Vedlegg 1: Vurdering fra Sikt

08.05.2023, 16:01

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Utfordringer knyttet til det å bli mor i dag](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 246249 **Vurderingstype** Standard **Dato** 10.06.2022

Prosjekttittel

Utfordringer knyttet til det å bli mor i dag

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosialfag

Prosjektansvarlig

Oddbjørg Skjær Ulvik

Student

Solveig Bekkevold Hansen

Prosjektperiode

20.06.2022 - 30.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

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

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til juni 2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

<https://meldeskjema.sikt.no/621cbd57-1d2f-49af-8bdf-e2e1057ef814/vurdering>

1/2

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Intervjuguide

Jeg ønsker å bruke tiden som et strukturerelement i intervjuet. Jeg vil i begynnelsen forankre intervjuet i her og nå situasjonen. Deretter vil jeg gå tilbake til tilblivelsen av barnet og frem til i dag. Videre spørre om hvordan en vanlig dag kunne se ut, med utgangspunkt i en dag i nær fortid. Og til slutt snakke om det tilbudet mor har benyttet seg og hva hun kunne trenge av støtte.

Nå: Hvor gammelt er barnet? Hva gjør du nå? Er du hjemme i permisjon, eller er en eventuell partner hjemme i permisjon? Går barnet i barnehagen?

Tilblivelsen: Det er jo mange forskjellige måter å få barn på: noen har tenkt på det lenge, planlagt det sammen med partner, andre har jobbet masse for å bli gravide, mens andre igjen blir ufrivillig gravide, eller barnet er ikke planlagt, men ønsket. Hva var begynnelsespunktet i din historie? Hvilke forventninger hadde du til det å bli mamma og familie?

Graviditeten: Kan du fortelle litt om hvordan det var for deg å være gravid? Hvordan følte det? Hva tenkte du?

Fødselen: Hvordan var fødselen?

Barseltiden: Hvordan opplevde du de første ukene etter at barnet var født? Hvordan hadde du det? Hvordan opplevde du barnet ditt?

Det første leveåret til barnet: Kan du fortelle litt om hvordan du synes det første leveåret til barnet ditt har vært? Har det vært noen store endringer? (Ha i bakhodet om det har skjedd endringer i bosituasjon, familiesituasjon og arbeidssituasjon).

En vanlig hverdag: Kan du fortelle meg om en vanlig dag fra dere stod opp, til dere la dere og hvordan natten var? Hvordan skulle du ønske at en vanlig dag så ut?

Opplevelsen av gruppetilbudet: Hvordan hadde det seg at du begynte i denne gruppen? Hvordan opplevde du å gå i denne gruppen? Hvilken hjelp eller støtte fikk du? Hvordan opplevde du denne hjelpen? Var det noe som var hjelpsomt? På hvilken måte var det i så fall hjelpsomt? Var det noe som var mindre hjelpsomt? På hvilken måte var det mindre hjelpsomt? Hvis partner: har den vært involvert i hjelpen? Har dere fått hjelp andre steder?

Annen hjelp: Hvis du selv kunne få bestemme hvilken hjelp du skulle fått. Hvordan ville det sett ut? Hva hadde du trengt og satt pris på?

Oppfølgings spørsmål til temaene vi kommer innom i løpet av intervjuet:

- Kan du fortelle litt mer om det?
- Hva skjedde så? Hva hendte da? Hva gjorde du?
- Hva tenkte du da? Hva følte du da?
- Hvor var du da ...? Hvem andre var der?
- Hva sa du/han/hun da?
- Er det sånn det pleier å være?
- Men du, jeg lurte på det du sa i stad ... Om vi går tilbake til da du ...
- Pleier du..., er det alltid sånn at..., hva synes du om det da?

Vil du delta i forskningsprosjektet «Utfordringer knyttet til det å bli mor i dag»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om utfordringer knyttet til det å bli mor i dag. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet er å få mer kunnskap om utfordringer knyttet til det å bli mor i dag, og hva mødre kan trenge av hjelp og støtte. Forskningsprosjektet er en masteroppgave i Familiebehandling fra OsloMet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i forskningsprosjektet da jeg er interessert i å intervjuere mødre som har deltatt i et gruppetilbud ved Familiens Hus i forbindelse med det å bli mor, og du har deltatt i en slik gruppe. Invitasjonen går til alle som har deltatt i gruppen.

Invitasjonen blir formidlet gjennom Familiens Hus. Hvis du vil delta, ber jeg om at du gir ditt mobilnummer til den du fikk dette brevet av, som igjen vil gi det til meg. Jeg tar så kontakt med deg for å avtale tidspunkt for et intervju. Du kan også selv ta direkte kontakt med Solveig Bekkevold Hansen på telefon, om du ønsker å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju med meg, som vil vare i ca. 1 til 1 1/2 time. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer rundt det å bli mor og erfaring med det tilbudet du har fått fra Familiens Hus. Jeg tar lydopptak av intervjuet og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din kontakt med Familiens Hus, hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke det du forteller til formålet vi har fortalt om. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun Solveig Bekkevold Hansen (student) og Oddbjørg Skjær Ulvik (veileder) ved OsloMet som vil ha tilgang til intervjuene og opplysningene om deg. Jeg vil lagre lydopptakene på en kryptert minnepinne og den vil oppbevares innelåst. Jeg vil slette lydopptakene når jeg har skrevet de ut. I utskriften vil jeg ikke bruke navn og ellers anonymisere så langt som mulig. Når jeg presenterer resultatene vil jeg anonymisere innholdet slik at du ikke kan gjenkjennes.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent i slutten av juni 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har Personverntjenester (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- OsloMet ved Solveig Bekkevold Hansen (student) e-post:
- eller Oddbjørg Skjær Ulvik (veileder) e-post:
- Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen: Personvernombud@oslomet.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Oddbjørg Skjær Ulvik
(Professor og veileder)

Solveig Bekkevold Hansen
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Utfordringer knyttet til det å bli mor i dag», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)