

MASTEROPPGAVE

Mastergrad i organisasjon og leiing

Kan jeg få en brukermanual?

En systemanalyse av farsrolle og opplevelse i møte med helsestasjonen.

av

Tonje Eide Fluge

Juni 2016

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: Organisasjon og leing

Tittel: Kan jeg få en brukermanual?

En systemanalyse av farsrolle og opplevelse i møte med helsestasjonen.

Engelsk tittel: May I have a user manual?

A system analysis of fatherhood and experiences with municipal well child clinics.

Forfatter: Tonje Eide Fluge

Emnekode og emnenavn: ME 690

Masteroppgave I organisasjon og leing

Kandidatnummer:

13

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett

JA__X__ Nei__

Dato for innlevering:

10.06.2016

Eventuell prosjektilknytning ved HiSF : Nei.

2

Emneord (minst fire):

Fedre, helsestasjon, graviditet, Luhmann, likestilling.

Tittel og sammendrag: **Kan jeg få en brukermanual?**

En systemanalyse av farsrolle og opplevelse i møte med helsestasjonen.

I den senere tid har den felles politiske agendaen i Norge vært å få fedre mer inn i hjemmet med omsorg for sine små barn, gjennom økt fedrepermisjon, og økt fokus på likestilling mellom kvinner og menn i omsorgen for små barn. Denne studien handler om fedre i helsestasjonen og hvilken rolle helsestasjonen har for fedres utvikling av farskap gjennom graviditeten og i barnets første leveår. Hvilke behov fedrene har for opplæring, informasjon og veiledning og hvordan de opplever møtet med jordmor og helsesøster på helsestasjonen. Formålet med oppgaven har vært å få bedre kunnskap om fedres behov og bruk av helsestasjonen som en arena for å utvikle sitt farskap og sin omsorgspraksis.

I oppgaven har jeg brukt kvalitativ metode med intervju av fedre i helsestasjonen, hvor formålet har vært å undersøke hvilken rolle helsestasjonens tjenester til far i graviditeten og i barnets første leveår har for fedres utvikling av farskap og fedres bruk av helsestasjonen. Datamaterialet i oppgaven er analysert oppimot Luhmanns systemteori.

Ut fra mine funn ser helsestasjonen kun mor under graviditeten. Funnen i denne studien viser en holdning som ikke er endret i helsestasjonen. Fedre kommer alltid som nummer to eller tre i rekken på helsestasjonen. De blir til side satt og oversett. I et system hvor mor og barn settes i hovedfokus kan det være vanskelig for en mann og delta og utvikle sitt farskap. Jeg ser på helsestasjonen som har et fokus på mor med far som en støtte person i graviditeten og hvordan helsestasjonens jordmødre og helsesøstre overser fedrene og hvor dårlig fedrenes behov blir møtt. Det er et behov for endring i tjenestene og holdningene på helsestasjonen fo å kunne møte den moderne mannen som skal bli far.

Title and Abstract: **May I have a user manual?**

A system analysis of fatherhood and experiences with municipal well child clinics.

The last twenty years the political agenda in Norway regarding caring for young children, has been to get fathers more into the home. Through increased paternity leave and increased focus on equality between women and men in the care of young children.

This thesis is a study about fathers in municipal well child clinics and what role the clinic has in the development of fatherhood during pregnancy and in the child's first year. What needs fathers have for education, information and guidance, and how they experience the encounter with the midwife and nurse at the municipal well child clinics. The purpose of the study has been to get better knowledge about fathers needs and use of the well child clinics as a venue to develop their paternity and their care practices.

This thesis is based on qualitative methods, with interviews with fathers who have used the municipal well child clinics services during pregnancy and in the first year of the child's life. The collected data

has been analysed with Luhmanns system theory. The collective feedbacks from the fathers show a culture that does not change. Dads will always be second and then third. They are being sidelined and overlooked. In a culture where women and children are the only ones getting focus It can be hard to participate and form your own identity as a man. I discuss how municipal well child clinics only “see” mom as the father that has a supportive role in the pregnancy. How the nurses and midwives working at the clinics does not include dad, and how poorly men’s need for information is met. There is a need to change, both services and culture, offered by and in the municipal well child clinics. To meet the new man changes is a necessity.

”Å bli far tar fra deg friheten
og tid til de andre tingene
man prioriterer som egen person.
Du blir ikke fornøyd med tilværelsen,
før barnet kommer,
for det er da du opplever
den enorme gleden av å bli far”.

Artur

Forord

Det kjennes godt å endelig ha gjort ferdig masteroppgaven. Prosessen har vært lang, til tider har den følt som en evighet, men jeg sitter igjen med en god følelse av å ha kommet i mål.

Jeg vil gjerne benytte denne anledningen til å takke alle som har bidratt til å gjøre tiden med oppgaven uforglemmelig og spennende. Tusen takk til alle fedrene i studien min som har latt seg intervju. Takk til min bror Erlend for all datahjelp og gode diskusjoner om det å være far. Takk til min kjære niese Silje for hjelp med litteraturlisten. Takk til min mor for matlaging og støtte gjennom denne prosessen med oppgaveskrivingen.

En spesiell god takk til min veileder Sølvi-Marie Risøy, med hennes utrolige kunnskap om masterskriving, Luhmann, diskusjoner og konstruktive tilbakemeldinger har jeg klart å komme i mål med oppgaven min.

Jeg vil også takke Høgskulen i Sogn og Fjordane for et kjekt studie og til kollokviegruppen min med Kari Hege, Ann-Christin og Mia for gode diskusjoner og oppmuntring og støtte gjennom studiet.

Sist men ikke minst vil jeg takke deg Håvard, mannen min. Uten deg hadde dette aldri gått. Du har vært min klippe og støtte. Du har diskutert oppgaven i det vide og bedre og korrekturlest flerfoldige utkast og komt med gode innspill når motet mitt har sviktet. Ikke minst reddet datamaterialet når mac'en krasjet. Takk også til våre barn Fredrik, Thea Margrethe og Stine for oppmuntring og støtte og troen på at jeg klarte å skrive ferdig min masteroppgave.

Innholdsfortegnelse

1 . Alle har en far.....	9
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling	9
1.2 Helsestasjonen og den komplekse familie	11
1.2.1 Farspermisjon og likestilling i Norge.....	11
1.2.2 Om menn, mansroller og likestilling.....	13
1.2.2 Helsestasjon og svangerskapsomsorgen	14
1.3 Forskningsfeltet.....	19
1.3.1 Forskning om far og kjønnsroller i velferdsstaten.....	19
1.3.2 Forskning om endret syn på foreldreskap.....	20
1.4 Oppgavens oppbygning	22
2. Metode.....	23
Del 2.1 Metode tilnærming	23
2.1.1 Forskningsdesign.....	23
2.1.2 Kvalitativ metode.....	24
2.2 Fokusgruppeintervju og dybdeintervju	25
2.2.1 Fokusgruppeintervju.....	25
2.2.2 Dybdeintervju.....	25
2.2.3 Utvalg.....	27
Del 2.2 Gjennomføring.....	29
2.2.1 Rekruttering av informanter.....	29
2.3 Fokusgruppe- og dybdeintervjuene i praksis.	30
2.3.1 Fokusgruppeintervjuene i praksis.....	30
2.3.2 Dybdeintervjuene i praksis.....	31
2.4 Å forske på eget felt.....	32
2.5 Anonymisering og koding	33
2.5.1 Anonymisering - personvern	33
2.5.2. Koding og kategorisering.....	34
3. Luhmanns systemteori	35
3.1 Systemteori	35
3.1.1 Niclas Luhmanns systemteori	36
3.1.2 Mening og meningsbegrensninger	39
3.1.3 Kompleksitet.....	40
3.1.4 Kommunikasjon.....	40
3.1.5 Iakttagelsesbegrepet / Observasjoner.....	41
3.1.6 Refleksjon.....	45
4. Når en mann blir gravid	47
4.1 To små planeter i hvert sitt univers.	47
4.2 Når ”jeg” blir ”vi”.	55
4.3 Oppsummering.....	57
5. Når menn møter helsestasjonen.....	59
5.1 Irrelevant og uinteressant informasjon.....	60
5.2 Ammedynastiet	64
5.3 For mye snakk og for lite fakta	68
5.4 Oppsummering.....	77
6. Fedre: forventet likestilling.....	79

6.1 Foreldreduellen	79
6.2 Gi meg plass og rom og jeg vil fylle den.....	85
6.3 Oppsummering.....	90
7. Hvordan opplever far helsestasjonen	91
7.1 Hovedfunn	91
7.2 Oppsummering	94
7.3 Hva kunne jeg gjort annerledes	96
7.4 Reliabilitet og validitet	96
7.5 Hva er nødvendig av videre forskning.	97
8. Litteraturliste	99
9. Vedlegg.....	107

1 . Alle har en far

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Alle har en far. Om han er deltagende i livet ditt eller ikke, har han ved et tidspunkt gitt deg liv. Vi vil alle beskrive vårt forhold til hva en far er ulikt. Noen har en tilstedeværende far, andre har aldri møtt han, men vi vet at han er en del av oss. I den senere tid har den felles politiske agendaen i Norge vært å få fedre mer inn i hjemmet med omsorg for sine små barn, videre har spesielt Sosialistisk Venstreparti (SV) vært en pådriver for dette med Audun Lysbakken som leder. Da SV var i regjering fra 2010 til 2014 var fokuset rettet mot økt pappapermisjon, noe som også ble vedtatt i denne perioden. Den økte fedrepermisjonen har medført at fedrenes permisjonskvote økte fra 12 til 14 uker, men er nå nedsatt til 10 uker av den sittende høyreregjeringen. Erna Solberg sin regjering har laget et familiedirektiv hvor fokuset på foreldrepermisjonen skal bestemmes av den enkelte familie og ikke være øremerket mor eller far (Meld. St. 24 (2015-2016)). Uansett er fedrekvoten mer enn en dobling av hva fedre hadde i 1993.

Historisk sett finnes det tradisjon for hvordan vi snakker om kjønn og kjønnsroller (Tyrkkö, 1999). Det er et emne som gjenspeiles i menneskenes historie og det finnes overalt. Bibelen, filosofer, forfattere og vitenskapsmenn snakker om hva en kvinne kan og ikke kan gjøre, samtidig sier de hva en mann er og om hans spesifikke oppgaver her på jorden. (Tyrkkö, 1999). De ledende normative forståelsene om kjønn finnes overalt og mennesker forholder seg til disse. (Hirdman, 2003). Elvin – Nowak, & Thomasson, (2003) skriver om det kjønnsynet som finnes rundt foreldreskap og beskriver dette som den mest kjønns spesifikke posisjon som vi har i vårt samfunn. Videre sier Elvin – Nowak, & Thomsson, (2003) at mødre og fedre plasserer seg helt ulikt i forhold til barnet og foreldre ansvaret.

Forskning viser at fedrene i dag er mer involvert i sine barn enn for noen tiår siden (Aarseth, 2008., Holther, & Aarseth, 1993., Plantin, 2001., Brandt, & Kvande, 2003). Svangerskaps- og barselomsorgen er i dag rettet mest mot mor og i liten grad mot far.

Allerede for 15 år siden viste Haaland (2001) til at far bør ivaretas bedre, sett i lys av at far er betydelig mer involvert i barnets første leveår. Haaland mente at gjennom svangerskapsperioden og spesielt i barselperioden, burde fedrene ivaretas på en bedre måte enn hva som den gang var vanlig (Haaland, 2001). Far nevnes i liten grad som egen person i dagens retningslinjer for hvordan far skal møtes og ivaretas i barselperioden, samtidig som far overtar store deler av ansvaret for barnet når han har sin lovbestemte pappapermisjon (Helsedirektoratet, 2014).

Jeg arbeider som jordmor i en kommune, og jeg arbeider mest med svangerskap og barselomsorg. Far er ofte med på svangerskapskontroller og på kontroller i barselomsorgen etter at mor og barn er utskrevet fra fødeavdelingen. Min erfaring er at far er med på svangerskaps- og barselkontroller på mors premisser. Dette har gjort meg nysgjerrig på hvilken funksjon helsestasjonen har for fedrene, og hvordan fedrene opplever jordmødrenes og helsesøstrenes arbeid sett opp mot fedrenes behov for informasjon/opplæring i svangerskaps- og barselomsorgen og i barnets første leveår, som i dag tilbys i den kommunale sektor.

Basert på dette har jeg valgt følgende forskningsspørsmål:

Hvordan opplever far møte med kommunens helsestasjon under svangerskapet og i barnets første leveår?

Underproblemstillinger

- *Hva er fars behov for informasjon, opplæring og veiledning i denne perioden?*
- *Opplever far at jordmor og helsesøster på helsestasjonen møter hans behov?*

Denne oppgaven vil ha fokus på fars omsorgsrolle, men forsørgerrollen kan ikke helt utelukkes da den kan ha betydning i forhold til hvordan han velger deltagelse på i svangerskaps- og spedbarnsomsorgen ved helsestasjonen.

1.2 Helsestasjonen og den komplekse familie

1.2.1 Farspermisjon og likestilling i Norge.

Gjennom en utvikling av velferdssamfunnet som startet rundt 1950 tallet, fikk vi en fremvekst av velferdssamfunnet hvor de politiske partiene i Norge gikk sammen om en politikk hvor velferdsgodene skulle fordeles og finansieres gjennom skatteinntekter. Folketrygden kom i 1967 som et tiltak for å sikre barn, syke og gamle en økonomisk minstestandard (NOU, 2004:1). Tidlig på 1970-tallet begynte de nordiske landene å legge til rette for at kvinner skulle kunne gå ut i lønnet arbeid utenfor hjemmet. Det ble innført adskilte skatter for mann og kone, mulighet for barnehageplass til de minste barna og gode permisjonsordninger ved fødsel. Dermed var det lagt til rette for at kvinner kunne ha større frihet til å delta i arbeidslivet utenfor hjemmet (NOU, 2007:6). Før 1970-tallet var mødrene hjemme med barna og fedrene i lønnet arbeid utenfor hjemmet. På 1700 - 1800 tallet da industrialiseringen tok fart, endret samfunnet seg fra et jordbrukssamfunn der mann og kone var likestilt i fordelingen av arbeidet som ble utført på gården. Industrialiseringen førte fedrene ut av hjemmet for å finne seg lønnet arbeid, og dette ga grunnlag for den nye kjernefamilien som vokste frem under industrialiseringen, hvor mor fikk hovedansvaret for barna og hjemmet og fedrene forsørgeransvaret utenfor hjemmet (Lorentzen, 2012).

Farspermisjon på den politiske agenda

Farspermisjon ved fødsel har vært på den politiske agenda de siste 30- 35 årene. I 1977 ble frivillig fedrekvote innført, hvor fedre kunne ta permisjon uten lønn. I 1978 fikk fedre en lovbestemt rett til omsorgspenger når barn var syke (Meld. St. nr. 8 2008-2009. Om menn, mansroller og likestilling). I 1986 ble Jens Stoltenberg leder for mansrolleutvalget (1986-1991). Dette utvalget skulle sette fokus på menns rolle i familien (Vollset, 2011). Det tok syv år før fedrekvoten ble lovbestemt permisjon for far. Lovbestemmelsen ble innført blant annet for å sikre at foreldrene delte permisjonstiden (Meld. St. nr. 8, (2008-2009)). Siden slutten av 1990-tallet har Norge i likhet med EU, hatt som mål og få flere kvinner ut i lønnet arbeid. Tanken er at dersom kvinner kan delta i like stor grad som menn i arbeidslivet, vil den økonomiske forskjellen mellom menn og kvinner bedres og likestilling mellom kjønnene vil økes. Fedrekvoten som ble innført i 1993 var en intensjon om at far skulle ha hovedansvar for

barnet i fire uker uten at mor var tilstede. Fedrekvoten kom som en utvidelse av foreldrepengeperioden. Dette var en forutsetning, slik at farspermisjonstid ikke skulle gå på bekostning av den foreldrepermisjonen mor allerede hadde (NOU, 1995:27). 4 % av fedre begynte å benytte seg av fedrekvoten på 4 uker i 1993, de neste syv årene steg antallet til 85% (Lappegård 2003). Dette medførte til et langt mer aktivt farskap (Meld. St.nr.8. (2008-2009)).

Siden 1993 har fedrekvoten økt som et av resultatene i likestillingskampen. 1. Juli 2009 økte fedrekvoten til 10 ukers permisjon og 1.juli 2011 var fedrekvoten endret til 12 uker lovbestemt rett til permisjon og ukene kunne ikke overføres til mor, mens mor hadde 9 uker fastlagt permisjon som ikke kunne overføres til far. 1.juli 2013 ble kvoten for foreldrepenge-perioden utvidet til 14 uker for mor og far. Den totale foreldrepermisjonstiden ble utvidet til 49 uker eller 59 uker (ut i fra om de tar en 80 % dekning eller en 100 % dekning) (www.nav.no/foreldrepenger).

Far har rett til fedrekvote når både han og mor har rett til foreldrepenger. Han kan også opparbeide seg rett til fedrekvote mens mor mottar foreldrepenger. Fedrekvoten kan tas ut når som helst i stønadperioden. Far kan likevel ikke ta ut fedrekvote de første seks ukene etter en fødsel. Disse ukene er av medisinske grunner forbeholdt mor. Far kan ta ut fedrekvoten sammenhengende eller benytte seg av fleksibelt uttak (foreldrepenger i kombinasjon med arbeid). Han må ta ut fedrekvoten innen barnet fyller tre år. Dersom far ønsker å utsette fedrekvoten, må han søke om dette senest siste dag i fellesperioden. Søker han senere kan stønadsdager falle vekk (www.nav.no/foreldrepenger).

Fra 1.juli 2014 ble foreldrepengepermisjonsreglene endres til en tredelings modell, som innebærer at mor og far har 10 uker lovbestemt rett til permisjon, og de resterende ukene på 26 ved 100% dekningsgrad eller 36 ukene ved 80% dekningsgrad kan fordeles etter familiens behov. (www.nav.no/foreldrepenger).

Oversikt av Foreldrepermisjon 2015 (Nav, 2015)

Svangerskapspermisjon	Tre uker før termindato forbeholdt mor
Barselpermisjon	Seksuker medisinskpermisjon for mor fra fødselstidspunkt. Disse ukene tas fra mødrekvoten.
Pappapermisjon	To uker ulønnet permisjon for fedre fra fødselstidspunktet til barnet.
Mødrekvoten	10 ukers omsorgspermisjon forbeholdt mor
Fedrekvoten	10 ukers omsorgspermisjon forbeholdt far. Disse ukene faller vekk dersom mor ikke har opparbeidet seg retten til foreldrepenger.
Foreldrepermisjon	Omsorgspermisjon som kan deles mellom mor og far. Fra 1. Juli 2014 var fellesperioden på 26 uker ved 100% dekningsgrad eller 36 uker ved 80% dekningsgrad.
Fødselspermisjon	Far kan søke om den totale fødselspermisjonen dersom mor går ut i arbeid. Studerer fulltid, eller er for syk til å ta seg av barnet selv.
Ulønnet permisjon	Mor og far har rett til et års ulønnet permisjon hver.

1.2.2 Om menn, mansroller og likestilling

Melding til Stortinget nr. 8 (2008-2009) ”*Om menn, mansroller og likestilling*” konkluderer med at fedre blir i for liten grad involvert i fødselsforberedelsene og i barseltiden. Meldingen konkluderer med at svangerskapsomsorgen og helsestasjonene ikke har nådd ut med tilbud som dekker menns behov når det gjelder forberedelser og utvikling av foreldrerollen. Det henvises til en TNS gallupundersøkelse i 2003, som viste at kun fem av ti fedre var fornøyd med svangerskapskontrollenes opplegg, blant kvinnene i studien var ni av ti fornøyd (TNS-gallup, 2003). Videre foreslo mannspanelet i sitt konklusjonsnotat at helsestasjonen må yte et bedre tilbud til menn som nybakte foreldre, og at fedre må inkluderes i svangerskap- og barselomsorgen. Regjeringen la også vekt på den viktige rollen mannen har under svangerskapet og fødselen. Meld. St. nr. 8 (2008-2009) fastslår at:

”Fedre bør tidligst mulig integreres og likestilles i foreldreskapet. Gjennom ny og deltagende praksis blant fedre i svangerskap- og spebarns perioden kan fedre få et bedre grunnlag for å være en ressurs for barnet i oppveksten” (Meld. St. nr. 8, 2008-2009 s.83)

Med andre ord ønsket regjeringen at helsestasjonene skulle gi et fullverdig tilbud til far. Slik det er per i dag kan det se ut til at fars ivaretagelse nevnes i liten grad i offentlige dokumenter som omhandler barselssomsorgen. For å underbygge dette kan det nevnes at far er direkte nevnt som egen person i veilederen for svangerskapsomsorgen, barselomsorgen og i helsestasjonen. Felles for retningslinjene er at han nevnes som en hjelper og støtte for mor når hun ikke strekker til. Videre nevner de nye retningslinjene for barselomsorgen far som en part i målgruppen, men senere i retningslinjene nevnes far svært lite (Helsedirektoratet, 2014). En endring er likevel gjort. Når det snakkes om brukergrupper av svangerskap- og helsestasjonstjenesten nevnes foreldre istedenfor mor og far, noe som likestiller begge kjønn som målgruppe i helsestasjonen.

1.2.2 Helsestasjon og svangerskapsomsorgen

Helsestasjonen oppsto tidlig på 1900-tallet i regi av menigheter eller Norske Kvinners Sanitetsforening. Den gangen var behovet først og fremst tiltenkt fattige og vanskeligstilte kvinner. De viktigste oppgavene helsestasjonen hadde var å bekjempe spedbarnsdødelighet, tuberkulose, dårlig hygiene og underernæring. På 1970-tallet overtok staten ansvaret for alle helsestasjoner og det forbyggende helsearbeidet for enkeltmennesker endret seg til folkehelsearbeid for alle grupper i landet (Statens helsetilsyn 1998:4).

Organisering av helsestasjon

Helsestasjons- og svangerskapsomsorgen er i dag en del av kommunehelsetjenesten og omfatter kommunens tilbud om forebyggende helsetjeneste til barn og unge i alderen 0-20 år og gravide med familie. Alle kommuner er i dag pålagt å ha helsestasjonstjeneste gjennom helse- og omsorgsloven (2011). Ifølge "Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 3. april 2003 nr.450" er formålet med tjenesten å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade (Helsedirektoratet, 2004).

Tjenestens rolle og posisjon

Tjenesten skal ha karakter av et lavterskeltilbud (Helsedirektoratet, 2004). Det innebærer at den skal være lett tilgjengelig for målgruppen, med kort ventetid på

timeavtale og brukervennlig lokalisering og åpningstid. Det skal være kontinuitet i tilbudet, og tjenesten skal være oppsøkende, gratis og frivillig å bruke. Videre skal kommunen sørge for at adekvat fagpersonell er tilgjengelig i tjenesten. Tilbudet er basert på taushetsplikt, tillit og respekt, og tjenesten forvalter ingen sanksjonstiltak overfor barn eller foreldre (Helsedirektoratet, 2004).

Helsestasjonsvirksomhet og svangerskapsomsorg

Til tross for at det er frivillig, bruker nesten alle gravide, sped- og småbarnsfamilier helsestasjonens tilbud om helsekontroller i henhold til det nasjonale anbefalte programmet.

Svangerskapsomsorgen

Svangerskapsomsorg som gis til friske gravide er en kommunal oppgave, og kommunene er ansvarlig for å tilby jordmørtjeneste jf. Kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Svangerskapsomsorgen omfatter et forebyggende og behandlende helsetjenestetilbud for kvinner gjennom svangerskapet. Gravide kan velge om de ønsker å gå til svangerskapskontroll hos fastlegen eller jordmor eller en kombinasjon av disse (Helsedirektoratet, 2005). Helsedirektoratet anbefaler 8 konsultasjoner til friske gravide, med start i svangerskapsuke 8 eller 12 og siste i svangerskapsuke 40. Fra svangerskapsuke 41, overtar fødeklinikkene og gir oppfølging frem til kvinnen føder (Se vedlegg 3: Helsedirektoratet, 2005. Faglige retningslinjer til svangerskapet). Viktige oppgaver i svangerskapsomsorgen er i tillegg til medisinske undersøkelser å informere om normale fysiske forandringer og forberedelse til fødsel, amming og foreldrerollen. En del kommuner i dag er også begynt å tilby jordmorkontroller i hjemmet eller på helsestasjonen etter fødselen, da sykehusene i dag har kort liggetid. På kontroller etter fødselen tilbyr jordmødrene i kommunen oppfølging av mors fysiske helse etter fødselen, barnets vekt og amming/ ernæring av barnet, nyfødtscreeningstest av hørsel og blod. Det tilbys også en gjennomgang av fødselen paret har vært igjennom.

Anbefalte kontroller er 8 stykker, inkludert 18 ukers undersøkelsen på sykehuset hvor de utfører en screeningundersøkelse av fosteret med ultralyd og bestemmelse av termin dato (Helsedirektoratet, 2005).

Jordmor kan også være en del av samliv- og prevensjonsundervisning til ungdom, og i

januar 2016 fikk jordmødre og helsesøstre utvidet rekvireringsrett av prevensjon til kvinner fra 16 år og eldre, samt muligheten for sette p-stav og spiral som langtidsvirkende prevensjon (Helsedirektoratet, 2015).

Helsesøstertjenesten

Helsesøstertjenesten styrer det lovpålagte lavterskeltilbudet til barn i kommunen (Helsedirektoratet, 2004). Gjennom helsestasjonens virke arbeider helsesøstre med helsekontroller og vaksinasjonsprogram til barn fra 0 til 5 år og veiledning til deres foreldre. Gjennom skolehelsetjenesten tilbyr helsesøstre helsekontroller og oppfølging av barn i småskolen, ungdomsskolen og den videregående skole. Her legges det i dag stor vekt på fysisk og mentalhelse gjennom individuelle kontroller og gruppesamtaler/aktiviteter (Helsedirektoratet 2004). I 2010 ble vaksinasjonsprogrammet utvidet til å tilby jenter i skolealder HPV-vaksinen, oppfølging av for tidlig fødte barn og nye retningslinjer for måling og veiing av barn i barneskolen (Helsedirektoratet, 2010). Helsesøstre tilbyr også helsestasjon for ungdom der det tilbys konsultasjoner for ungdom i alderen 16 til 20 år i samarbeid med lege og jordmor (Helsedirektoratet, 2004).

Helsesøsters oppgaver i helsestasjonen for barn fra 0 – 5 år:

- Hjembesøk
- Sped- og småbarnsundersøkelser
- Foreldreveiledning, rådgivning og helseopplysning - individuelt og i gruppe
- Vaksinasjon
- Sosialt nettverksarbeid
- Tverrfaglig samarbeid, individuell plan og ansvars- grupper

(Helsedirektoratet, 2004).

Anbefalte kontroller i barnets første leveår er ca. 10 kontroller, som starter med hjemmebesøk 1 til 2 uker etter fødselen og avsluttes ved 1 år alder. Se Vedlegg 5: : Oversikt over anbefalt program per 21.12.04 for helsestasjonen for 0-1 år (Helsedirektoratet 2004 Veileder IS 1154 s.54-55).

I dette forskningsprosjektet vil fokuset kun være på helsestasjonens oppgaver i svangerskapsomsorgen og i barnets første leveår. Skolehelsetjenesten vil ikke være med i selve oppgaven.

Far i helsestasjonen

Audun Lysbakken (2011) skriver i sin bok *"Frihet, likhet, farskap"* om møte med helsestasjonen hvor han følte seg underlegen som far i forhold til mor. Eksempelvis viser Lysbakken til;

"han kom inn med en haug med barneklær etter å ha kledd av barnet, og han skriver at han burde vel ha skjønt at han skulle kle av ungen og la klærne ligge igjen på gangen. Responsen fra dama i hvit frakk var at " Mødre har mer kontroll på det" (Lysbakken 2011,s.84).

Videre beskriver Lysbakken sin opplevelse slik:

"Jeg summer meg litt og begynner å spørre om ting jeg lurer på. Aurora har en fortykning i hodebunnen, like over fontanellen, stedet hvor hodeskallen til babyene ennå ikke er vokst sammen. Jeg undrer på om det kan være eksem eller noe slikt. Men den hvitklede kan opplyse meg om at det er noe mange spebarn får fordi "mødrene deres ikke tør å vaske dem bestemt nok på den bløte delen av hodet." Om fedrene noen gang vasker babyhoder, vites ikke. Her er det tydeligvis mor som er regelen og far som er unntaket" (Lysbakken 2011,s.84).

Etter Lysbakkens erfaring er fokuset på helsestasjonen rettet mot mor som forelder, mens far bare er med. Lysbakken er fedrenes svar på en «rødstrømpe».. Hans bok har en politisk agenda for fedrenes likestilling i omsorgen av egne barn. Han anser fedre som "ensomme trilleryttere" uten egne møteplasser. At far ikke har egne møteplasser var også kommentert i en artikkel i Aftenposten 15.04.2008, hvor det ble skrevet at fedrene savner egne barselgrupper og egen informasjon ved helsestasjonen (Røed, 2008). Det kan dermed se ut som vi fortsatt retter helsestasjonens tjenester mest mot mor og barn. Dette kan kanskje ha noe med organiseringen å gjøre, da de fleste helsestasjonene er kvinnedominerte arbeidsplasser.

På helsestasjonen hvor jeg arbeider er det ingen mannlige jordmødre eller helsesøstre, og blant legene som per i dag er tilknyttet helsestasjonen er det 4 kvinnelige leger og to mannlige leger som roterer på legetilbudet ved helsestasjonen. Annet personell er også stort sett kvinner. Når jeg snakker med mine helsesøsterkollegaer, nevner de at flere fedre følger med mor og barn på barselgruppene. Helsesøstrene opplever at fedrene kan virke noe brydd og lite aktive deltagere ved de første månedskonsultasjonene når det

snakkes om amming og fysiske og psykiske forandringer hos mor. Ved 10 måneders alder kan det være barselgrupper der det kun er fedre med barn. Erfaringsmessig er fedrene da mer på banen med spørsmål og erfaringer. Konkrete tiltak hvor far trekkes inn i svangerskapet og helsestasjonen er når barnets mor er syk (Stene, 2012). I disse tilfellene henvender både jordmor og helsesøster seg til far som den nærmeste omsorgsperson til å ivareta både mor og barn. Det kan se ut som svangerskapsomsorgen og helsestasjonen ikke tilbyr det samme til fedre med friske koner. I de tilfellene der mor har vært syk men er frisk igjen, og far har vært kontaktpersonen, går en "automatisk" tilbake til mønsteret med å henvende oss først og fremst til barnets mor. Dette mønsteret hvor far blir kontaktperson, kan også være tilstede dersom mor er utenlandsk og det er språkbarriere eller kulturelle barrierer mellom jordmor/helsesøster og barnets mor.

Rikter-Svensen, leder for Reform-ressursenteret for menn, sier i artikkelen "*Verken ridder eller sutrekopp*" (Familia 2/ 2008), dersom far skal ha et aktivt farskap, trengs det gode rammevilkår for at fedre skal lykkes i dette prosjektet. Om menn som omsorgspersoner sier Rikter-Svensen at "*omsorg handler om kompetanse, ikke evner som mor og far har*" (Familia 2/2008). De trenger begge i like stor grad kompetanse for å yte god omsorg. Rikter-Svensen mener at systemet og kulturen for å integrere far i forberedelsen til foreldreskapet er for dårlig (Familia2/2008).

En jordmor har som oppgave å se til at den gravide kvinnen lever et liv som er til det beste for det ufødte barn, mens en helsesøster har som oppgave å se til at vekstvilkårene for et barn er de beste. For å gjøre dette kreves det at jordmor / helsesøster ser på alle aspektene av barnets liv, og i de fleste tilfellene spiller barnets foreldre en stor rolle. Hvordan en helsesøster eller jordmor tolker begrepet foreldreevnen, og hvordan de tolker mamma- og papparollen, kan påvirke bedømmingen av foreldreevnen/rollen som mor og far. Arbeidet som gjøres innen svangerskapsomsorg og helsestasjonsvirksomhet reflekterer lite rundt kjønnsroller og betydningen av likeverdig foreldreroller hos mor og far. Den risikoen jeg ser med dette, er at man taper nødvendig refleksjon og dermed kan resultatet bli at man som jordmor og helsesøster er med og reproducerer de normer og forestillinger som finns rundt menn og kvinner.

1.3 Forskningsfeltet

1.3.1 Forskning om far og kjønnsroller i velferdsstaten.

Det er historisk nytt at fedre er nærværende og deltakende i det omfanget vi er vitne til i dagens norske samfunn. Forskning viser at velferdsstaten har utfordringer knyttet til å oppdatere sin kunnskap, sine strukturer og retningslinjer når det gjelder fødsels- og barseomsorgen i samsvar med denne endrede situasjonen. Forskerne Gunn Elisabeth Birkelund og Trond Petersen uttrykker dette etterslepet slik i et kapittel i boken *Det norske samfunn*:

”Velferdsstaten er kjønnskonservativ i den forstand at den i en rekke velferdsordninger bygger opp under mor-barn-relasjonen. (...) En kvinnevennlig statsfeministisk politikk har bygget opp under morsrollen, og har ikke med samme kraft fremmet far som omsorgsperson”(2005, s.148,149).

I det vestlige industrisamfunnet har forholdet til far og barn vært preget av avstand (Lorentzen 2007, Gills 1997). I Lorentzens bok *”Fra farskapets historie i Norge 1850 – 2012”* finner Lorentzen en mer synlig tilstedeværende far som eksisterer både for familien og i familien. Han beskriver en farsrolle fra midten av 1800-tallet som både var en forsørger og en som tok del i barneomsorgen. Gjennom 1900-tallet gled far gradvis ut av familien, og vi fikk en kjønnsfordeling i hjemmet hvor fedrene ble forsørgere utenfor hjemmet og hadde lite omsorgsansvar for barna. Lorentzen kaller etterkrigstiden for kjønnsarbeidsdeling. På 1950-tallet var det ansett som unaturlig for en mann og trille barnevogn, noe som i dag er en selvfølge. Kvinnernes inntog i arbeidslivet og idealer om likestilling i hjemmet har gjort det mulig for fedre å skifte fokus fra forsørger til ”omsørger”. Det å være en nærværende far har blitt et ideal (Lorentzen 2012). Hagström (1999) viser på sin side en forandring i meningsinnholdet i det å være far og mann. Barna og familien får økt betydning for menns identitet selv om farskapet eller muligheten til å være en god far, er en nødvendighet i den maskuline identitet (Hagström, 1999).

Det er foretatt studier som omhandler fedres møte med helsestasjonen. Haaland (2001) skriver i sin hovedoppgave, som er basert på dybdeintervju med førstegangsfedre sitt møte med helsestasjonen, at fedrene opplevde møtet med helsestasjonen som et kvinnedominert samfunn. Videre skriver Haaland (2001) at fedrene var usikre på om de

var velkommen på helsestasjonen og opplevde at mye av det som skjedde på helsestasjonen var på kvinnelige premisser, gjennom at kvinners behov ble imøtesett og fedres behov ble i liten grad løftet frem (Haaland, 2001). Misvær (2001) gjorde en kvantitativ brukerundersøkelse om foreldre ved helsestasjonene i Bærum. Evalueringen av denne undersøkelsen gjorde at det i Bærum kommune ble startet egne pappagrupper ved helsestasjonen for å imøtekomme engasjementet til fedrene (Misvær 2001).

1.3.2 Forskning om endret syn på foreldreskap.

Likestilling handler om at kvinner og menn skal ha samme rettigheter, ansvar og muligheter i de ulike livsområdene. En jevn fordeling mellom kjønn av makt, innflytelse og samme mulighet til økonomisk uavhengighet er en forutsetning for likestilling (Regjeringen, 2015).

Når det kommer til foreldreskap og likestilling skal kjønn ifølge Elvin-Nowak & Thomsson (2003) ikke gi noen anvisninger. Utenom det biologiske skal det merkes like mye for en mamma og en pappa når de blir foreldre. Ennå er foreldreposisjonen den mest kjønnsspesifikke posisjonen i samfunnet. Elvin-Nowak, & Thomsson (2003) mener at mammaer og pappaer plasserer seg i helt ulike relasjoner til barna og foreldreansvaret. Tyrkkö (1999) definerer foreldreskap ut ifra praktisk handling. Forskjellen mellom mamma og pappa og deres handlingsområder kan ifølge Tyrkkö ses som en del av det generelle bestemte kjønn. Kjønn i termer av morskap og farskap får dermed sin mening gjennom det praktiske handlende. De funksjoner som en mamma og en pappa forventer ha presenteres ofte som gitt fra naturen, men de biologiske aspektene kan ses kun som et rammevilkår for hvordan det sosiale og kulturelle kjønn produseres (Tyrkkö, 1999)

Elvin-Nowak & Thomsson (2003) skriver at mødre og fedre bedømmes ut ifra ulike målestokker. Ettersom morskapet er norm for foreldreskap finnes det ulike forventninger til hva mødre og fedre skal ha ansvar for. Elvin-Nowak & Thomsson skriver at fedre oppmuntres til å bli « nesten-mødre» og skaper dermed et eget slags foreldreprosjekt i dette. Dette foreldreprosjektet er bare mulig så langt mødre oppfyller sine krav på tilgjengelighet, anpassninger og overgripende ansvar. Ansvar hos fedre ses som søtt og blir ivrig på heiet av samfunnet, mens de høye kravene på

ansvar i omsorgsarbeid fra mødrenes ide tas forgitt og får ingen som helst offentlig oppmuntring (Elvin-Nowak, & Thomsson, 2003).

Foreldreskapet er en viktig bestanddel i en familie som venter barn. Foreldreskapet har to viktige sider. Den ene er det som er knyttet til forsørgerrollen, mens den andre er omsorgsrollen (Leira, 1992). Forventninger om en praktisk deltagende far kommer tydelig frem i en rekke studier om menn og farskap for eksempel: (Aarseth 2008., Holther & Aarseth 1993., Hagström 1999., Plantin 2001., Brandt, & Kvande 2003). Forskningen viser at flere menn velger seg bort fra den tradisjonelle forsørgerrollen til en mer moderne farsmodell preget av nærvær. I Plantin (2001) sin studie hadde fedrene forsørging som en viktig del av sitt foreldreansvar. Til tross for dette viste studien at flere menn tok ut lenger foreldrepermisjon, med den begrunnelse å være en avlastning for mor. Videre kom Plantin (2001) frem til at det er flere måter å utøve sitt farskap på i familien, og en moderne far skildrer Plantin som en far som er engasjert, myk, åpen og interessert, samtidig som han setter grenser i relasjonen med barna. Gjennom fedrekvoten har fedre fått en rettighet til å være hjemme med barna. I 1993 tok 4 % av fedrene med rett til fødselspermisjon. I 2011 tok 90 % ut retten om 12 ukers permisjon (Lysbakken 2011). Når far går hjemme og blir kjent med sitt barn, skapes en relasjon og en nærhet som virker langt utover permisjonsukene – og mødrene får flere muligheter til å delta i arbeidslivet og utdanning. Fedrene og mødrene blir mer likestilte som foreldre (Lappegård 2003, Lysbakken 2011). Dette er til glede for fedrene selv, for mor og selvsagt for barna. Måten fedre tar permisjon på er vesentlig hevder politikere, forskere og akademikere. Brandt, & Kvande (2003) har sett på fedres omsorgsarbeid ut fra et likestillingsperspektiv. De fant i sin studie ut at fedre som var alene med barna sine kom på sporet av ”langsom tid”. Det vil si at tiden fikk en annen mening, og fedrene fikk en forståelse av at omsorg handler om tid. Gjennom å være tilstede med sine egne barn styres tiden ikke lenger av å ha mange avtaler og løpe fra sted til sted, men etter barnets behov, som for eksempel barnets sove- og spisetider. Denne erfaringen mener Brandt, & Kvande ga far en viktig kompetanseutvikling og tilegning av en behovsorientert omsorgspraksis (Brandt, & Kvande 2003, s.112). Fedre som var hjemme i permisjonstiden sammen med barnets mor inntok en mer ”medhjelperrolle”, hvor mor hadde hovedansvaret for barnas omsorg. Disse fedrene oppnådde ikke samme kompetanseutvikling som den første gruppen (Brandt, & Kvande 2003, s.116). Hvilken rolle far har kan påvirke ”kompetanseutviklingen” hans i forhold til barna. Kan dette da

ha en innvirkning på hvor mye de søker hjelp hos helsestasjonen og hvor mye de er med på svangerskapskontrollene? Meling (2007) fant i sin masteroppgave om foreldrefordeling av omsorgsarbeid i barnets første leveår, at det nødvendigvis ikke er en sammenheng mellom hvordan omsorgen er organisert, og hva slags kompetanse fedrene selv opplever at de tilegner seg. Hun argumenterer for at selv om fedrene hun studerte tok permisjon og tilbrakte tid alene med barna i permisjonstiden, relaterte de seg til ulike diskurser, noen som gjorde omsorgspraksisen forskjellig i de ulike familiene (Meling, 2007, s.110 -111). Meling (2007) kom dermed frem til at den viktigste indikatoren for fedres deltagelse i barneomsorgen, var hvilken forståelse foreldrene hadde av den rollen fedrene spiller i familiens omsorgspraksis.

I 2009 ble det gjennomført et prosjekt i Hordaland, ”Helsestasjon for hele familien”, hvor det settes søkelys på helsestasjonstilbudet til barn i aldersgruppen 0 – 5 år og deres familie (Haaland, Brundtland, Bjørnstad, 2009). Hensikten med prosjektet var å legge til rette for at mødre og fedre får et likeverdig tilbud ved helsestasjonene i Hordaland. Det var gjort en kartlegging av 40 helsestasjoner i Hordaland og en brukerundersøkelse ved Landås helsestasjon i Bergen kommune. Konklusjonen av brukerundersøkelsen ved Landås helsestasjon var at både mødre og fedre følte seg velkommen og ivaretatt ved helsestasjonen og at helsestasjonen gav dem god informasjon (Haaland, et al. 2009).

1.4 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven består av 7 kapitler og er bygd opp med en innledning, metodedel, teoridel, analysedel og avslutningsdel. Innledningen er kapittel 1. Der tar jeg for meg bakgrunn for valg av tema, problemstillingen, forskning. Metodedelen er kapittel 2 og er delt i to deler. Første del består av en presentasjon av metodevalg og hvilke metoder som er valgt for datainnsamling. I andre del gjør jeg rede for hvordan jeg har samlet inn data. I kapittel 3 blir teorien presentert for oppgaven. Jeg presenterer først en kort presentasjon av systemteori for deretter presenterer jeg Nicklas Luhmanns systemteori, som vil danne det analytiske ramme verket for oppgaven. Analysedelen består av kapitlene 4 til og med 6, her presenterer jeg datamaterialet som jeg har analysert i lys av Nicklas Luhmanns systemteori. I kapittel 7 gjør jeg en oppsummering av funnene i oppgaven som kom fram under analysekapitlene og drøfter de oppimot problemstillingen min og drøfter forslag til videre forskning.

2. Metode

Dette kapitlet tar for seg oppgavens metodiske rammeverk. I første del vil jeg belyse mitt metodologiske utgangspunkt, for så å beskrive hvordan datainnsamlingen ble gjennomført. Videre i kapitlet vil jeg reflektere over min rolle som forsker og min forforståelse.

Ved metodevalg må en ta utgangspunkt i problemstillingen. Min problemstilling lyder:

Hvordan opplever far møtet med kommunens helsestasjon under svangerskapet og i barnets første leveår?

I følge Johannessen, Tufte og Kristoffersen (2005) tar forskningsprosessen til når en velger hvilket tema man ønsker å forske på og følger arbeidet gjennom valg av forskningsspørsmål, forskningsstrategi, teori, datatype, innsamlingsmetode, fremgangsmåte i innsamlingsfasen, og hvordan datainnsamlingen foregikk, hvilke etiske utfordringer jeg var nødt til å ta hensyn til informantene i studien. Utgangspunktet for forskningen er den problemstillingen undersøkelsen dreier seg om (Larsen, 2008). Problemstillingen skal si noe om hvilke fenomener som skal undersøkes og hvilke egenskaper ved fenomenet du ønsker å undersøke (Johannessen, et al. 2005). Avslutter kapitlet med bakgrunn i analysen og tolkningen av datamaterialet.

Del 2.1 Metode tilnærming

2.1.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign er alt som knytter seg til en undersøkelse, gjennom hva og hvem oppgaven skal handle om og hvordan undersøkelsen skal utføres (Johannessen et al. 2005, s.73). Oppgavens problemstilling belyses best gjennom direkte kontakt med informantene, da jeg ønsker å beskrive fedres opplevelse av helsestasjonen og omsorgspraksis, har jeg valgt en kvalitativ undersøkelse.

Jeg ville undersøke fedrenes opplevelse og erfaringer med helsestasjonen og valgte derfor en semi-strukturert intervju guide. En semi-strukturert intervjuguide har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og

rekkefølge kan varieres (Johannessen et al. 2005, s.137). Spørsmålene i kvalitative intervjuer er åpne, det vil si at det ikke er formulert svaralternativer på forhånd (Johannessen et al. 2005). Jeg utarbeidet en intervjuguide med temaer som jeg ønsket svar på. Under hvert tema hadde jeg underspørsmål som skulle være til hjelp for å belyse fedrenes opplevelse og bruk av helsestasjonen før fødsel og i barnets første leveår og gjennom åpne spørsmål vil informantene i undersøkelsen min få formuler selv svarene med sine egne ord og svarene vil også vise hvordan informantene har forstått spørsmålene jeg som forsker ga. Målet var å la fedrenes få fortelle sine egne historier utfra sin kunnskap og livsverden.

2.1.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en metode hvor man undersøker hva mening, hendelser og erfaringer har for de som opplever dem og hvordan de kan fortolkes og forstås av andre. Den kvalitative metoden skal gi forståelse for et fenomen og eventuelt si om forståelsen kan brukes som forklaringsmodell på en lignende situasjon. Antallet informanter i en kvalitativ studie er oftest så lav at det ikke sier noe om forholdet sett ut fra en tallmessig statistikk. Utvalget er strategisk, typisk og /eller spesielt. Datagenereringen i kvalitativ metode foregår ved deltagende observasjon, semi- eller strukturerte intervjuer eller diskursanalyse/ tekstanalyse (Malterud, 2011).

I mitt prosjekt, hvor jeg går dypere inn i forståelsen av og meningen omkring fedres deltagelse ved og inkludering av helsestasjonen, valgte jeg å bruke en kvalitativ metode med semi - strukturerte intervjuer.

”Kvalitative studier viser mennesker som fritt, kreativt og bevisst og beveger seg dermed tettere opp til hverdagsbildet av mennesket, mens det menneskesynet man kan finne i kvalitativ samfunnsvitenskap innebærer at mennesker sammenliknes med en nokså enkel datamaskin” (Repstad 2007:20).

Som Repstad (2007) påpeker er en kvalitativ tilnærming en mulighet til å gripe fatt i individenes egne fortolkninger av sin virkelighet. Jeg har vært opptatt av å fange fedres egenopplevelse, bruksmønster og opplevelse med helsestasjonens tilbud. Dette har vært essensielt for å kunne beskrive de meningssammenhengene informantene presenterte. Jeg vil fortolke informantens fortellinger og fremlegge deres indre logikker, tenkemåter,

mestringsstrategier og opplevde livsbetingelser i forhold til deres syn på helsestasjonens tilbud til fedre. Det å frembringe kunnskap på denne måten, kan gi kunnskap og forståelse for det sosiale liv og individers livsverdener (Kvale, Brinkmann, 2009).

2.2 Fokusgruppeintervju og dybdeintervju

”Telling how it is; Telling how its feels” (Michell, 1999 i Halkier, 2010. s.22).

Denne undertittelen fra Michell (1999) tolker jeg som en god beskrivelse av forskjellen mellom fokusgruppeintervju og dybdeintervju.

2.2.1 Fokusgruppeintervju

For å kunne utforske fedrenes tanker om sin rolle som far og deres bruk av helsestasjonen har jeg valgt å bruke fokusgruppeintervjuer for å kartlegge. Fordelen med fokusgruppeintervjuer er muligheten til å observere diskusjonen mellom fedrene og hvordan de reflekterer over de tema og spørsmål jeg ønsker svar på. En annen fordel for meg er at jeg som forsker ved et fokusgruppeintervju ikke har en dialog mellom meg som forsker og informant, men mer en observerende rolle av informanter som diskuterer forskningsspørsmålene jeg gir (Halkier, 2010).

Fokusgruppeintervju er også en rasjonell metode for innhenting av kvalitativ data, som krever mindre ressurs innsats enn om hver deltager skulle kommet individuelt (Malterud, 2011). Forsker inntar en moderatorrolle under et fokusgruppeintervju. En moderator styrer samtalen mellom informantene i gruppen, slik at de holder seg til temaene som forsker ønsker svar på (Halkier, 2010). Informantene må være informert på forhånd hvilke tema som skal stilles (Malterud, 2011). Spenningen mellom homogenitet og heterogenitet vil alltid være en utfordring innenfor fokusgruppeintervjuer (Halkier, 2010). På den ene siden bør gruppen være homogen slik at man unngår konflikter eller at noe forståelse ikke kommer til uttrykk under intervjuet. På den andre siden bør gruppen være heterogen for å få nok sosial variasjon i gruppens sammensetning (Halkier, 2010).

2.2.2 Dybdeintervju

I denne oppgaven var målet å gjennomføre fire fokusintervjuer med ca. 4 til 6 informanter i hver gruppe. Da det var vanskelig å få fedre til å stille samtidig og ved et

tidspunkt hadde informantene fått utdelt ulike tidspunkt for intervjuet, bestemte jeg meg for å gjennomføre to til tre dybdeintervju. Halkier (2010) nevner i sin bok at fokusgruppeintervjuer kan kombineres med andre metoder for datainnsamling. Dette begrunner Halkier med at andre metoder kan fungere som en kontroll av påliteligheten i fokusgruppeintervjuene og gjennom triangulering øke gyldigheten av undersøkelsen. Dybdeintervju er et individuelt intervju med en informant. Forsker har ved et dybdeintervju en semi-strukturert intervjuguide som inneholder tema som forsker ønsker svar på i stikkordsform (Malterud, 2011). Ved dybdeintervju ønsker man å gå i dybden på et tema og man er som forsker opptatt av informantens opplevelse av et fenomen eller hendelse og hva som var viktig for dem.

I studien har jeg brukt dybdeintervju for å undersøke om dette kunne gi meg en dypere forståelse for deres opplevelser i møte med jordmor og helsesøster ved helsestasjonen og om dybdeintervjuene ville bekrefte eller avkrefte det som ble beskrevet ved fokusgruppe intervjuene. Både gruppeintervjuene og dybdeintervjuene ble gjennomført som semi-strukturerte intervju. De transkriberte intervjuene danner det empiriske grunnlaget for analysen som presenteres i oppgaven.

Brukeres meninger om helsestasjonen kvaliteter og bruk i dagens samfunn illustreres og synliggjøres ofte gjennom statistikk. Tidsnytteundersøkelser og andre kvantitative undersøkelser forteller oss for eksempel at det eksisterer skjevheter i bruken av helsestasjonen mellom mor og far, uttak av foreldrepermisjon, fordeling av oppgaver i hjemmet for å nevne noen. Dette kan med andre ord beskrives som *graden* av fars bruk av helsestasjonen, hyppigheten av forekomst av ulike typer adferd eller holdninger, og en kan for eksempel knytte dette til andre faktorer og faktorer som generelle verdiorienteringer, eller politiske og klassemessig tilhørighet (Kvale, Brinkmann, 2009).

Formålet med dette forskningsarbeidet er å kunne gripe fatt i informantenes opplevelse av, og mening om, tematikken som presenteres for dem i intervjusituasjonen. Informantenes historier om sine (hverdags-) liv danner i seg selv utgangspunktet for analysen (Kvale, Brinkmann, 2009). Målet er å kunne fange opp den forståelsen informantene legger til grunn for sine refleksjoner og holdninger om helsestasjonens ivaretagelse av far, hans bruk av helsestasjonen og hans behov for helsestasjonen, for videre å kunne gi mening til – og søke forståelse for – disse temaene.

2.2.3 Utvalg

”Utvalg kan defineres som de enheter som deltar i en undersøkelse”
(Johannessen et al. 2005, s. 358).

I kvalitativ undersøkelse bruker man et strategisk utvalg av informanter, utfra det fenomenet man vil studere. Johannesen, et al. (2005) beskriver et strategisk utvalg der forskeren tar et hensiktsmessig valg av informanter for å kunne besvare problemstillingen i oppgaven.

Jeg satt opp følgende krav til informantene for å kunne delta i studien;

- Alle skulle være fedre
- De skulle ha barn under 3 år.
- Leve med det yngste barnets mor.
- Snakke godt norsk.

Med disse kravene for deltagelse har jeg forsøkt å ivareta balansen mellom homogenitet og heterogenitet i oppgaven jmf. Halkier (2010). Jeg har ikke rekruttert fedre fra egen arbeidsplass eller fra den kommunen jeg bor i. Dette for å kunne gi informantene mine anonymitet. Jeg arbeider i en helsestasjon og hvis jeg benyttet fedre ved min helsestasjon og fra min kommune som informanter tror jeg fedrene da kunne la være å svare oppriktig når de vet vi kan treffes igjennom helsestasjonen ved en senere anledning. Jeg utarbeidet et informasjonsskriv hvor jeg presenterte meg selv og studien, samt at jeg utarbeidet samtykke til deltagelse.

Del 2.2 Gjennomføring

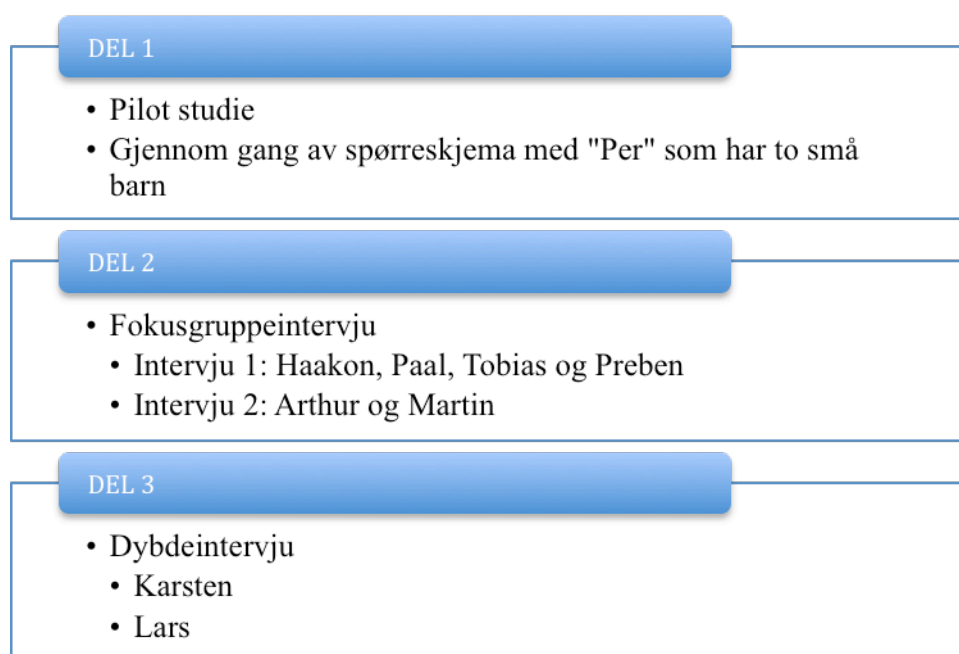
2.2.1 Rekruttering av informanter.

Før jeg startet data innsamlingen er det viktig at jeg har utført og vært godkjent av de rette instansene. I første omgang kontaktet jeg REK-Vest (september 2013) per telefon angående oppgaven min. Utfra beskrivelsene av, og min fremstilling av oppgavens undersøkelse og målsetning om fedres bruk av helsestasjonen og opplevelse av helsestasjonen som et viktig redskap i å utøve sin farskapsrolle, var det ikke nødvendig og søke REK-Vest, da undersøkelsen min er på et allerede etablert helsetilbud, og at jeg ikke hadde sensitive spørsmål som omhandler egen sykdom, psykisk helse og lignende. Etter å ha søkt Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) og fått godkjenning i mars 2014, gikk veien videre for å rekruttere informanter som kunne tenke seg å være med i studien. Dette skulle vise seg å være vanskeligere enn antatt. Jeg utarbeidet et informasjonsbrev (vedlegg 2) som jeg sendte rundt til helsestasjoner og barnehager, som jeg først hadde kontaktet via mail og telefon. Innsatsen med å informere og rekruttere var veldig god fra de ansatte ved helsestasjonene og i barnehagene, men antallet som ønsket å delta ble for lavt for fokusgruppeintervju, men to dybdeintervju ble gjennomført via denne formen for rekruttering. Den neste rekrutteringen var via mødre med barn under tre år. Her ble ”snøballmetoden” brukt, ved ”snøballmetoden” rekrutteres informanter ved å forhøre seg om hvilke personer som vet mye om det temaet som undersøkes og som forskeren bør komme i kontakt med. Disse personene kan igjen vise til andre informanter som det kan være aktuelt å ha med i undersøkelsen (Johannessen et al. 2005). Jeg fikk på den måten inn informanter til to fokusgruppeintervju. De som hadde meldt seg fikk tid og dato for intervjuet via den som rekrutterte for meg, slik at jeg som forsker ikke hadde kjennskap til mine informanter på forhånd. Det kan diskuteres om det hadde vært mer hensiktsmessig å møte opp i barnehagene og på helsestasjonene selv med skriv og informasjon, men dette ble ikke prøvd ut i dette prosjektet. En annen svakhet kan også ha vært nærhet til sommerferie, slik at noen av de rekrutterte gikk ut på grunn av ferieavvikling og ikke ville være hjemme ved intervjutidspunkt. Jeg vurderte om jeg skulle be om intervju via mail, men etter å ha ferdigstilt fire intervjusituasjoner, mente jeg at jeg hadde nok informasjon om fedres bruk av helsestasjonen og deres ivaretagelse.

Pilotintervju.

Før intervjuene testet jeg ut intervjuguiden min, opptaksstyr og meg selv i rollen som intervjuer, på en far med små barn. Gjennom pilotintervjuet fikk jeg endret en del av spørsmålene som endte i ”ja” og ”nei” svar. Jeg fikk testet ut at min semi-strukturerte intervjuguide fungerte, og at opptaksstyret hadde god kvalitet. Samtidig som jeg fikk øvd meg på rollen som intervjuer, hvordan jeg presenterte meg selv og studien. Jeg fikk også diskutert spørsmålene mine med tanke på måten jeg formulerte meg på og relevansen i forhold til tema. Den endrede intervjuguiden (vedlegg nr 3) ble så brukt ved både fokusgruppeintervjuene og dybdeintervjuene.

Figur 1 viser gjennomføringen av undersøkelsens forløp i denne studien:



Figur 1. Forskningsdesign.

2.3 Fokusgruppe- og dybdeintervjuene i praksis.

2.3.1 Fokusgruppeintervjuene i praksis

Fokusgruppeintervju var gjennomført i mai – juni 2014. Det var gjort to fokusgruppeintervju der det var 2 fedre på den ene gruppen og 4 fedre i den andre gruppen, til sammen 6 fedre som deltok. Deltakerne var i alderen 35 til 45 år gamle og

alle var yrkesaktive, snakket norsk og hadde minimum et barn under 3 år. I begge gruppene var det fedre som hadde et barn og fedre med flere barn. Alle hadde tatt ut pappapermisjon, så gruppene var homogent sammensatt. Gruppene var sammensatt av fedre fra forskjellige helsestasjoner fra to kommuner i Hordaland.

I første fokusgruppeintervju var det 4 fedre som møtte. To av fedrene var fra samme helsestasjon. Det var 3 helsestasjoner representert gjennom gruppen. I fokusgruppeintervju nr 2 var det 8 fedre invitert, 2 møtte opp de tilhørte ulike helsestasjoner i samme kommune. Ved valg av lokalisering for fokusgruppeintervjuene sier Halkier, (2010) at stedet betyr en del for deltagelsen og for den sosiale samhandlingen. Halkier sier videre at å ha et fokusgruppe intervju hjemme hos en av deltagerne privat, øker det som regel deltagelsen fordi det føles tryggere å møtes hos en man kjenner, vet om. Informantene fikk velge sted og tid og dermed ble intervjuene gjennomført i en av informantenes hjem. Dette var avklart med de andre informantene på forhånd. Begge fokusgruppeintervjuene var tatt opp med båndopptaker og transkriberingen var gjort av meg som forsker i de påfølgende dagene etter intervjuene. Tilsammen ble fokusgruppeintervjuene 37 sider med tekst.

2.3.2 Dybdeintervjuene i praksis.

Dybdeintervjuene var utført på en arbeidsplass og ved henting av barn i barnehage i juni 2014. Første intervjuet var en far med et barn under 3 år, yrkesaktiv og bodde sammen med barnets mor. Andre intervjuet var med en far med flere barn, yrkesaktiv og sammen med det yngste barnets mor. Intervjuet var gjennomført i en barnehage. Intervjuene var gjennomført på slutten av dagen og tidsperspektivet var noe knapt ved det ene intervjuet noe som førte til at informanten ble stresset av og ikke å rekke henting av barn i barnehage. Transkribering ble utført av meg som forsker i dagene etter intervjuene og utover i juli 2014. Tilsammen ble dybde intervjuene 21 sider med tekst.

Alle de fire intervjuene ble startet med å presentere meg selv og målet for studien om å gi helsestasjonen bedre kunnskap om fars opplevelse og bruken av den. Deretter gikk jeg gjennom samtykke til deltagelse, at det var frivillig å delta og at hver informant hadde mulighet til å trekke seg fra studien om de ønsket det. Jeg informerte spesifikt om bruken av sitater fra informantene og alle fikk spørsmål om de ville lese sitatene jeg brukte før oppgaven var ferdig. Informantene ga meg tillatelse til å bruke sitatene uten

gjennom lesning. Jeg informerte om hvordan data som ble samlet inn under intervjuet skulle bearbeides og tolkes opp mot problemstillingen i oppgaven, slik at informantene fikk forståelse for at de kunne fremstå annerledes enn det de selv hadde ment ved intervju situasjonen. Ved å utføre intervjuene i annen kommune, mener jeg at som forsker ble jeg i større grad oppfattet som nøytral og dermed hadde jeg en større mulighet for å regulere nærhet og avstand til de jeg intervjuet.

2.4 Å forske på eget felt.

Moderne vitenskapsteorier avviser forestillingen om den nøytrale forskeren som ikke øver noen form for innflytelse på kunnskapsutviklingen (Malterud, 2011). Det vil si at forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer vil påvirke han og dette vil ha betydning for hvordan oppgaven vil se ut. I denne studien er det ikke min mening om fedres bruk og opplevelse av helsestasjonen som skal fremmes. Likevel kan min erfaring og interessen for temaet påvirke min måte og lese og tolke gjennom hele forskningsprosessen.

En av grunnene til at jeg valgte dette temaet for min forskning, er at jeg kjenner meg usikker på hva fedre forventer av informasjon og veiledning hos jordmor. Dermed ble jeg nysgjerrig på hva fedrene mente om helsestasjonen og hvordan de opplevde møte med jordmødre og helsesøstre og dette ble bakgrunnen for oppgaven min.

Gjennom bruk av kvalitativ forskningsmetode sier Malterud (2011) at det er et mål at de empiriske dataene på best mulig måte skal reflektere deltagerens erfaringer og meninger og som forsker er det derfor et poeng å sørge for og holde seg i bakgrunnen og lete etter hva man selv må legge til side for å være i stand til å gjengi informantens historie på en lojal måte.

Forforståelse sier Malterud

” er den ryggsekken du bærer med deg inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter” (Malterud, 2011.s 40).

Som forsker i denne studien har jeg med meg en forming som er gjort i forbindelse med den utdannelsen jeg har gjennomført og livet jeg har levd. Gjennom studiene som

sykepleier og jordmor har jeg fått min medisinske innsikt og den sosiale fokus disse studiene har. Jeg har jobbet de siste årene i helsestasjonsvirksomheten. I tillegg har jeg født 3 barn og opplevd helsestasjonen også som bruker. Dette har formet meg og er mitt utgangspunkt for helsestasjonens virksomhet. Min bakgrunn kan være en fordel gjennom å gi næring og styrke til prosjektet, eller en ulempe ved at man kun ser sine egne erfaringer og ikke det som finnes av læring i oppgaven. Det blir som Luhmann sier: du kan kun gjøre en 2. observasjon fra ditt eget system og utfra de koder du selv kjenner gjennom systemet du står i, når du observerer et annet systems funksjoner (Reese-Schäfer, 2009).

2.5 Anonymisering og koding

For å forske på mennesker er det tre viktige forskningsetiske regler: Det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale, & Brinkmann, 2009).

2.5.1 Anonymisering - personvern

Personvern i forskning innebærer at data av privat karakter som kan identifisere deltagerne ikke avsløres. Dette medfører at data som er av privat karakter blir oppbevart på en slik måte at de ikke er tilgjengelig for andre enn forsker (Kvale, & Brinkmann, 2009). I informasjonsbrevet informerte jeg om at jeg har taushetsplikt i forhold til deres deltagelse i mitt forskningsarbeid. Som nevnt tidligere i studien har andre rekruttert informantene for meg. Dermed var det informanten selv som ga meg tillatelse til å la meg vite deres identitet. Alle data som ble innhentet er anonymisert slik at ingen andre skal kunne gjenkjenne informantene. Jeg informerte også informantene om at transkriberingen og lydopptaket ikke vil bli brukt til andre formål enn undersøkelsen og at lydopptaket vil bli slettet etter at oppgaven er levert og vurdert. Opptakene av intervjuene vil bli oppbevart på cd i låst arkiv i mitt private hjem. I fokusgruppeintervjuene fikk de andre informantene vite om hverandre, dermed var det viktig at sensitive tema ikke ble diskutert, for selv om jeg kan forsikre om anonymitet og personvern i fokusgruppeintervjuet, kan jeg ikke garantere hva de andre informantene gjør med den informasjonen de blir en del av.

Ifølge Morgan (1988) kan et fokusgruppeintervju ha en positiv effekt på at personlige temaer ikke dukker opp og dermed øker sannsynligheten for at informantene diskuterer de tema som forskeren tar opp uten å komme inn på personopplysninger. Jeg kan ikke

gradere meg mot at informantene mine kommer inn på personlige tema, men jeg hadde det med meg som en mulighet til intervjuene og kunne slå av opptaker ved behov. I de gjengitte sitatene, har jeg valgt å bruke klamme (...) der jeg hopper over ord og setninger i sitatene. Jeg velger også å bruke klamme når jeg velger bort lyder som, hm,... pauser, eller ord som ikke skaper sammenheng i setningen.

2.5.2. Koding og kategorisering

Etter at jeg hadde gjort de fire intervjuene satt jeg igjen med 54 sider med transkribert skrift. Jeg hadde notert meg stikkord i marginen om hvilke tema som ble beskrevet i intervjuet. Jeg startet med å kategorisere intervjuene først etter hvilket tema informantene tok opp i intervjuene. Deretter leste jeg igjennom intervjuene mange ganger før jeg farget sitater etter hvilket tema de tilhørte og kodet informantene med intervjunummer og informant 1, 2, 3 osv., og la de i dokumenter under tema de passet med. Dermed ble temaene et verktøy for å kunne besvare problemstillingen i oppgaven. Deretter satte jeg sammen sitatene rundt det informantene hadde sagt noe om i de ulike intervjuene. Utfra sitatene fant jeg tre aktuelle tema: Graviditet, kommunikasjon og likestilling.

3. Luhmanns systemteori

I dette kapitlet vil jeg gi en kort presentasjon av systemteori før jeg presenterer Niklas Luhmanns systemteori, som er den teoretiske grunnlaget mitt for analysen.

3.1 Systemteori

For å underbygge endringsfaktorene i svangerskaps- og spedbarnsomsorgen ved helsestasjonen med anerkjent og forskningsbasert teori, er det nærliggende å gå til systemisk tenkning. I dette perspektivet utgjør barn, foreldre, familie og omgivelser et system der enkeltindividene gjensidig påvirker hverandre gjennom de relasjoner de inngår i. Måten de kommuniserer på kan bli utviklingsfremmende eller utviklingshindrende for enkeltindividet eller familiesystemet som helhet (Hafstad, & Øvreide, 1998).

Som forsker kan man benytte systemteori både til å forstå og til å handle i forhold til enkeltpersoner, familier, grupper og lokalsamfunn. Sosialt arbeid har alltid sett mennesket i spill med omgivelsene (Aadland, 2004). Likevel har det variert gjennom tidene hvordan man har forstått personen og situasjonen, forholdet mellom dem og hvor man har plassert årsaker til, og virkninger av, udekkede behov. Det henger sammen med at det rådende verdi- og teorigrunnlaget bygger på endrer seg i takt med samfunnsutviklingen. Dette får konsekvenser for utforming av modeller og metoder og valg av tiltak (Aadland, 2004).

Når du skal velge modeller og metoder, er det viktig å kjenne det teorigrunnlaget de bygger på. Det får innvirkning på hvordan vi analyserer situasjonen, på hvilke handlingsalternativer vi velger og til og med på type spørsmål vi stiller/hva vi ser etter.

Systemteori er et brudd med tidligere teorier og ikke bare en utvidelse av disse. Eksempelvis har psykodynamiske teorier og systemteori to ulike utgangspunkt for å forstå mennesker. Psykodynamiske teorier har bygget opp sitt kunnskapsgrunnlag fra reduksjonisme, dvs. at vi ser på de enkelte delene hver for seg. Systemteori derimot tar utgangspunkt i helheten. Systemteori betegner tenkemåter og forståelsesmodeller innenfor ulike vitenskaper der begrepene system og modell er sentrale. Vi finner dette innenfor både pedagogikk, psykologi, sosiologi og sosialfaglig arbeid.

Teoriene legger vekt på at det enkelte individ er i interaksjon med ulike sosiale systemer. I interaksjonen blir individene påvirket av de sosiale systemene samtidig som helheten i de sosiale systemene blir påvirket av individene. Menneskelig atferd og handlinger blir forstått ut fra individenes samspill med omgivelsene og den helheten de inngår i. Teoriene bryter derfor med forestillingen om at det er mest hensiktsmessig å forklare handlinger ut fra en direkte sammenheng mellom årsak og virkning. For å skape endring og utvikling blir det sentralt å lete etter sammenhenger og finne måter å kunne påvirke disse. Gjennom å analysere handlingsmønstre og kommunikasjon i sosiale systemer kan vi endre faktorer som opprettholder uønskede situasjoner.

Dersom vi ser fedre ut fra mors ønsker og behov, kan det bli vanskelig å integrere far som egen person i helsestasjonen med egen behov for tilpasset veiledning, informasjon. Han kan da være et element som ikke passer inn i den vanlige hverdagen på helsestasjonen og misforståelser kan da fort oppstå.

Det er to hovedkategorier av teorier om system: teorier som anser systemer for å være åpne og teorier som anser systemene for å være lukkede. Den første typen forsøker å beskrive hvordan ulike system griper inn i hverandre og påvirker hverandre i et økologisk samspill. Denne tradisjonen er kanskje best kjent gjennom Urie Bronfenbrenners utviklingsøkologi. Tradisjon nummer to er mer opptatt av å beskrive hvordan systemer skaper og regulerer seg selv. Endringer skjer på bakgrunn av press utenfra, men det er systemet som selv bestemmer hvordan det skal reagere. Den mest kjente eksponenten for denne tradisjonen er Niklas Luhmann (Luhmann, 2007).

3.1.1 Niclas Luhmanns systemteori

Niklas Luhmann (1927 – 1998) er en av 20. århundrets betydelige tenkere. Han har en akademisk utdanning som jurist og arbeidet som jurist før han startet sin forskerkarriere i midten av 1960-årene. Han har utgitt mange publikasjoner på tysk, og internasjonalt er han kjent gjennom mange akademiske disipliner. Hovedverket hans er en generell systemteori som favner sosiale funksjoner i samfunnet (Luhmann, 2005b). På 1990-tallet får Luhmann rot i den norske samfunnsvitenskapen gjennom Double, Sand, Hagen og Bakken (Luhmann, 2005b).

Luhmanns systemteori skiller seg fra Talcott Parsons systemteori ved at Luhmann ikke ser samfunnet som en funksjonell helhet. Luhmann deler opp samfunnet i sterkt uavhengige systemer. Luhmanns systemteori viser ikke vei mot bedre løsninger enn Parsons og Habermas for samfunnet, men han har en mer deskriptiv målsetning i å forklare systemene som er bygd opp og som agerer selvstendig i et komplekst samfunn. (Rasmussen, 2003) Luhmann skiller seg fra Habermas gjennom at han ikke tror på noen sentral instans eller en offentlighet som kan kritisere eller veilede.

Når flere personers handlinger knyttes sammen, oppstår det alltid et sosialt system som avgrenser seg fra omverden. Sosiale systemer kan være uformelle gjennom at to mennesker samtaler, eller på et mer formelt nivå gjennom organisasjonssystemer som en helsestasjon, barnehage, kommunestyre etc. Et samfunn er det mest omfattende sosiale systemet vi har (Reese – Schäfer, 2009). I Luhmanns systemteori kan ikke sosiale systemer eksistere uten psykiske systemer. Psykiske systemer definerer han som mennesker. Siden sosiale systemer ikke består av mennesker, vil de psykologiske systemene være omverden for de sosiale systemene (Luhmann, 2005a).

Et moderne samfunn består av mange sosiale systemer som reproducerer seg gjennom sine spesialiserte funksjonsområder. Det enkelte system har sitt spesielle ansvarsområde og bare i svært liten grad finnes det overlappinger mellom systemene (Rasmussen, 2003). Vi kan snakke om en felles tematikk, men operasjonene, måten temaene behandles på, skiller seg tydelig mellom de forskjellige systemene. Systemene har utdifferensiert seg gjennom binære ledekoder som er unike for hvert system. For eksempel orienterer massemedia seg ut fra koden informasjon/ikke informasjon, det økonomiske system gjennom mediet at du kan betale for deg eller ikke. Alt som kan bli en nyhet er informasjon, gamle nyheter har bare nyhetsverdi i den grad informasjonen i dem kan fornyes, eller er sensasjonell og kan memoreres på nytt av leserne (for eksempel historien om menns inntog på fødestuen på tidlig 80-tallet). Et systems kode er stabil og medløper i alle systemets operasjoner, det som oppfyller og styrer bruken av koden er programmer, som er Luhmanns ord for sjanger. Rasmussen (2003) bruker i sin bok eksempelet om en avis. En avis, består av en rekke programmer, som er forholdsvis skarpt definerte, og som endrer seg lite fra dag til dag. I motsetning til informasjonene som gjennomstrømmer strukturen, (det vil si koden, programmene og grafikken), er informasjonen hele tiden ny. I samspill med de aktuelle programmene, er koden en måte

å redusere omverdens kompleksitet. Koden selekterer inn nyheter, og selekterer ut ikke-nyheter. Agurknyheter tyder for eksempel på mangel av nyheter (Rasmussen, 2003).

Den grunnleggende måten å iakttå på for Luhmann er gjennom den paradoksale konstruksjon enheten i en forskjell. Et system defineres således gjennom enheten i forskjellen mellom system og omverden. Helt lukkede systemer defineres som grensetilfeller, for hvilke omverden er uten betydning (Luhmann, 2005a, s.42). Et sosialt eller et psykisk system må være i stand til å relatere seg til seg selv rekursivt i sine operasjoner gjennom en selvreferensiell lukning. Det følger av lukningen at systemet må skille mellom system og omverden. Omverden er et nødvendig korrelat til selvreferensielle operasjoner, nettopp fordi det observerende systemet ved å skille mellom alter og ego eller system/omverden, blir i stand til å forholde seg til hva som er viktig i omverden. For et system er omverden en ressurs som blir tilgjengelig gjennom strukturelle koblinger. Et system irriterer sin omverden, heter det hos Luhmann. Hvis vi tenker på hvordan fedrenes kamp for likestilling i hjemmet er omverden og ressurs for det politiske system, så ser vi med en gang at *for sterke* koblinger ikke er ønskelig fra fedrenes side, fedrene blir da propaganda og irriterer på ingen måte politikken. Fedrene som propaganda blir pålagt et uhyre ensidig forhold til det den blir pålagt å representere.

Luhmann ”står i gjeld” til Humberto Maturana for begrepet om autopoietiske systemer, hvor Maturana skiller mellom allopoietiske og autopoietiske systemer. Fedre som propaganda er slik sett et allopoietisk system som ikke råder over sin selvreproduksjon og sitt omverdensforhold. Motsetningen til dette er et autonomt fedresystem som er fri til å bestemme over seg selv, sitt innhold og sine uttrykk. Et slikt farsystem kan ha et langt mer differensiert forhold til omverden og seg selv. Dette gjelder selvsagt for alle systemer, jo mer de råder over sin autonomi, desto mer avanserte og differensierte forhold kan de ha til omverden. Indre kompleksitetsvekst fører med andre ord til ekspansjon av systemets gyldighetsområde.

Sosiale systemer	Psykiske systemer
Konstitueres av mening prosessert av kommunikasjon	Konstitueres av mening prosessert av bevissthet
Samfunnssystemet med delsystemer: Funksjonssystemer Organisasjonssystemer (formaliserte) Interaksjonssystemer (uformaliserte)	Mennesker = personer, tilknyttet for sosiale systemers kommunikasjon Omverden for sosiale systemer.

Figur hentet fra Holmström (1999) sin karakteristik av Luhmanns sosiale systemer / psykiske systemer.

Fra 1980-tallet betraktet man sosiale systemer som handlingssystemer. Luhmanns systemteori endret synspunktet til autopoietiske (selvskapende) kommunikasjonssystemer som består av og med kommunikasjon. Hans teori handler om å se på samfunnet som kommunikasjon, der samfunnet er bygd opp av kommunikasjonssystemer som er organiserte. Disse kommunikasjonssystemene skaper og reproducerer seg selv alene gjennom lukkede kommunikasjonsprosesser som er normativt forankret i systemets egen mening. Det vil si at systemene forholder seg til en intern kode som gir et positivt eller negativt svar når systemene tar opp en sak. Et eksempel her er det økonomiske system som har to verdier. Enten kan du betale for deg eller ikke. Kirken har sine egne koder som er ulikt det økonomiske system enten tror du / eller du gjør det ikke. De sosiale systemene åpner seg for informasjon fra omverden gjennom systemets eget verdenssyn. Autopoietiske systemer kan ikke operere i sin omverden, de kan hente energi fra den og de kan irritere den, men de kan ikke operere i den. Autopoietiske systemer irriterer hverandre, og i en familiesfære kan vi påstå at far og mor systemet irriterer hverandre i deres kommunikasjon om samhandling i familie livet og rundt barnet.

Ved Luhmanns systemteori har jeg lagt vekt på følgende begrep: mening og meningsgrenser, kommunikasjon, lukkethet/åpenhet (autopoiesis), iakttagelser, strukturelle koblinger og refleksjoner.

3.1.2 Mening og meningsbegrensninger

Det er gjennom mening et system begrenser seg til omverden. Mening som oppstår avgrensner seg til annen mening. Begrepet mening er helt sentralt i Luhmanns teoridannelse, da Luhmann mener at mening konstruerer og integrerer sosiale systemer

(Andersen, 1999). Slik jeg ser Luhmann vil mening være det som er i overensstemmelse med et systems koder. Luhmann definerer mening som en hendelse av forskjellen aktualitet / potensialitet. I et bestemt øyeblikk står noe i sentrum for tanken eller kommunikasjonen, noe aktualiseres. Det som aktualiseres står alltid i sentrum for tanken eller kommunikasjonen i forhold til en horisont av mulige aktualiseringer det vil si potensialiteter (Andersen, 1999). Dermed gis mening et eget liv i form av systemet, en egen beretelse som det ikke stilles spørsmål ved. Mening er styrende for hva systemet velger å legge vekt på som verden, som en håndterbar virkelighet. Mening er der med en hjelp til å kunne velge i et hav av muligheter. I følge Luhmann kan mening forstås i tre dimensjoner; tidsdimensjon som sier noe om *når* noen kommuniserer, saksdimensjon som omhandler *hva* som tas opp i en kommunikasjon, og sosialdimensjon som sier noe om *hvem* som kommuniserer (Andersen, 1999).

3.1.3 Komplexitet

I Luhmanns systemteori er alt system eller omverden, med unntak av verden. Med dette menes at Luhmann ikke ser verden som et system, fordi den har ingen ytre grenser, med andre ord; ingen omverden. Verden omfatter alle systemer og deres omverdener (Luhmann, 2007). Verdenskompleksitet er mer enn omverden for de sosiale systemene, derfor reduserer Luhmann i sin systemteori verdenskompleksiteten til å lukke visse muligheter inn i systemet og utelukke resten gjennom *mening*. Mening gjør kompleksiteten håndterbar ved å skape grensene som skiller systemet fra omverden.

3.1.4 Kommunikasjon

Jf. Luhmann består ikke samfunnet av individer eller handlinger, men av kommunikasjon (Luhmann, 2007). Luhmann kan i en viss grad slutte seg til Derridas beryktede utsagn om at "det finnes ikke noe sosialt utenfor språket". Dette er kontraintuitivt, men svært viktig for Luhmann. Kommunikasjon er det eneste genuint sosiale i betydningen noe som foregår mellom individer. Kommunikasjon er tvers igjennom interaktive fenomen. I Luhmanns befinner individer seg utenfor samfunnet i psykiske systemer. Det er kun det som skjer mellom dem, altså kommunikasjon, som er sosial og befinner seg i eller utgjør samfunnet (Luhmann, 2007).

Sosiale systemer er autopoiesiske systemer som former mening i en lukket kommunikasjonssammenheng ved å knytte kommunikasjoner til kommunikasjoner. Det vil si et indre perspektiv som verden betraktes fra (Luhmann, 2007).

Hva mener Luhmann med kommunikasjon?

Kommunikasjon for Luhmann (2005) er ikke en informasjonsoverføring fra et individ til et annet. Kommunikasjonen lever sitt eget liv, og kan ikke reduseres til noe individene holder på med. Kommunikasjon kan beskrives som en selektiv hendelse av mange mulige hendelser. Kommunikasjon er prosessen av seleksjon, en koordinert utvelgelse. Hos Luhmann er det videre tre seleksjonsprosesser nødvendige for at kommunikasjon skal oppstå: *Informasjon – meddelelse og forståelse* (Andersen, 1999 s. 126.; Reese- Schäfer, 2009). Det vil si en avsender må velge hva han vil si (informasjon), men også at han vil si det (meddelelse). Mottakeren må velge å forstå avsenderens ytring som et forsøk på kommunikasjon, og velge om han vil respondere på ytringen.

Luhmann definerer *informasjon* som en seleksjon fra et repertoar av mange mulige seleksjoner. Det er alltid noe, et innhold, som kommuniseres. *Meddelelse* referer til formen og årsaken til kommunikasjon: *hvordan* og *hvorfor* noe blir kommunisert. Meddelelseselementet tilsvarer «gjøre-aspektet» ved kommunikasjon det at det foreligger en henvendelse i en eller annen form. *Forståelse* er ikke at et individ skjønner eller dekker et budskap inne i sin bevissthet, men at det må reageres og svare på henvendelsen, det vil si *hva* skal forstås med det meddelte. Dette kaller også Luhmann tilslutningsaspekt. Det er ikke nok at det foreligger et budskap, og en henvendelse for at kommunikasjon skal oppstå, i tillegg må det svares på disse,. Der er først gjennom tilslutning at det sosiale eller interaktive oppstår i kommunikasjon. All kommunikasjon starter med en og samme operasjon å skape et skille., en distinksjon.

3.1.5 Iakttagelsesbegrepet / Observasjoner

Luhmann forklarer ikke handlinger og valg utfra individer eller subjekter. I Reese-Schäfer (2009 s.15) fremheves Luhmann som å ”velge den motsatte veien” ved å ha det ”iakttagende iakttagelsessystem” som utgangspunkt. I stedet for individualistiske begrunnelser for å konstruere samfunnsteori med et enhets perspektiv, forstås enheten hos Luhmann som selve prosessen ved betraktning som fullbyrdes som kommunikasjon.

Grunntanken er å betrakte iakttagelser som operasjoner som ikke refererer til beviste subjekt men til ulike (Reese-Schäfer, 2009). Luhmann definerer iakttagelser / observasjoner som bestemte forskjells dannende operasjoner:

”at iagttage er at mærke noget inden for rammen af en forskel” (Andersen, 1999. s. 109).

Hva som iakttas /observeres er først og fremst avhengig av den forskjellen som setter rammen for hva som indikeres i verden. Iakttagelsesbegrepet er forskjellen mellom indikasjon / forskjell. Å tolke er å indikere eller navngi noe i verden og det skjer alltid som en indikering av den ene siden av en forskjell. Forskjellen i Luhmanns univers er tosidig, dvs at den har en innside og en ytterside. Innsiden definerer Luhmann som ” *det markede rum*” og yttersiden som ” *det umarkerede rum*” (Andersen, 1999 s. 110). Hver gang vi iakttar markeres den ene siden av en forskjell og den andre siden forblir umarkert. Forskjellen isolerer det markerte (observerte) fra det umarkerte (uobserverte). Kun en side av forskjellen kan observeres av gangen. Markerer begge sidene samtidig avlyses ulikheten / forskjellen. Vi kan ikke klare i samme iakttagelse å iaktta om noe er fint eller stygt, men over tid kan en gjøre dette, men da blir det ikke i den samme iakttagelse. Forskjellen er derfor alltid asymmetrisk fordi den ene siden er merket (observert).

Når noe iakttas skapes samtidig iakttagelsen en ”blind flekk”. Den blinde flekken er enheten i den forskjellen som danner rammen i iakttagelsen. Den blinde flekk i Luhmanns teori oppstår ved at den som iakttar ikke kan iaktta det den ikke kan se eller hva den ikke ser. (Andersen, 1999 s.111). Virkelighetsoppfattelsen til systemene baserer seg på muligheter og usikkerhet og betraktninger av første og andre orden.

Iakttagelse / observasjon av første orden defineres som: ”*en indikasjon av noe i verden innenfor rammen av en forskjell*” (Andersen, 1999.s119). Det vil si en observatør som observere sitt eget system, et eksempel kan være presten i kirken. Presten observerer utfra den sentrale koden som det religiøse systemet forholder seg til (Andersen, 1999).

Iakttagelse av andre orden defineres som ” *en iakttagelse som retter seg mot 1. ordens iakttagelse og dens blinde punkt*” (Andersen, 1999). Det vil si at en observatør av annen orden er en observatør som observerer et annet system med utgangpunktet i sitt eget

system. Man kan aldri forlate sitt system for observasjon fra et objektivt eller nøytralt stå sted. Observasjoner har alltid et utgangspunkt, det jmf Luhmann er ” det blinde punkt” er iakttagelser av det iakttagende systemet selv. Det er selvrefererende. Både første og andre ordens iakttagelser er iakttagelser som skjer innen for rammen av en ulikhet (Andersen, 1999). Luhmann skiller mellom tre måter å se en forskjell på.

1. En forskjell indikerer noe fra noe annet uten å spesifisere den andre siden av ulik f.eks. hest / ikke hest. Det som oppstår i denne skilleoperasjonen kaller Luhmann for «gjenstand»
2. Å se forskjellen på er ved å sette restriksjoner for forskjellens andre side f.eks. mann/ kvinne, +/-, norsk / utlending. Denne formen av forskjell kalles «begreper» og inneholder alltid et mot begrep i seg.
3. Er å se forskjellen som en spesiell variant av begreper. Forskjellen settes her ved å kopiere et begrepsdistinksjon (skille) og føre den inn på innsiden eller yttersiden av begrepet selv, for derved å indikere aspekter ved selve begrepet. Det vil si begreper som kan begripeliggjøre seg selv. Slike begrep kaller Luhmann for andre ordens begreper. De er restriktive forskjellige og kan gjeninnføres eller gjeninnsettes i seg selv. For eksempel regjering / opposisjon kan i gjeninnføres i seg selv gjennom at en regjering / opposisjon kan beskrive seg selv som en regjering - en bestemt fløy eller som opposisjon – et opponerende mindre tall (Andersen, 1999)

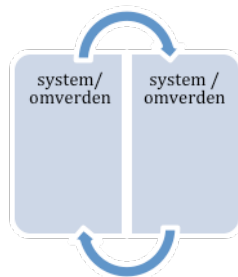
Systemteori spør samfunnet og samfunnssystemenes blinde punkter om de ulikheter som bestemmer hva som kan tre frem i samfunnet og hvordan. All 2. ordens iakttagelser er samtidig iakttagelser av 1. orden idet de indikerer 1. ordens iakttagelser innen for rammen av en ulikhet. Det finnes ikke en privilegert iakttagelses posisjon. En iakttagelse indikerer ikke bare innen for rammen av en forskjell. Iakttagelses operasjonen innstifter også en forskjell mellom selv – og fremmed – referanser mellom det som iakttas og det systemet som iakttar. Det iakttagende system blir til i iakttagelsen sammen med det som iakttar. Systemet går ikke forut for den omverden som iakttas. Begge konstrueres i iakttagelsen som skiller dem ad. Systemet er ikke konstitutivt for iakttagelsen. Det er iakttagelsen og den ulikheten den aktualiserer som bestemmer hvordan omverden treer fram for systemet. Realiteten er i den forstand alltid system relativ. Iakttagelses operasjonen deler verden i system og omverden. Dermed sier Luhmann at systemteori baserer seg på 3 distinksjoner:

- Indikasjon / forskjell
- System / omverden
- førsteorden - / andreordens- iakttagelser.

Et system kan kun iaktta seg selv om det indikerer seg selv innen for rammen av et andreordens begrep. Dersom systemet skal iaktta seg selv som en iakttager, krever systemet at det blir delt opp i to halvdelar: Det som iakttar og det som iakttas. Det vil si at systemet innfører ulikheten system/ omverden i selve systemet.

Denne innføringsoperasjonen kan etter Andersen (1999) illustreres slik:

Kopiering



Innføring.

Denne tankegangen har en lang rekke effekter. Ved iakttagelsens førsteorden er iakttagelsene paradoksale fordi her må iakttageren skille uten å kunne velge sin forskjell. En iakttagelse av førsteorden kan ikke se hvilke ulikheter som ligger til grunn for hans iakttagelse og allikevel kan han skille. Andreordens iakttagelser at den som iakttar kun ser det forskjellen tillater han å se. Han kan derfor se, hvordan paradokset i førsteorden forsvinner, eller ”av-paradokseres” (Andersen, 1999). En iakttager som iakttar kan imidlertid ikke se seg selv som iakttager, og har derfor et blindt punkt (Andersen, 1999). Dermed forskyves iakttagelsens paradoks, men paradokset endrer samtidig karakter til et ”gjeninnføring” paradoks. Paradokset på andreorden består i at forskjellen system/omverden både er det samme og ikke det samme, etter at subsystemet kopierer forskjellen system/omverden og fører det inn i systemet som iakttar(Andersen, 1999). Gjeninnføring betyr at den en del av systemet oppnår høyere refleksiv kapasitet enn resten av systemet. Omverden i førsteordens iakttagelser er monokontekstural, det vil si at den som iakttar ser kun det den ser. Han brukere en forskjell uten å kunne skille. Verdensoppfattelsen på en andre ordens iakttagelse er polykontekstural. Her vil også iakttagelsen være innenfor rammen av en forskjell, men

iakttageren vet at han ikke kan se, hva han ikke ser. Han vet at realiteten er iakttagelse avhengig, og hva som iakttas er kontingent med den forskjellen som danner rammen for iakttagelsen. Han bruker en ulikhet, men han kan også skille. Det vil si at hans iakttagelser ikke fører til vilkårlige resultater, og at det har konsekvenser knyttet til en bestemt forskjell (Andersen, 1999).

3.1.6 Refleksjon

Refleksjon er et av våres store moteord innen for samfunnsteorier. Både Bordieau, Foucault, Habermas og Luhmann vektlegger det frigjørende i at medlemmer i et kollektiv eller system ikke tar sin posisjon for gitt, men reflekterer over den og selv beslutter (Fimreite, & Hjertaker, 2005. s. 4). Videre sier Fimreite, & Hjertaker, at det å ta en beslutning er å velge eller å ikke foreta noe valg i forhold til sitt eget system. Grunnlaget for beslutning er refleksjon knyttet til egen situasjon. Refleksjon behøver ikke nødvendigvis å føre til endret adferd, reflekterte ikke-valg endres ofte lite (Fimreite, & Hjertaker, 2005). Luhmann skiller mellom tre former for refleksjon i et system (Luhmann, 2005a, s.507-508). Refleksjon som Luhmann baserer på sin kommunikasjon. Den *første* formen for refleksjon Luhmann nevner er *selvrefererende*. Denne formen for refleksjon knytter individet til systemet (Fimreite, & Hjertaker, 2005). Slik jeg forstår Luhmann handler individet slik det er påkrevd av systemet, individet stiller ikke spørsmål ved systemets funksjonsmåte. Det vil si at vi handler som vi gjør, fordi systemet har laget retningslinjer for oss, gjennom at vi referer oss selv i forhold til systemet. Den andre formen for refleksjon kan betegnes som *refleksivitet* (Fimreite, & Hjertaker, 2005). Individet stiller her gjennom en prosess mer dyptgående spørsmål om hvorfor han handler slik han gjør. I følge Luhmann skjer det da en form for *irritasjon* som får systemet til å forklare hvorfor systemet handler som det gjør (Fimreite, & Hjertaker, 2005). Videre sier Fimreite, & Hjertaker at det er en tredje form for refleksjon som Luhmann kaller *refleksjon* er det forholdet mellom systemet og omverden. Det vil si at irritasjonen er så stor at den medfører forstyrrelser inne i systemet, som kan medføre at systemet endrer sine holdninger, handlingsmønster eller sitt eget verdigrunnlag (Fimreite, & Hjertaker, 2005). Utgangspunktet for Luhmanns tese om refleksjon er at han anser at i det moderne samfunn er komplekst og derfor har mange ulike valgmuligheter for handling og ikke bare en. Vi har ikke i samfunnet vårt en norm som styrer alle våre handlinger og valg. Dermed finnes det mange sannheter i dagens samfunn og ikke bare en sannhet som alle i samfunnet aksepterer. (Fimreite, &

Hjertaker, 2005). Luhmanns tese er at gjennom refleksjon kan allikevel mennesket oppnå sikkerhet i egen hverdag. Utover å reflektere over seg selv kan man bruke refleksjon til å rette seg inn i som for eksempel et styringsredskap/kart. Gjennom å reflektere over egne måloppnåelser, skal et hvert individ og systemene kunne innrettes og styres, også når overordnede sannheter og mål er usikre (Luhmann, 2005). Til nå har deler av arbeidet til Luhmann blitt presentert, og det er disse tankene som vil fungere som teoretisk utgangspunkt for analysen av det empiriske materialet.

4. Når en mann blir gravid

I dette kapittelet vil jeg analysere hvordan far forstår sin rolle som far i graviditeten. Dette for å kunne svare på problemstillingen om hvordan fedre opplever sitt møte med helsestasjonen i graviditeten. Kapittelet er delt i to. I første del analyserer jeg førstegangs fedre, mens jeg i andre del analyserer flergangsfedres opplevelse av å bli far.

I Luhmanns teori om sosiale systemer er mening et av grunnbegrepene. Luhmann definerer mening som en bestemt strategi til å forholde seg selektivt til den kompleksiteten som råder i samfunnet. Slik jeg tolker mening hos Luhmann vil mening som medie hjelpe sosiale systemer til å identifisere og gjenidentifisere det som kommuniseres i det autopoiesiske systemet. Mening skaper skille mellom systemet og samfunnet, og vi kan se det gjennom at systemet far her kaller seg jeg og omverden rundt refererer far til som dem. Mening blir da den informasjonen som systemet tar inn i seg for å komme omverden nærmere til et "vi-begrep" og ikke vi og dem.

4.1 To små planeter i hvert sitt univers.

"Eg sa god dag, du hørte god kveld. Eg sa ikkje kom, du kom likavel" (Bjørn Eidsvåg, To små planeter).

Å vente barn er i utgangspunktet "helt OK" for mannen, da han har ingen fysiske eller hormonelle forandringer som påvirker han. Er alt bra med mor og barn så merkes det lite til det. Paal beskrev det slik:

" - i begynnelsen har du ikke noe forhold til det.. Du vet at det er så lenge til det.. Det eneste er jo det som hun sier.. at hun er kvalm og dårlig og alt dette her.. Men du har jo ingen forhold til det fordi at det blir så uvirkelig, i hvert fall for min del, før det begynner å nærme seg skikkelig, og du ser at nå er det jo faktisk en mage der.. Men selv om du så magen, så tok det faktisk litt tid før du fikk et forhold til det, selv om jeg var med hele tiden og visste at det på en måte var noe på gang" (Paal).

Ut fra Paal sin beskrivelse ser han seg selv ikke som "gravid" i starten av svangerskapet. Slik jeg tolker Paal, har ikke systemet hans tatt innover seg rollen som

kommende far. Han ser morssystemet i sin omverden som en av mulige fasiter for hva ventetiden går ut på. Gjennom morssystemet påvirkes hans system til å starte utviklingen av sin rolle som far. Han kopierer noe av hva mor sier, men han er ikke gravid og han har ingen av de fysiske forandringene som kvinnen har ved å bære barnet. Så hvordan skal han kopiere inn graviditeten i sitt system? Hva skal til for å få menn til å utvikle sitt farskapssystem? Luhmann (Luhmann, 2005) beskriver dette som aktualisering av muligheter. I et bestemt øyeblikk står noe i sentrum for hva som får mening, men det viser samtidig hen til ytterlige muligheter. Kjernen av aktualiteter er dermed ustabil. Det som på et gitt tidspunkt er aktualisert avbrytes, blir langtrukket eller faller sammen. Det tvinger systemet fortløpende til å velge ut fra noe nytt fra det muligens område, som aktualiseres i neste øyeblikk. I all meningsopplevelse, er det altså innebygget et aspekt av uro. Mening er grunnleggende ustabil, og er på den måten med på å tvinge systemet til en selvforandring (Luhmann, 2005).

”Jeg kjenner meg litt igjen i det. Det var en lang ventetid.. Du går jo rundt og «grugleder» deg kjempelenge til det som skal skje på fødestuen. Og det ble liksom ikke virkelig for meg før vi var på tredje ultralyd.. Da fikk du virkelig.. du fikk se ansiktet på den lille, knøttet.. du kunne jo nesten kjenne igjen litt ansiktstrekk, da ble det liksom en liten vekker.. På slutten går du jo rundt å venter på telefonen. Madammen var jo ute av arbeidet siste delen av svangerskapet, og jeg gikk jo bare å ventet på telefonen.. Bli jo nesten litt nevrologisk” (Preben).

Preben beskriver her at graviditeten har påvirket han, han synes graviditetslengden på ni måneder er lenge og har visualisert barnet i mors mage ved flere ultralydundersøkelser i graviditeten. I sin verden som mann skal Preben nå frakte den gravide partneren inn til fødeavdelingen og han kjenner på følelsen av å ha et ansvar for en ny begynnelse som far.

”Helt i starten, før du på en måte hadde.. jeg syntes det var veldig beroligende når vi hadde vært på den tidlige ultralyden.. for da så du at det er faktisk noe der.. så du fikk litt mer forhold til det.., og at det på en måte er hjertet som slår. Du skjønner at det er noe der, det er ingenting som er sikkert, men det er i hvert fall noe der.. Tidligere var det jo helt sånn absurd hele greien, men nå begynte

du jo å få litt forhold til det. Så de ultralydene hjalp i hvert fall veldig mye for min del.. du ser det vokser, du har noen bilder du kan.., noe visuelt enn bare å sitte å snakke om det.. om hennes følelser og... ().det er ikke alltid like lett å høre på” (Paal)

Paal opplever graviditeten i sitt system via ultralydundersøkelsene i graviditeten. Han skaper et forhold til barnet i mors mage. Før han visualiserte barnet, ga graviditeten ham liten påvirkning som mann.

Funnene her mener jeg viser hvordan mannssystemet gransker sine koder. Preben har en forventning om at ting skal skje, men ikke hvordan hans system skal forholde seg til det i ventetiden. Preben sier at visualisering av fosteret ved ultralydundersøkelse ga han en større mening om hva som var i vente. Preben tar til seg den nye informasjonen som er medelt inn i sitt system og gir det ny mening i sin virkelighet, og han skaper sin relasjon til verden gjennom seg selv. I denne situasjonen skaper han en graviditet innad i systemet sitt utelukkende av en selvrefererende opplevelse og ikke av morsystemet (Luhmann, 2005a). Ut fra hva Preben sier, har han selv gitt graviditeten mening gjennom å få visualisere barnet i mors mage. Dette gir betydning for hans system. Paal bekrefter dette også i sitt utsagn. Ultralyden ga han et visuelt bilde på barnet som han og partner ventet. Paal kunne skape en relasjon til barnet gjennom ultralyden og få eierskap til graviditeten.

Hole, (2009) har i sin studie sett på unge menns holdninger til farskap og familieliv. Hole finner i sin studie at menns ønske om familie handler om å finne nærhet til partner og barn. Parforholdet er det som danner grunnlaget for å få barn (Hole, 2009). Denne holdningen om nærhet som Hole beskriver kan også være fedrenes fokus når de blir med på kontroller i graviditeten. Ut fra den nærhet systemene mann / kvinne har i et parforhold kan være nok grunnlag for at fedrene blir med på svangerskapskontroller.

Luhmanns systemteori bygger på autopoietiske systemer som er selvrefleksive som skiller mellom identitet og differanse. Som Luhmann skriver det i *Soziale Systeme*: ” Vi begynner altså ikke med identitet men med difference.” (Luhmann, 2005a., s. 114). Det vil si lukkede systemer som finner en forskjell fra sin omverden. Ut fra Preben og Paal sin situasjon er graviditeten en situasjon de skal forholde seg til. De må forholde

seg til omgivelsene som er ”gravid”. De tar inn og prøver å gi mening, men det er vanskelig. I følge Luhmann vil dette være en krevende situasjon der mening ikke er fastsatt. Det vil kreve mye arbeid.

Funnene i denne oppgaven viser at det er en vanskelig overgang fra ”hun er gravid” til ”vi er gravid”. Likestilling ligger i de omkringliggende system, så en føler det er noe galt når en ikke føler at ”vi er gravid”. Når mening ikke er fastsatt og når systemet ikke har valgt mellom alle potensialitetene, eller kanskje veksler mellom hva en trekker på, vil det også være vanskelig for helsestasjonen å møte behovene til kommende fedre, da behovene vil være i endring etter som mening kan skape ny informasjon og holdninger inn i systemet. Helsestasjonen har vanskeligheter med å se det komplekse mannsbildet og forholder seg derfor til det ”gravide systemet” før fødselen, mannsbildet vil da ligge i skyggen og være en av mange potensialiteter som helsestasjonen velger å ikke se, for å redusere sin egen verdenskompleksitet. Kommunikasjonen mellom systemene i helsestasjonen vil da utelukke far så lenge han ikke har tatt inn i sitt system graviditet og laget mening ut av de kodene som helsestasjonen bruker opp mot det gravide systemet. Dette kan derfor skape konflikter mellom far og helsestasjonen. Far kan føle seg avvist når han ikke forstår det meddelte budskapet fra helsestasjonen, og helsestasjonen kan tro far ikke er interessert når han ikke svarer på det meddelte budskapet.

Farstad (2010) trekker frem i sin artikkel om pappaperm at man ikke kan forstå fedrenes omsorgspraksis utfra hvordan familien deler sin foreldrepermisjon i barnets første leveår. Artikkelen trekker frem tre ulike familier som har uttak av fedrekvoten ulikt etter hva som passer den enkelte far best og den familie han tilhører. Alle fedrene i studien hadde tilegnet seg sin farskapsrolle uti fra seg selv og den familie situasjonen han tilhørte. Meling (2007) fant på sin side også at det ikke nødvendigvis var en sammenheng mellom fedrenes permisjonstid etter fødselen og hvilken kompetanse fedrene selv mente de tilegnet seg, men hvilke forståelser foreldrene har av den rollen fedrenes deltakelse spiller i omsorgspraksisen.

Informantene i studien var enige om at det var forventninger til dem fra den gravide i å interessere seg, gjøre ting klart, lese om graviditeten og være med på kontroller. Dette

beskrev de som vanskelig på grunn av at de ikke hadde noen hormoner eller barn i magen. Preben sa det slik:

”Jeg tror uansett at svangerskapsperioden for mannen man får ikke den samme knytningen, man har ikke en baby i magen sant, man får ikke samme forhold til det. Jeg følte jeg måtte gå litt sånn inn for å engasjere meg nok på en måte, kanskje det var en liten forventning fra hun at jeg skulle engasjere meg litt mer for hun opplevde jo ting som skjedde med kroppen hele tiden, og da er det jo lett for henne å bli interessert i det og lese litt mer om det da, men jeg opplevde det ikke på samme måte da og leste ikke fult så mye” (Preben)

Preben beskriver her ulikheten mellom den gravide partner og han som mann. Han ser seg selv ikke som gravid, dette er det partneren som er, og hun bærer på barnet som gir henne en egen status som alle skal ta hensyn til og ivareta. Han leser litteratur om det å være gravid, men for han som mann blir det ikke viktig, det gir han ikke farsfølelse eller status som gravid. Et autopoietisk system vil skape virkeligheten utfra seg selv, ikke ut fra andre systemer (Luhmann, 2007). Far vil skape virkelighet om det å bli far utfra seg selv og ikke utfra den gravide kvinnen. Det handler om hvilken kunnskap systemet utveksler med omgivelsene. Graviditeten må flyttes fra omverden og inn i mannssystemet slik at det blir en virkelighet for farsystemet. Det må skapes en mening internt i farsystemet. Ved hjelp av kommunikasjon mellom mor- og farsssystemene skapes det et budskap som farsystemet må svare på.

En av fedrene følte at det var både og, men de hadde opplevd komplikasjoner i graviditeten som krevde mye oppfølging av spesialisttjenesten i graviditeten og en god stund etterpå. Dermed synes han det var en psykisk belastning å gå gravid første gangen.

”..... det er jo egentlig både og, først og fremst så var jo det slitsomt. Men det var jo for det at vi fikk jo så dårlige nyheter, vi skulle jo i utgangspunktet da ikke ha hatt han (barnet) så vidt jeg har forstått, sant.. I henhold til at () alle de diagnosene de mente han burde ha som han da ikke har.... Så det var slitsomt, diagnostisert med.... Hva heter det for noe da.....(), noe dødelighet og styr og vesen, så vi fikk skikkelig gode nyheter så vi ble da fulgt i fra..... 6. måned, så ble vi fulgt opp i fra sykehuset vi, ukentlig, for å se om det vokste eller ikke vokste med ultralyd, det var slitsomt, det var en psykisk belastning spesielt for oss” (Artur).

Artur beskriver her sitt møte med helsesystemet som far når noe ikke er som det skal være med barnet i magen. Slik jeg tolker Artur beskriver han at systemet hans opplever uro og kaos og det blir vanskelig å skape mening om rollen som far og støtteperson til morsystemet. Begge systemene mor / far er i krise på grunn av sykehusets informasjon om barnet de venter. De finner sammen i den bekymringen de begge to opplever og det blir vanskelig for systemet og svare på budskapet sykehuset meddeler.

Luhmann (2005a) forklarer dette med den uendelige kompleksiteten av potensialiteter. I det ene øyeblikket er det noe som aktualiserer seg og man velger blant mulige potensialiteter. Dermed sier Luhmann (2005a) at det er det andre sannheter som er virkelig for andre system. Når sykehuset rikker ved den aktualiseringen av å få et friskt barn og den aktualiseringen sykehuset viser til er et sykt barn, røkker det ved den virkelighet Artur har om barnet. Artur vet ikke hva han skal mene, og sykehussystemet skaper en endring i omverden til far der hans verdensbilde endres mellom å vente et frisk barn / sykt barn.

Slik jeg leser Luhmann (2005a) tolker jeg fedrenes enighet om at farsystemet ikke blir berørt mer enn som en del av familiesystemet, mens i morsystemet er graviditeten med i alle systemene hun er delaktig i. Det vil si at i graviditeten er det bare i samhandling med mors psykiske system at fedrene går inn i et mer definert farsystem. Når fedrene er i andre systemer som på jobb, i butikken er de ikke i system som far, men som arbeidstaker, kunde og lignende. Dermed kan det fort oppstå konflikter i møtet med den gravide partner når fedrene ikke ser seg selv som far og ikke blir forstått som kommende far av andre. Dette kan illustreres slik: Når kvinnen går høygravid på butikken har hun er rolle som transporteres mellom systemene, ref. Luhmann og kommunikasjon. Mannen er bare den samme som han alltid har vært. Den gravide kvinnen vil bli sett stygt på om hun står utenfor butikken og røyker. Mannen vil bli ignorert. Dermed kan det være vanskelig for en mann og kjenne på rollen som kommende far når det ikke kreves av han som mann og endre seg i kontakten med andre i samfunnet.

En av fedrene mente de hadde forberedt seg godt gjennom å lese mye og ved å gå på fødselsforberedende kurs og samlivskurs. Samlivskurset satte fokus på prioriteringer av tid mellom han og partneren.

Artur og Martin hadde ”mannespørsmål” til jordmoren på fødselsforberedende kurs.

”Fødselsforberedende det var ingen som ville svare på mine teite spørsmål, () i det samliv, nei forberedende kurset. Jeg spurte om tåler parketten min fostervann, i tilfelle vannet går” (Artur).

Martin : ” ja der hadde jeg et spørsmål (fødselsforberedende kurs), hvor skal jeg parkere, når det er fullt utenfor fødeklubben?” (Martin).

Der Artur ikke hadde fått svar, mente Martin at hvor han skulle parkere kunne de svare på. Begge disse spørsmålene var viktig for fedrene, men det kan se ut til at helsestasjonen prioriterer svar på det som er mest relevant for den gravide og barnet i magen. For Artur var det et viktig poeng, dersom gulvet ble ødelagt av fostervann. Dette ville skape mye ekstra arbeid for han, mens for helsestasjonen kan fostervannsavgang i hjemmet bety rask fødsel og at Artur burde tenkt mer på hvordan han skulle komme seg til fødeklubben raskt nok, i stedet for å tenke på parketten.

”Det jeg egentlig ville ha hatt var en liste over emosjonelle utbrudd. Type sånn og sånn, mest sannsynligvis årsak og tiltak. Skal vi se. Det er det ja, å det er bare sånn ja, flott ja her ta deg en ekstra bolle eller ja jeg skal vugge litt på han jeg...” (Martin).

Martin beskriver her sin rolle som støttende og omsorgsfull mann. Han ser partneren sin endre seg i graviditeten og forholdet mellom partner / gravid partner endres. Slik jeg ser det, skaper forandringen hos den gravide partneren nye meninger i det verbale- og non-verbale- språket Martin og partneren bruker. Martin blir forvirret og hans mannsystem klarer ikke å skape endringen rask nok. Han ønsker kunnskap fra helsestasjonen i denne situasjonen for å skape ny mening inn i sitt system, noe som ikke er blitt tilgjengelig for han av helsestasjonen.

Funnene viser hvordan fedrene opplever jordmor systemet og dens tolkning av språket som fedrene bruker i kommunikasjonen. Jordmors koding påvirker om hun forstår spørsmålene fra farsystemet ut fra fedrene selv eller utfra et mødreperspektiv. Det vil si at forskjellen mellom kvinne/mann, morskap/farskap stilles i jordmorsystemets blinde flekk, slik at det kan synes som om mannen får sin mening, eller at han blir relevant gjennom mødrene i jordmorsystemets autopoiesis.

En del av litteraturen fedrene hadde lest var ikke direkte laget for fedre. Markus beskriver en av bøkene slik:

”Jeg følte liksom at den boken der, mor / far (Svangerskapsboken), vi leste litt om hva som skjedde med utviklingen om barnet og det var for så vidt greit og interessant for begge to da, også sto det til mor...: der var det veldig mye nyttig informasjon, også sto det til far...: der var det bare sånn gi mor fotmassasje, kjøp blomster til mor. Hvem er det egentlig det står til..? Er det til far eller er det til mor der liksom..? Til slutt så sa jeg at nå dropper vi å lese til far” (Markus).

Markus kritiserer her litteraturen som skal være for menn i graviditeten. Han ser ikke seg selv igjen i den rollen litteraturen beskriver fedre som. Denne boken gav etter min mening Markus en avgrensing til hvem han er som far, det vil si at det meddelte i situasjonen ble avvist av han som system. Hjelme (2014) beskriver i sin studie om pappalitteratur noe av det Markus her beskriver. Mannen blir gjennom litteraturen definert som en hjelper og støtte til mor som bærer barnet. De fleste av bøkene er skrevet av menn for menn. Hjelme beskriver at det fremstilles to faktorer for at menn som kjønn blir tildelt “mangler” for å kunne være en god forelder. Menn har ikke naturen til kvinner, og menn har i kulturen (grunnet sitt kjønn) ikke mottatt samme opplæring som kvinner gjennom barndommen. Hjelme finner i tekstene at fedres utvikling av farskap skjer gjennom læring i en sosiokulturell og historisk kontekst, og disse er betinget av hvordan man ser kjønn. Hjelme mener at tekstene er utviklet med bakgrunn i kultur og ikke i fedres iboende egenskaper og instinkter (Hjelme, 2014). Det ligger tydeligvis en forestillinger og antakelser om menn og kvinners forskjell i bøkene som er skrevet for menn av menn. Dette kan ha innvirkning på helsestasjonens møte med kommende og nybakte fedre. Dersom vi går utfra at helsestasjonen støtter oppunder disse bøkene og fremmer denne forståelsen av at fedre må lære, mens

mødrene har det naturlig i seg, og er mest egnet hovedomsorgsperson for barnet skapes det ikke noe spesiell kommunikasjon mellom helsestasjonen og farsystemet og tilhørigheten som aktiv medlem av helsestasjonen for far åpnes det ikke for.

4.2 Når ”jeg” blir ”vi”.

Andregangs fedre mente de ikke har tid til å være ”gravid”. De har det for travelt og tiden går fort. Martin beskrev det slik :

”vi er ikke helt motivert for å begynne på nytt igjen, vi er i en fase der nr 1 begynner å gjøre ting selv, ting begynner å bli enklere. Så vi holder på å psyke oss opp nå til nr 2” (Martin).

Slik jeg forstår Martin har han funnet sinn mening med sitt farskap. Første barnet har gitt han en rolle som far og han kan se tilbake på den tiden. Fokuset hans blir da endret med det kommende barnet til å ta et steg tilbake fra hvordan det er å ha et større barn til det og få et nyfødt barn i huset med alt det det innebærer av nattevåk og bleieskift.

Haakon forklarte det slik:

” Nå har vi jo fått våres tre. Og ting går seg til. Kontroller blir mer kontroller for å sjekke at alt er ok med mor og barn. Var ikke med før helt på slutten, for da hadde vi oppfølging av sykehuset” (Haakon).

Haakon har bred erfaring i sin rolle som far, nå som han venter barn nummer tre. Han har definert seg som far også opp mot mor og søsken og å få et barn til byr på lite problemer for han selv. Han ser på tilbudet i svangerskapsomsorgen som en kontroll for mor og barn og deltar ikke før ting endres fra det normale til en risiko graviditet som skal følges på sykehuset frem til fødselen.

”Jeg har jo vært gjennom det 4 ganger nå, og det forandrer seg jo så klart, men den siste gangen nå har det vært veldig sånn.., fordi vi er jo gamle begge 2, hun var 43 og jeg 44 når vi fikk han. Sa da har vi jo startet det, vi fikk jo hjelp til å starte det, så jeg har jo fulgt han siden han var bitte, bitte liten. Sett han på ultralyd og mikroskop og alt siden han var 7 celler stor. Så vi kjente han jo på en helt annen måte enn hun første for 10 år siden” (Karsten).

Karsten har også god erfaring som far, og han har definert sin rolle gjennom de eldre barna. Ved siste graviditet har de vært fulgt opp av helsevesenet fra før graviditeten startet og frem til fødsel. Oppfølgingen har vært så tett at Karsten føler han kjenner barnet godt og har dermed fulgt svangerskapet tett frem til fødselen.

Funnene viser at ved andregangs graviditet har fedrene skapt mening i sitt system om å være gravid, vente barn og være foreldre. Det var ikke lenger jeg og den gravide men ”vi”. Mening jmf Luhmann har skapt en endring i mannssystemet til at graviditeten er noe vi er sammen om, det er vi som venter barn og har barn. Begge må være tilstede og tilgjengelig. Da vil en selvsagt forvente at dette blir forstått i møte med helsestasjonen. Funnene her viser til at fedre forventes å bli forstått som fedre. Fedrene har skapt sin rolle som far før graviditeten, og fedrene anser sin rolle til å ha like stor del i graviditeten som mor.

Paradokset i dette er at de fleste fedrene som hadde barn fra før ikke var med på kontrollene på helsestasjonen, men de var med på kontroller tidlig i det private helsesystemet og ved oppfølging av graviditeten på sykehuset. Hva er det med helsestasjonsystemet som gjør at fedrene som allerede har skapt en mening om graviditeten ikke anser helsestasjonen som en viktig del av deres omverden? Hjelme (2014) og Storhaug(2015) påpeker i deres oppgaver at fedre er de nest beste omsorgspersonene etter mor, og det kan se ut til å være en samfunnsnorm som fortsatt har stor innvirkning på skapelsen av farsrollen. Utfra den enkelte familie er det ikke alltid slik. Den komplekse familie i dag utvikler seg etter hvordan systemene som inngår i familien, konstituerer seg i forhold til hverandre. Farstad (2010) og Meling (2007) påpeker dette utfra de ulike måtene farskapet viser sin omsorgsevne på innad i en familie gjennom bruken av pappapermisjon. Dermed kan det se ut til at fedre ikke er med ved helsestasjonen fordi de ikke har et ”aktivt” medlemskap der. Deres rolle som likeverdig omsorgsperson får ikke oppmerksomhet og far som system velger derfor i mindre grad å bruke helsestasjonen. De overlater helsestasjonen til morssystemet for hjelp og oppfølging. Dette mener jeg kan styrkes gjennom Luhmanns systemteori i den forstand at det er systemet selv som velger sin omverden (Luhmann, 2005a).

Slik jeg tolker fedrene i denne oppgaven, ser ikke helsestasjonen far som en viktig del av barnets omsorg. Fedrene ser etter min mening helsestasjonens blinde flekk og i fars

første kontakt med helsestasjonen bekreftes hans virkelighet og helsestasjonens begrensninger. Skillet mellom han som far og helsestasjonen ser ut til å bli så sterkt, at ved andregangs graviditet er ikke helsestasjonen stedet for å bekrefte hans system som far og omsorgsperson.

4.3 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg funnet at førstegangs fedre strever med å skape mening for sitt system i graviditeten. Fedrene bruker den gravide kvinnen som utgangspunkt for definisjon som gravid. Visualisering av barnet gjennom ultralyd ga mening for den kommende far, og fedrene må skape ny mening i kodene som brukes mellom han og den gravide partneren. Helsestasjonen kan derfor virke avvisende da helsestasjonssystemet ikke vet hvordan far definerer seg selv, og det kan se ut til at helsestasjonen definerer sine koder utfra den gravide kvinnen, slik at det far ønsker av informasjon blir avvist eller ikke besvart. Litteraturen i graviditeten og kursvirksomhet ga i liten grad fedrene evnen til å utvikle seg som far i graviditeten.

Flergangsfedre har definert sitt farskap gjennom de barna han har fra før. Han har funnet sin rolle i graviditeten og opp mot sin partner og systemene rundt. Det er nå "vi" som er gravid, og det er "vi" som venter og får barn. Han har oppnådd en likestilling mellom seg og sin gravide partner. Han forventet seg forstått av helsestasjonen. Han er med ved de private tjenestene de oppsøker i graviditeten, men lar den gravide kvinnen ha helsestasjonstilbudet for seg selv fordi far mener at helsestasjonen i liten grad utvikler hans rolle som far.

5. Når menn møter helsestasjonen

Fedre ønsker å være selvstendige omsorgspersoner for sine barn. Helsestasjonen skal være et lavterskeltilbud for hele familien og i følge Sosial- og Helsedirektoratet, (Helsedirektoratet, 2004) skal helsestasjonsvirksomheten fremstå som et tilbud både til foreldre, barn og ungdommer. Videre skal helsestasjonen skal ha et kjønnsperspektiv som redskap for å nå målet om et best mulig tilbud til alle. Det innebærer at det skal tas hensyn til kvinners og menns ulike liv, vilkår, ønsker og behov i utviklingen av tjenestetilbudet i helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2004).

I dette kapitlet vil jeg analysere hvordan menn opplever samhandlingen med helsestasjonens jordmødre og helsesøstre. Bakgrunnen for å analysere dette er å få en forståelse for fedres opplevelse og bruk av helsestasjonen. Kapitlet er delt inn i tre deler hvor jeg setter fokus på hvordan fedre opplever informasjonen ved helsestasjonen, hvordan informasjonen fra helsestasjonen blir tatt opp og brukt av far og hvordan fedrene opplevde møtet med jordmødre og helsesøstre.

Sosiale systemer hos Luhmann består ikke av mennesker men av kommunikasjoner. Det vil si at det er autopoietiske systemer som fortløpende produserer kommunikasjon utfra kommunikasjoner (Luhmann, 1984 i Rasmussen et al, 2000). Kommunikasjon fullbyrdes gjennom symbolske, generaliserte medier som språk, skrift, elektroniske medier og moral. (Reese-Schäfer, 2009.s.13.) De sosiale systemene er avhengig av at det er minst to psykiske systemer i dets omverden. De psykiske systemene er autopoietiske og lukket for de andre psykiske systemene, det vil si at de ikke kan se hva det andre systemet tenker, og dermed blir de psykiske systemene uberegnelige for hverandre. Ingen kan vite hva den andre tenker. Denne kompleksiteten som oppstår i møte mellom to mennesker, kaller Luhmann dobbel kontigens (Luhmann, 2005a). Når vi snakker om et system som helsestasjonen, sier Luhmann at vi har en kommunikasjon på et organisatorisk system hvor man er en del av det gjennom et ”medlemskap” (Luhmann, 2005a).

5.1 Irrelevant og uinteressant informasjon

I denne delen vil jeg analysere fedres opplevelse av helsestasjonen før fødselen. At det kun ble en gang hos jordmor svarer en av fedrene at konsultasjon hos jordmor var helt ubrukelig for hans egen del. Fokuset hadde vært på alkoholvaner, kost og trening.

”Vi forsto poenget og følte vi var enig og kunne gå videre til noe annet, men hun ga seg ikke før jeg skar igjennom og sa at disse tingene ikke er noe problem for oss” (Markus).

”.. Kan ikke si at jeg husker så veldig mye av det.. ble litt sånn «Information overload»” (Preben).

Markus beskriver her sin opplevelse av samtalen rundt kosthold med jordmor. Han gir uttrykk for at jordmoren ikke godkjenner svaret om at de er enig. Hun fortsetter å snakke om kosthold. Dette provoserer Markus som mann og han beskriver tydelig at han selv satte en stopper for diskusjonen. Markus tar rollen som en beskytter og støtteperson til mor utfra hva jordmoren sier om kost og helse. Ut fra hva Markus sier kan man spørre seg om jordmor henvender seg til han eller til partneren som er gravid siden jordmor fortsetter å snakke om kost. Er det en bevisst handling eller kommer ulikheten mellom kjønnene frem i en slik setting? Hjelme (2014) beskriver fedrene i svangerskapstiden som en kjekk hjelper og støtteperson. Endringen i hans liv vil være basert på mors reaksjon på svangerskapet og de kroppslige endringene. Mannens plass blir å gjøre ting bedre for kvinnen eller passe på å ikke gjøre noe verre (Hjelme, 2014). Preben tar opp litt av det samme med uttrykket ”information overload”. Blir informasjonen til den gravide og partneren kun fokusert utfra barnet i magen og mors forandringer i svangerskapet? Utfra Luhmanns systemteori er kommunikasjonen mellom systemene utført gjennom *informasjon – meddelelse-forståelse* (Reese-Schäfer 2009). Når mottaker kan se forskjellen mellom informasjonen og det meddelte budskapet kan han oppnå forståelse. Denne prosessen leder dermed til en handling (Hilt, 2007). Handlingen til Markus og Preben var, ut fra deres forståelse om den informasjonen som ble gitt i svangerskapet, ikke relevant for deres system og dermed ble ikke helsestasjonen en arena for utvikling av sitt kommende farskap etablert. Hjelme

(2014) beskriver fedrene i svangerskapstiden som usikre, frustrerte, forvirrede og forsiktede. Deres tanker og behov skal i denne perioden komme i andre rekke. (Hjelme, 2014. s.28). Behovet for oppfølging kommer frem i denne studien gjennom fedrenes beskrivelse av private helsetjenester. Funnene viste at alle utenom en far hadde vært med til privat undersøkelse hos privatpraktiserende jordmor eller privat praktiserende lege. Markus, Tobias, Paal og Lars forteller her hvordan de opplevde de privat helsetjenestene i svangerskapet.

” Vi valgte jo å bruke privat jordmor.. og begynte egentlig ganske tidlig å gå der. Vi hadde også tidlig ultralyd.. men hun visste det jo egentlig etter noen få dager, eller hun skjønnte det med en gang.. Vi fikk info gjennom bekjente å gå til en privat jordmor som og jobbet på fødeklinikk. Så det var litt sånn trygt.. Da kunne du jo komme så mye som du ville, sant.. Det ble litt som å gå til fysioterapeuten.. du kunne bare ringe og si du ville komme på en time..” (Markus).

Markus viser her til den bekymringen som oppstår når man venter barn. Han har en enighet med mor om at kontroller i graviditeten kan skape trygghet og gi informasjon, råd og veiledning. Markus referer også til at de var på tidlig ultralyd for å få bekreftet graviditeten.

”Jeg syntes det var veldig beroligende når vi hadde vært på den tidlige ultralyden.. for da så du at det er faktisk noe der.. så du fikk litt mer forhold til det.., og at det på en måte er hjertet som slår. Du skjønner at det er noe der, det er ingenting som er sikkert, men det er i hvert fall noe der..” (Tobias).

Tobias beskriver her tryggheten i det private helsesystemet som kan bekrefte graviditeten gjennom ultralydundersøkelse. Det å vite konkret at det er et hjerte som slår istedenfor å bare innbilde seg det.

”Først skal du til en kontroll, så skal du til en annen ultralyd, så skal du til en tredje ultralyd for å sjekke at alt er OK.. Mye sånn der, (lager lyd for å synliggjøre trinnvis oppgang), så må du vente så og så mange uker til neste gang....veldig sånn milepælsplan” (Paal).

Paal anser undersøkelsene som milepælsplan over antall kontroller og flere bekreftelser med ultralyd for å se at alt er ok med barnet i magen til mor.

”Vi tok en telefon til helsestasjonen der vi bodde da...., også fikk vi beskjed om at det var etter så og så mange uker i svangerskapet.... Hva kan det ha vært..? 24. 24, var det ja...og det syntes vi var fryktelig lenge...det var litt sånn... det er sikkert hadde gått greit på barn nr 2, men det var så mye nytt og vi.. en del usikkerhet, sant... det er jo på en måte litt sånn usikkerhet i forhold til at det lille barnet skal overleve, så vil du jo gjøre ting rett og du vil liksom at med jevne mellomrom sjekke hjertelyden og på den måten få en indikasjon på at det er liv og at det går riktig vei.. (). Og det var vel hovedårsaken til at vi gikk til privat jordmor” (Lars).

Lars beskriver hvordan de forsøkte å komme til hos jordmor på helsestasjonen, fordi han og den gravide partneren ønsket bekreftelse på at barnet og graviditeten utviklet seg normalt. Da det ikke var noe tilbud på helsestasjonen før svangerskapsuke 24, som tilsier at kvinnen har gjennomgått fem av ni måneder av graviteten, ble ventetiden for lang og de søkte informasjon og bekreftelse hos det private helsetjenestene.

Funnene her viser at fedre sammen med den gravide har behov for oppfølging i graviditeten. Dette speiler også behovet for et lavterskeltilbud for far og forståelse for behovene både far og mor har til graviditeten og det å få barn. Slik Luhmann beskriver samfunnets utvikling, tolker jeg det slik at den endringen også skjer i familiesystemet. I den moderne familie i dag, kreves det kontroll og planlegging. Ingenting er overlatt til tilfeldighetene, og vi gjør oss nytte av de ressursene som finnes for å bekrefte familieførøkelsen gjennom ultralyd og tidlige undersøkelser. Funnene kan tyde på at det private medisinske systemet ivaretar far bedre. Kodene her er kanskje mer forståelig da man betaler for den tjenesten man ønsker og i det private vil man strekke seg etter etterspørselen for å overleve den endring som skjer i systemene rundt. Det offentlige helsesystemet lever under andre vilkår og lover og skal favne alle brukere uansett ressurser eller inntekt. Der styres ikke tilbudet av penger men av tilgjengelige ressurser som kan påvirke hvilket tilbud helsestasjonen har. Videre viser funnene at fedrene finner en bedre rolle i graviditeten hos systemer hvor han blir behandlet som kunde, en som betaler for tjenestene. Det gir han et medlemskap til graviditeten på lik linje med den gravide partneren. Paradokset her blir at mye av den oppfølgingen fedrene og den gravide får i de private tjenestene tilbys gratis av fastleger og jordmødre ved helsestasjonen. Hva er det da som skaper avstand mellom far og helsestasjonen før

fødselen? Funnene mener jeg også viser at fedrene får graviditeten inn i sitt system ved visualisering av barnet i magen gjennom spesielt ultralyd.

Fars kontakt med helsestasjonen etter fødselen

I denne delen av kapittelet ser jeg på hvordan ferdene beskriver konkrete hendelser ved helsestasjonen etter fødselen. I det første gruppeintervjuet startet samtalen slik om oppfølgingen i barnets første leveår:

”..... jeg synes oppfølgingen i forkant har vært veldig bra.. men da oppsøkte jo vi informasjon på en helt annen måte. Det er jo sånn at når fødselen er gjort, så er det på en måte «Lykke til...». Det følte sånn.. Etter fødeklubben så var det bare sånn.. «håper det går bra med dere.... God tur hjem..» (Preben).

”Så står du der med barnet og bare «Hææ...!» (Paal).

”Hvor skal jeg putte denne (barnet).?» (Preben)

Preben viser her til at han har forberedt seg en del i graviditet som ikke gikk på informasjon om barnet som kom. Nå stiller han likt med mor i forhold til barnet. Situasjonen med han som bisitter i graviditeten er endret til at han må ta ansvar og delta på lik linje som mor. Utfra hva han sier, ser det ikke ut til at han har forberedt seg på det. Paal og Preben underbygger denne tolkningen. De har til nå vært passive, mens det nå kan se ut til at det er en forventning fra systemene rundt at de skal ta ansvar for barnet.

”Ja.. hva skal jeg si.. altså.. det koker jo ned til «sosiale antenner» og menneskebehandling, for å si det sånn.. på en måte det å sette foreldrene i fokus. Vi følte på en måte at hun helsesøsteren manglet litt på kunnskapssiden.. vi følte på en måte at vi visste mer enn henne. Jeg vet ikke helt hvordan, men min kone oppfattet i hvert fall at hun helsesøsteren følte at hennes faglige autoritet ble utfordret på et eller annet vis, og at det skapte en litt sånn merkelig tone da.”
(Lars)

Etter fødselen er det første gang man skal tiltre i sin rolle som far, og man kan spørre seg om oppfølgingen som skjer i svangerskapet går mer på forberedelsene til den kommende fødselen, og at ”barnet i magen” skal ha de beste oppvekstvilkårene enn om tiden etter på. Lars sier i intervjuet at ”du vil jo gjøre ting rett” for at barnet skal

overleve. Er jordmortjenesten for dårlig til å ”selge inn” helsesøstersystemet som et godt system og få oppfølging i? Er ressursene så knappe at jordmortjenesten i kommunen i for liten grad får til en god overføring fra svangerskapsomsorgen til barselomsorgen? For Preben, Paal og Lars ble det en spesiell opplevelse. De viser til at barnet kom ”uten bruksanvisning” og at det å få barn er vanskelig å forberede seg til. Rongevær (2014) fant i sin masteroppgave at fedre som tok pappapermisjon alene uten mor opplevde at de gikk fra å ha mye egentid til at all hans tid ble styrt av barnet. Fedrene sier videre at de ikke var forberedt på at det å ha ansvar for barn tar tid og at omsorgsarbeid er krevende (Rongevær, 2014).

5.2 Ammedynastiet

Å fremme amming er en viktig del av jordmor- og helsesøstertjenesten i helsestasjonen. De første 6 måneder anbefales det at spedbarn får morsmelk som eneste ernæring. Det anbefales videre at amming fortsetter ut barnets første leveår, og gjerne lengre hvis mor og barn ønsker dette (Helse Norge, 2016). Å fremme amming er derfor en viktig del av jordmors og helsesøsterens arbeid.

Fedrene i denne studien var opptatt av amming, og Markus synes det ble gitt for lite informasjon om amming. Han sa det slik:

”Man hører alltid at amming jaa, det går seg til, det går så lett og sånne ting. - men det er ikke dritlett å få i gang ammingen. Når jeg faktisk snakker med folk i ettertid, ja de fleste har slitt litt i to-tre dager, der følte jeg at det var veldig lite informasjon, om at det kom til å bli vanskelig å sånne ting, så det har jeg sagt til alle kamerater og sånne som skal få unge at vær obs på at amming blir vanskelig, forbered dere på det. Så der var, litt.., litt for lite informasjon faktisk at folk generelt sliter litt med det” (Markus).

Martin hadde lest og beskriver sin opplevelse om ammeboken slik:

” Jeg hadde lest meg så mye opp på amming at jeg husker at jeg satt og forklarte fruen hva hun skulle gjøre, det funket jo ikke for det, men i forhold til det som jeg hadde lest da, så ble det litt sånn har du forsøkt det, har du forsøkt det, har du gjort sånn.., du må jo få hodet inn på, ikke la han ligge sånn, (smatter med munnen), de ler, ammehjelpen ..” (Martin).

Paal beskrev det med ammingen slik:

”..du har også det presset som går på at du skal amme, førstemann har ikke ammet hos oss bare brukt flaske, han ville ikke, mens nummer to har jo ammet da.. Og det gikk jo grådig mye lettere enn den første så det var jo sånn.. å jaa, jaja problem med å få han av, helt håpløs, så det er både for og imot, men akkurat så vidt jeg forsto på fruen og sånt så er det et press på det med at du skal amme og sånn, hadde det ikke vært for hun ene jordmoren som vi traff i etterkant som er en av naboene våre, hun er jo litt lett på det, hun sa når det har gått 5 uker så bare drit i det, da har du gjort et godt forsøk. Litt sånne ting at du gjerne har noen frister, det hadde vært veldig greit” (Paal).

Artur beskrev det slik:

” Det er fordelen på måten å være mann i den sammenheng for du er ikke påvirket av alle disse hormonene og det, sånn at jeg opplevde det at jeg var den som greide og ta til meg informasjonen som kom fra disse jordmødrene og fikk med meg hva jeg skulle gjøre og teknikken og så det praktiske og sånn. Og da ble jeg en sånn gluping igjen” (Artur).

Markus, Martin, Paal og Artur beskriver her deres opplevelse om amming. Markus forteller at han fikk ikke nok informasjon om hvilke utfordringer det er å ernære barnet ved amming. Det kan virke som han blir maktesløs i sin rolle som støtte og medhjelper og at han har lite å bidra med. Martin har fått med seg det teoretiske om amming, og går derfor inn i rollen som veileder overfor mor. Paal opplever at partneren utsettes for ammepress, noe som skaper usikkerhet i hans virkelighet. Det må en jordmor utenifra som sier de forløsende ordene om å slutte og amme. Artur beskriver seg som den parten i forholdet som ikke har hormoner som påvirker dømmekraften, og at han kan ta til seg den informasjonen som blir gitt, men dette blir ikke så godt mottatt av mor.

Slik jeg oppfatter Markus, Martin, Paal og Artur her refererer fedrene til sitt eget systems mangler og utfordringer med ammingen. De tar det inn som en teoretisk tilnærming i sitt system. Mor som blir referansepunktet i ammeprosessen sammen med barnet står utenfor hans system, og uansett hva han lærer seg eller hvilken funksjon han setter seg selv i, når han ikke inn til mor verken med de forløsende ordene eller med veiledningen sin. Mor oppfatter ikke det meddelte i informasjonen eller hun vegrer å

svare på det han meddeler. Vi kan her se på opplevelsen av amming. Ammeinformasjon er en viktig del av jordmor- og helsesøstertjenesten og er en av mulighetene for å ernære det nyfødte barnet i første leveår.

Reese – Schäfer (2009) tar opp Luhmanns kjærlighetsteori og sier:

”for enhver meddelelse fra partneren, også en som er ment saklig, blir på grunn av intensiteten i kjærlighetskravet umiddelbart relatert til intimrelasjonen: du elsker meg ikke lenger.(Reese – Schäfer 2009, s. 65).

Amming kan dermed føre til større avstand mellom mor og far, og ammeinformasjon / veiledning er en viktig del av helsestasjonstjenesten både før og etter fødsel. Det er etter min mening derfor viktig å ivareta fars evne til å motta informasjon, og samtidig veilede mor til å motta informasjon fra far vedrørende amming.

Helsestasjonen på hjemmebesøk

Det er i helsesøstrenes veileder og i barselomsorgens veileder beskrevet at alle familier skal tilbys hjemmebesøk etter fødselen. 1. Hjemmebesøk skal skje innen for de fjorten første dagene etter fødselen. Når vi ser på fedrenes rett til permisjon etter fødselen er mange fedre hjemme ved helsesøsters første hjemmebesøk. I denne delen av kapittelet ser jeg på hvordan de beskriver hjemmebesøk utfra sin rolle som far.

Hjemmebesøk.. Var dere med ?
- ja jeg var her, striglet huset (Paal).

En fedrene beskrev et hjemmebesøk slik:

” Så kom de igjen og jeg tenkte at nå skal de sikkert gi oss nyttig informasjon. Så snakket jeg med noen andre foreldre og de sa: ”vær klar over at de liksom skal sjekke at forholdene i hjemmet er bra, og at det ikke går utover sikkerheten for barnet.” Da ble det rydding, støvsuging og vasking. Alt skulle være på stell, vi skulle være så flinke som mulig ja, jeg følte det fikk litt for mye fokus”
(Artur).

Slik jeg ser det, beskriver Artur at han så frem til hjemmebesøket fra helsestasjonen. Artur hadde en formening om at dette besøket skulle gi han informasjon og veiledning. Meningen om helsestasjonens hjemmebesøk fikk endret mening da han snakket med

andre fedre. De andre fedrene ga han en mening om at helsestasjonen kom hjem for å sjekke hvordan ting så ut hjemme. Dermed ble hans syn på det kommende hjemmebesøket endret til en vaske og rydde kontroll og fokuset på informasjonen han hadde bruk for kom i andre rekke.

”..så kom jo hun der helsesøsteren på hjemmebesøk. Men mener vi var nede på helsestasjonen før hun kom hjem. Hjemmebesøket var jo helt meningsløst, spør du meg. Hun satt der og fikk en kopp kaffe og sa ikke noe særlig fornuftig. Min kone var enig så med de to andre har vi kun hatt kontroller på helsestasjonen” (Haakon).

Haakon hadde forventninger også til hjemmebesøket, men her ble ikke forventningene innfridd. Det var også en enighet mellom han og partneren og dermed valgte de vekk hjemmebesøkstilbudet fra helsestasjonen med de neste barna.

Paal, Artur og Haakon beskriver her sin opplevelse med hjemmebesøk fra helsestasjonen etter fødselen. Det de satt igjen med etter hjemmebesøket var helsestasjonens kontrollvirksomhet av barnets oppvekstvilkår, samt måling og veiing.

Balke (2013) har i sin studie sett på helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte, og hun har intervjuet mødre og helsesøstre om hjemmebesøkstilbudet. De mødrene hun hadde intervjuet så hjemmebesøket som et pålegg og ikke et frivillig tilbud, og informasjonen de satt igjen med var vekt av barnet, amming og søvn. Det var stor grad av tilfredshet fra mødrene om tilbudet med hjemmebesøk, og de fleste følte de fikk svar på spørsmål som de hadde. I studien referer hun til mor som foreldre, og det kan se ut som om helsestasjonen her anser mor som den viktigste omsorgspersonen til barnet når de henvender seg til familien. Fedre er i studien til Balke lite nevnt, kun i noen bisetninger hvor mødrene snakker om hvordan fordelingen hjemme er mellom henne og partneren. Studien bekrefter i noe grad det som fedrene her sier om ”å strigle huset”. Mødrene følte de var nødt til å rydde og stelle huset, slik at hjemmet fremsto som rent og fint for helsesøsters vurdering av deres bosituasjon (Balke, 2013).

Danielsen, Engebriktsen, Finnfold, (2011) har i sin studie om likeverdige tjenester ved 3 helsestasjoner og skolehelsetjenesten i Alna bydel intervjuet foreldre og helsesøstre,

samt utført en brukerundersøkelse av foreldrenes bruk av de tre helsestasjonene. Studien viser at 90% takker ja til hjemmebesøk av helsesøster etter fødselen. De som svarte var stort sett fornøyd med tilbudet om hjemmebesøk, men en norsk far var noe skeptisk til hjemmebesøket da det ga han inntrykk av inspeksjon (Vollseth, 2011 s. 22). Dette samsvarer med funnene i min studie ang, fedres syn på hjemmebesøk.

Luhmann sier at det finnes ulike systemer, som hver og en har etablert seg utfra sin egen funksjon, slik at det i samfunnet eksisterer ulike sannheter side om side som grunnlag for konflikt (Rasmussen, 2003). Dette mener jeg viser seg i opplevelsen med tilbudet om hjemmebesøk. Danielsen, et al. (2011) beskriver i sin studie hvordan helsesøstrene ser på hjemmebesøket som en arena for å bli kjent med foreldrene og deres bakgrunn. Videre viser Danielsen, et al. til at hjemmebesøket er viktig for det videre samarbeidet, og gjennom hjemmebesøk skapes tillit til helsestasjonstjenesten (Danielsen et al. 2011). Dersom fedrene sitter igjen med at helsestasjonens tilbud er en kontroll arena for hvordan han utfører sin omsorg kan konflikten og uttrykk til at dette tilbudet brukes kun fordi han som foreldre er pliktig til det. Det vil da ikke skape tillit eller være et sted hvor fedre kan komme med problemer eller saker fedrene lurer på.

5.3 For mye snakk og for lite fakta

Fedrene skilte mellom plikt og frivillig oppmøte. I plikt lå måling, veiing og vaksinerings. Frivillig oppmøte var for fedrene barselgrupper ellers var oppmøte basert på hvilken informasjon fedrene ønsket å motta.

”Jeg var jo med de første gangene, men til slutt sa jeg at jeg klarer ikke være med flere ganger.. Jeg klarte ikke ta helsesøster seriøst, og ble tilslutt bare irritert.. helsesøsteren henvendte seg ikke til far på noen som helst måte.. om det er noe jeg lurer på.. Det var liksom bare barnet og hadde veldig lite med familien å gjøre.. Helsesøster henvendte seg jo heller ikke spesielt mye til hun som jeg er sammen med, om hvordan hun hadde det, plagene hennes, hun hadde jo veldig mange plager i etterkant, men det var sånn «ja, det får du ta med legen din..”
(Paal).

Paal beskriver sitt møte med helsestasjonen som en irritasjon på grunn av hans forståelse av sitt farskap og sitt syn på familielivet. Han ser seg selv og sin familie som en felles enhet hvor det å gå på helsestasjonen blir noe man gjør i felleskap. Paal opplever at foreldrenes behov ikke blir tatt imot på en god måte, da han har en forventning av at hans behov og mors behov også er viktig for barnets omsorgsbehov.

”Vi har jo tre barn, og med førstemann tror jeg ikke helsesøsteren spurte en eneste gang om hvordan jeg som far hadde det.. Det ble som du sa mye vekt og måling og dette.. Men med de to andre var det litt annerledes. Da henvendte helsesøsteren seg like mye til meg som til henne.. blir litt annerledes da.. du er liksom ikke med på kontrollen bare for å være med..” (Haakon)

Det Haakon sier tolker jeg som at han som foreldre ble lite vektlagt i kontakten med helsestasjonen, han utdyper at fokuset var på barnets vekt og målinger og at han ved de andre barna ikke hadde problemer med å ivare ta den oppgaven på lik linje med mor ved møter på helsestasjonen.

”Det kan jo virke som om mye av det som foregår på helsestasjonen ikke er noe spesielt verdiskapende. Det er akkurat som om det er masse sjekkpunkter som de skal gjennom, men det gir ikke oss som foreldre en sånn kjempeverdi utover en rådgivningstjeneste også vaksiner.. og det er jo bra å få.. Jeg har jo hatt en ok opplevelse på helsestasjonen, og det virker jo som om det er veldig personavhengig da. Nesten litt for personavhengig ” (Preben).

Slik jeg ser Preben beskrive sitt møte på helsestasjonen, vektlegger han helsestasjonens sjekkpunkter av barnet og at han får rådgivning rundt barnet i forhold til de sjekkpunktene helsestasjonen har. Dette ser han ikke selv som noe verdiskapende i forhold til sitt foreldreskap eller omsorgspraksis for barnet.

”Jeg synes ikke de er så flinke til å informere om hva barnet skal gjennom når de er på kontroller. Sånn som nå sist jeg var der, på 2 års kontroll, så fikk vi noe info i posten og tenkte at ok.. da skal vi snakke om språkutvikling og den type ting.. så kommer vi ned, og spør om vi har svart på skjema.. det blir lagt i en skuff, og ble spurt om vi pusset tennene hans.. det var det..” (Tobias).

Tobias viser her til sjekkpunkter som han som foreldre går igjennom og vurderer sitt barn opp mot sjekkpunktene helsestasjonen sender ut. Hans erfaring på sjekkpunktene blir etter hans syn ikke ivaretatt av helsestasjonen, men blir avvist ved at skjemaet legges i en skuff og helsesøster spør om noe helt annet. Disse fire sitatene samsvarer i fedrenes syn på helsestasjonen som sjekkpunkt system og fedrenes opplevelse av å ikke være en viktig del av helsestasjonen, men mer han som er med.

En av fedrene syntes helsesøster var ”faglig svak” og hadde med seg lite informasjon som var viktig. Med faglig svak mente han at helsesøster ikke kom med løsninger eller tips på konkrete spørsmål som fedrene kom med. Et eksempel her var fra barselgruppen hvor flere av fedrene var kjempetrøtte fordi de hadde barn som ikke hadde sovet på natten på flere uker:

”De andre gutta fortalte hva de hadde gjort og hadde konkrete spørsmål til helsesøster, men da vegret hun seg for å svare” (Paal).

Paal beskriver opplevelsen av at det blir for mye snakk og for lite fakta. I hans øyne leser ikke helsesøster godt nok situasjonen disse fedrene er i. Helsesøster burde sett desperasjonen og komme med tiltakene i forhold til søvn problemer hos barna og gitt informasjon om hva fedrene kunne forvente seg den neste tiden og hva de som fedre må prioritere for å få nok søvn.

Fedrene i denne studien synes de fikk lite konkret informasjon om praktiske ting og forhold med barnet som de ønsket. De ønsket et system hvor du hadde ”symptom – årsak – tiltak” både på forhold hos barnet og om forhold ved mor.

Markus sier det slik:

”Da må hun dra opp den der jukselappen sin, se her er det 10 forsøk, prøv dette i to uker hvis ikke det fungerer prøv dette i to uker, man må jo ha datagrunnlaget for å produsere noe sånt tenker jeg” (Markus).

Markus beskriver det Paal i sitt sitat er ute etter, en ”brukermanual” på barnet som beskriver tiltak ved for eksempel søvnproblemer. De legger ansvaret over på den profesjonelle helsesøster til å ha en ABC-bok om barnet tilgjengelig .

”Skal ha en sånn en på mor og baby, (...), en sånn liten tabell. Årsak ondt i magen” (Artur).

Artur beskriver her det samme ønsket om at helsesøster ser behovet hos fedrene om råd og veiledning som er konkretiserte og lar seg gjennom føre.

Tobias beskriver et av sine møter på helsestasjonen med helsesøster slik:

”Helsesøster prøvde på en måte å få i gang en samtale, og så hadde typisk alle fedrene med seg en lapp hjemme ifra, fra moren med hva de skulle spørre om, og det var i og for seg greit da, så skulle helsesøster selvfølgelig ta måling og veiing, så skulle vi da fram en og en og diskutere på en måte resultatene eller prate om de da..” (Tobias).

Tobias viser her til hvor vanskelig kommunikasjonen blir mellom helsestasjonen og fedrene. Fedrene går inn i en rolle hvor de er bindeleddet mellom mor som ikke er til stede og helsesøster. Han virker utilpass med at resultatene fra måling og veiing skal prates om ved datamaskinen.

Markus beskriver et av sine møter slik:

”Vi satt i gruppen og fikk bare komme frem til pc-en, en og en. Da i hvert fall, hadde vi en sønn som lå under kurven på høyde, men han fulgte sin egen kurve... ”fair enough” tenkte jeg. Men det ville hun at vi skulle prate om, at han lå under kurven på høyden. Så skulle jeg da ”legge han i strekkbenken” eller hva skal jeg gjøre med han. Da hadde hun i forkant sagt at målingen på lengde kan variere som om han krøller seg eller skriker og sånne ting, så det følte jeg at det ikke var noe nyttig” (Markus).

Markus beskriver sitt møte med helsesøster i en gruppekonsultasjon. Han beskriver hvordan vekt og mål skal diskuteres ved datamaskinen. Han ser ikke behov for å sitte og snakke om disse tingene så lenge han ikke kan gjøre noe med det. Det Markus og Tobias beskriver er at å snakke om ting ikke er et poeng i seg selv for fedrene. Kan en gjøre noe med det, da er det et poeng å snakke om det. I en slik setting er det kanskje mest tydelig at kjønn er ulikt. Den emosjonelle mor som ønsker å snakke om temaer, og den løsningsorienterte far som ikke ser nytten av å snakke om temaer han ikke kan endre på, men som heller ønsker å snakke om temaer som det finnes løsninger på og

som en kan gjøre noe med. I slike møter vil frustrasjonen kunne være en årsak til at fedre ikke ser nytteverdien av å bruke helsestasjonen. Helsestasjonen har utfra fedrenes system bygd opp en forståelse for hva mor trenger og hvordan hun skal formidles budskap til, slik at hun forstår og kan svare på det meddelte. Denne formidlingsmåten sier fedrene her fungerer ikke på dem så det oppstår en konflikt mellom far og helsesøster/jordmor.

Paal beskriver dette slik:

”De er jo veldig opptatt av statistikken.. om du ligger over eller under eller midt i.. men utover det er det mer hjelp til selvhjelp.. Sånn.. «hva tenker du om at barnet ditt ikke snur seg...» (.....).. kanskje ungen er litt lat...?” (Paal).

Ut fra hva Paal sier, ser jeg det slik at hans løsningsorienterte oppfatning ikke blir tatt på alvor av helsesøster. Paal har ikke behov for å snakke om dette temaet emosjonelt, han har behov for å vite konkret om det er unaturlig at barnet ikke snur seg og hva han kan gjøre for å trene barnet på å snu seg. Ut fra hans beskrivelse kan man tenke seg at han bare får en ledetråd og det blir opp til hans system å vurdere alle de potensialitetene som er om temaet og velge det han selv mener er det rette som her: ”kanskje ungen er litt lat?”

”I en ennå uklar situasjon bestemmer Alter først sin egen atferd forsøksvis. Han begynner med et vennlig blick, en gestus, en gave – og ser an om og hvordan Ego aksepterer den foreslåtte situasjonsdefinisjonen” (Rees – Schäfer, 2009, s.93)

Luhmann kaller den som sender ut informasjon og meddelelse i kommunikasjonen for Alter og den som skal forstå det meddelte kaller han Ego (Rees-Schäfer, 2009). Det vil si at det er opp til den andre å selektere en forståelse i forhold til ytringen. Det vil i dette tilfelle si at det er opp til Paal og skape en forståelse på den ytringen helsesøster meddeler han, og gjennom sin egen selvreferanse må han selektere en mening i det som er sagt. Jmf Luhmann vil individet i systemet handle slik systemet sier han skal gjøre, dermed er det ikke sikkert fedrene opplever møte med helsestasjonen som en vennlig gest eller som i imøtekommende når det gjennom det verbale- og det nonverbale språket kan se ut til at han opplever og bli satt i kategorien udugelig versus mor, fordi han ikke har den samme konteksten som helsestasjonen har for å svare på spørsmålet om

”hvorfors barnet ikke snur seg”.

Lars beskrev sitt forhold til helsestasjonen slik:

”I den grad det var interessant å gå på helsestasjonen, så var det for å få litt rådgivning i forhold til de problemene vi hadde akkurat der og da. Grining om natten, utslett, tenner og så videre.. ” (Lars).

Utfra det Lars sier tolker jeg at Lars opplever at når han går på helsestasjonen med konkrete ting om barnet som grining, søvn, utslett og tenner gir helsestasjonen han et godt svar. Dermed selekterer Lars ut hva han mener helsestasjonen kan hjelpe han med i sin omsorgsrolle som far, samtidig som han har funnet en vei inn til helsestasjonen som foreldre på lik linje med mor. Her beskrives helsestasjonens språkkoder som forståelig for Lars, hans system handler etter min mening slik helsestasjonen forventer han skal gjøre, og Lars får svar på det han spør om på helsestasjonen. Lars har funnet en forståelse med helsestasjonen av hva temaene tenner, gråt, og søvn betyr og han kan selektere ut rådene helsestasjonen gir utfra det helsestasjonen formidler han.

Markus sier det slik:

”Jeg hadde likt å vite, helt sånn konkret, hva er viktigst at de får i seg i forhold til vårt kosthold. Er det nok at de spiser det samme som oss eller må de ha tilskudd i tillegg, skal de ha fluor, skal de ha fluortabletter og sånne ting” (Markus).

Markus beskriver at fakta som han kan gjøre noe med er interessant å få informasjon om, og han mener at helsestasjonen hadde vært det rette stedet å få meddelt slik informasjon. Paradokset her er etter min mening at helsestasjonen er opptatt av barnets kost, vitaminer og lignende. Hva er det da som gjør at helsestasjonen ikke klarer å formidle dette til fedrene slik at han tar det til seg og nytte gjør seg den informasjonen?

”...det kreves jo gjerne et sosialt nettverk for å få svar på ting.. Informasjonen fra helsestasjonen har ikke vært tilstrekkelig for oss for at vi følte oss trygg på at dette går bra.. f.eks hvis ungen har feber, du måler den, og så lurer du på «hvor høy feber kan ungen ha».. hvorfor har han feber.. Du er jo ikke forberedt på at ungene dine skal bli syke. I den ideelle, perfekte verden så er det jo bare å trille tur, ungen sier ba,ba,ba.. hvis du ikke får en sånn unge, men et barn som har

vondt i magen eller noe sånt, og har det de neste 3 månedene.. det er jo ingen som forbereder deg på noe sånt.. ungen skriker hele tiden.” (Tobias).

Tobias sin beskrivelse sier, slik jeg ser det, noe om forholdet mellom frisk barn / sykt barn og hans frustrasjon over å ikke vite når det normale endres til det unormale. Hvem kan han søke hjelp hos? Utfra hans virkelighet frem står det å få barn som noe glamorøst og uten bekymringer. Tobias forteller at helsestasjonen ikke strakk til, og Tobias og partneren brukte andre sosiale nettverk for å finne balansen mellom friskt og sykt barn. Tobias hørte på andres erfaringer i sin omverden, og tok det inn i sitt system for å bekrefte eller avkrefte sin bekymring om barnet var sykt.

Fedrene i denne studiene poengterer at det blir for mye snakk og for lite fakta. Det kan se ut til at utfra hva de beskriver, er behovet konkrete råd og tiltak på forhold man kan gjøre noe med. Fedrene har etter min mening tatt inn i systemet sitt det ansvaret som følger med å bli far, og de ønsker å vite at det de gjør for barnet er det rette. Språket som mediet i kommunikasjonen mellom systemene blir viktig. For eksempel må ordet ”kost” i denne sammenheng gis ny mening dersom barnet ikke kan spise det som farsystemet kan. Hvis helsestasjonen antar at kvinner er født med det instinktet og at det utfra mor ikke er behov for forklaring av hvilken kost barnet trenger, blir det vanskelig for farsystemet å forstå. Han ekskluderes gjennom å ikke få tilgang til kodene språket gir. Luhmann tolker jeg slik at det er gjennom refleksjon av en iakttagelse i sitt eget system man kan se en forskjell og skape nye koder for å tilslutte seg et annet systems koder (Luhmann, 2005a).

”Det sosiale systemet som beror på liv og bevissthet, muliggjør at de stadig fornyer seg i en lukket reproduksjonssammenheng” (Rees-Schäfer, 2009, s.102)

Det vil si at ulike former for autopoiesis som organisk liv, bevissthet og kommunikasjon er i stand til å knytte forbindelser med hverandre. Det kan best forstå med termen mening, som muliggjør interpenetrasjonen av psykiske og sosiale systemdannelser ved å bevare dens autopoiesis. Dobbelt kontingents søker etter forskjellen mellom systemet som iakttar og omverden som iakttas hvor av forskjellen markerer en grense mellom systemet og omverden.

Funnene i denne studien kan tyde på at fedrene ser seg selv gjennom mor og helsestasjonssystemet som en part som er nest best og som må lære av mor hvordan han skal være som far. I sin selvreferanse stemmer ikke dette med det bilde han skaper av seg selv.

Mors mentale helse påvirket fedrene i svangerskapet og etter fødselen.

Artur sa det slik:

”Ja, vi hadde kontakt med fastlege, men det var jo i henhold til det halvåret i graviditeten varte også et halvt år i etterkant, så da fikk jeg faktisk en sykemelding på et tidspunkt for å kunne være med å støtte opp hjemme. Så det var til fastlegen, men jeg vet ikke jeg. Det jeg egentlig ville hatt var en liste over emosjonell utbrudd type sånn og sånn mest sannsynligvis årsak også tiltak” (Artur).

Paal beskrev det slik:

”For vår del blir det jo sånn at man hakker på hverandre sant, for det at man er trøtt og sliten og det er jo du hele tiden. Den som da er våken på det tidspunktet gjør jo da alt, og da er du så trøtt og sliten at du ikke ser hva den andre ikke gjør. Og når du da finner ut at noe ikke er gjort, så er det da den andres feil, og så alt det der og så har du det gående litt sånn..., ja du ser ikke hva jeg gjør også, men du ser ikke hva jeg gjør hele rukkelet bare det. Jeg regner med at det er helt normalt og at alle har det sånn, men det er ingen som snakker så veldig mye om det liksom eller det er liksom litt sånn som disse herre spontanabortene også det er litt som jeg har forstått en ting som skjer veldig, mange har det, men ingen som snakker om det på en måte, ja, du får ikke vite det før du eventuelt begynner å lette på tingene dine sjøl da hører du plutselig å ja vi også har det sånn eller ja sånn er det.. Også kan du humre litt ut av det istedenfor da at du får en litt annen forståelse for det. Det skulle vært noe som kunne forberedt oss litt mer på akkurat den første omveltningene, hvis det er mulig da” (Paal).

”Informasjon om barselstiden, den såkalte «barselsrusen».., den hang jo i et par måneder.. det var en ganske ustabil periode som var ganske vanskelig for min del.. En tålmodighetstest.. måtte tåle litt «tyn».. Det kan jo kanskje sies litt om den biten også..” (Lars).

Artur, Paal og Lars er selv utrygge på om det er mulig for helsestasjonen å trygge far i barnets første leveår. Finns det et lavterskeltilbud i helsestasjonen for fedrene når ting er vanskelig i hjemmet? Har helsestasjonen åpnet opp for at fedre kan ta kontakt når det knyter seg til i hjemmesituasjonen og få snakke om disse situasjonene? Når ikke helsestasjonen eller det sosiale nettverket kan svare på fars spørsmål oppgir fedrene i studien internett som en god kilde til å finne informasjon om det de lurer på om barnet. Det skriftlige informasjonsmaterialet som gis ut ved helsestasjonen hadde de lite til overs for.

Paal beskrev dette :

”Hefter leser du jo i utgangspunktet ikke, min generelle oppfatning, jeg kan si det eneste gangen jeg leser hefter og foldere og sånt det er når jeg sitter å venter et eller annet sted på et legekantor, og jeg må vente litt granne , hvor jeg ikke har noe å gjøre på eller annet å lese på, da leser jeg de. Ellers så er det bare, kanskje jeg blar igjennom de, men ingen ting som sitter, jeg føler det er litt feil med de der..” (Paal).

Paal beskriver sin holdning til brosjyrene som gis ut ved helsestasjonen, han refererer til brosjyrene som utgått og at informasjonen helsestasjonen ønsker at fedre skal se på må komme i en annen format.

I svangerskapet hadde fedrene i denne oppgaven bedre kjennskap til noen av heftene om barnets utvikling, amming og svangerskap, fødsel og barseltiden. De bøkene følte fedrene gikk litt til hodet på dem i forhold til hvordan deres barn utviklet seg i forhold til standarden i boken. Hjelme (2014) tar opp i sin studie tre nyere og populære norske pappabøker, samt farskapsdelen av svangerskapsboken 2012/13. Bøkene beskrives med humor hvor fedrene fremstår som redde og uforberedte med grunnlag i deres eget kjønn og kjønnsbetydning i oppveksten. Kvinnene beskrives som sultne løvinner i svangerskapet og senere som et orakel i barnestell fordi hun er kvinne. Hjelme (2014) viser til at mødre knyttes til natur og fedrene til kultur. Dermed kan det se ut til at fedrene igjen av seg selv blir sett på som ”den andre” i foreldreskapet. Ut fra hvordan jeg tolker Luhmanns autopoietiske system, viser pappabøkene til hvordan noen fedre har tatt inn koder fra omverden og dannet egne koder for seg selv, og dermed skapt seg

selv som ”den andre” i foreldreskapet. Pappabøkene har ifølge Hjelme en grad av trøst om at fedrene er god nok slik de er, og gjennom å stille opp og være tilstede for barnet skapes farskapet hos dem. (Hjelme, 2014).

5.4 Oppsummering

Funnene i dette kapitlet kan tyde på at fedrene ser seg selv gjennom mor og helsestasjonsystemet som en part som er nest best og som må lære av mor hvordan han skal være som far. I sin selvreferanse stemmer ikke dette med det bilde han skaper av seg selv.

Fedrene i denne studiene poengterer at det blir for mye snakk og for lite fakta. Det kan se ut til at utfra hva de beskriver, er behovet konkrete råd og tiltak på forhold man kan gjøre noe med. Fedrene i denne studien synes de fikk lite konkret informasjon om praktiske ting og forhold med barnet som de ønsket. De ønsket et system hvor du hadde ”symptom – årsak – tiltak” både på forhold hos barnet og om forhold ved mor.

6. Fedre: forventet likestilling

I dette kapitlet analyserer jeg hvordan fedrene opplever sitt møte med helsestasjonen i forhold til hvordan de ser mødre blir ivaretatt. Dette for å kunne bedre svar på problemstillingen min om fars behov varetas i helsestasjonen.

Likestilling i familien innebærer like muligheter for mødre og fedre til å ta del i familiens velferd gjennom lønnet arbeid og omsorgsarbeid i hjemmet (Meld. St, nr 7 2015-2016). Helsestasjonens formål er å ha et likeverdigt tilbud til barn, ungdom og foreldre (Helsedirektoratet, 2014).

I Meld. St, nr 24, (2015 – 2016). *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*: påpekes det at trygge foreldre gir trygge barn. Videre nevnes det at foreldre som trenger det skal få relevant hjelp gjennom foreldrestøttene tiltak og tilgjengelig rådgivning (Meld. St. nr 24, 2015-2016. s. 7). I Luhmanns systemteori tolker jeg hans teori som en likestilling av systemene i samfunnet. Systemene er like mye verd og ingen systemer står over eller under noen andre (Luhmann, 2007).

6.1 Foreldreduellen

I denne delen ser jeg på hvordan fedrene i studien opplever helsestasjonen opp mot mors ivaretagelse i helsestasjonen.

Karsten hadde vært gjennom graviditet/svangerskap og barseltid for flere år siden, og han syntes det var skuffende at så lite hadde skjedd i løpet av denne tiden.

”.. jeg synes det er skuffende, og jeg har vært sint mange ganger, for jeg synes det er helt utrolig at fra 90-tallet til nå så virker det nesten som det er, eller for meg da.., når jeg sammenligner det, så synes jeg det har gått baklengs.. Jeg føler at, men det kan jo også ha med alder og forventninger og hva du tenker selv om din egen verdi som far, altså det at jeg var erfaren og hun var uerfaren, kan jo ha påvirket min oppfatning av det utfra hvordan jeg ble møtt da.. Men hvis jeg hadde vært 20-24 år og gutt i dag hadde jeg blitt veldig skuffet over at det ikke var likestilling på det området her..” (Karsten).

Slik jeg tolker Karsten ser han ikke sitt system som likestilt med mor når det gjelder barneomsorg. Han ser sitt eget systems endring fra første barnet ble født på 1990-tallet til siste barnet som ble født i en tid da det er forventet likhet mellom mor og far.

Gjennom hans systems utvikling har hans eget system tatt innover seg at å få barn er et samarbeid mellom mor og far, og fedre må delta på lik linje som mor. Innad i familien til Karsten er det likestilling mellom Karsten som far og mor. De er enig om å få barn, de er enig om at dette er en felles oppgave. Når Karsten da møter på helsestasjonen så kan det se ut som at helsestasjonen setter han inn i kategorien ”udugelig”. Slik jeg ser det, skaper helsestasjonen hans bilde som nummer to ved at de fokuserer på mor – barn relasjonen. Helsestasjonen slipper med andre ord ikke Karsten til i konsultasjonen.

Rongevær (2014) beskriver i sin studie om fedre, at fedrene satt igjen med opplevelsen av at å ha ansvar for barn tar tid og at omsorgsarbeidet er krevende. Fedrene gikk fra å ha mye egetid til at all hans tid ble styrt av barnet. Denne livsstilsendringen kan være en fin innfallsvinkel for helsestasjonen og snakke med fedre og mødre om. Istedenfor å anta at mødrene vet dette. Er det slik i dag at vi kan forvente at mødrene som arbeider på lik linje med mennene vet om den krevende rollen å ha ansvar for småbarn er?

”.. Inntrykket sånn generelt jeg sitter igjen med etter å ha vært gjennom systemet, det er naturlig at det er mye fokus på mor.. du møter jo av og til kanskje litt sånn at folk spør automatisk mor om ting.. at mor er den primære å snakke med.., at mor har mest ansvaret for ungen.. jeg blir jo litt irritert.. det er litt irriterende.. du føler jo på en måte at det er visse deler som er mors domene, og det er på en måte sånn at systemet er sånn. Det er en overvekt av kvinner i apparatet. Du kan ikke kalle det et problem, men en liten utfordring er det.. Det er ikke en eneste barnehageonkel her” (Lars).

Utfra det Lars sier, tolker jeg det slik at normen i samfunnet fortsatt er at mor er hovedomsorgsperson og at han er nest best. Dette skaper irritasjon i systemet hans da han selv oppfatter seg som omsorgsperson på lik linje som mor. Han referer til valg av jobber hvor omsorgsarbeidet også er ivaretatt i stor grad av kvinner og dermed kan det se ut til at systemene mor og helsestasjon/barnehager har ett felles språk som utelater fedrenes omsorgsevne som det likestilte.

Her har farsystemet skapt sin egen mening om sin rolle som far. Forventningene til Karsten var at han skulle bli møtt på samme måte av helsestasjonen som mor ble. Hans oppfatning er at helsestasjonen ikke klarer å se far på like vilkår som mor. Jeg tolker dermed Karsten slik at helsestasjonen lar farskapet ligge i en blindsoner, mens morskapet blir sett og fylt med innhold. ”Baksiden” får ikke oppmerksomhet. Kan det da se ut som at det er helsestasjonen som skaper farsrollen som nummer to og ikke Karsten selv, og at det er i møte med helsestasjonen far blir plassert som nest best i omsorgen av egne barn, og at dette synet følger han videre når han ser seg selv i relasjon med samfunnet for øvrig?

I det Karsten sier, ser jeg at helsestasjonens koder om hvordan man kommuniserer med kvinner, ikke er den rette kommunikasjonen mellom menn og helsestasjon. Karsten forventer at likestilling skal være sentralt, men helsestasjonen viser kun oppmerksomhet mot mor. Utfra Karstens syn på helsestasjonen, tolker jeg det slik at helsestasjonens koder er foreldet, og at helsestasjonen lever i en fortid av mening og koder som ikke følger kompleksiteten i dagens familier. Lars er også inne på det ”å være nr to.” Mor får mye fokus av systemene rundt i sin rolle som mor. Slik jeg tolker Lars beskriver han at hans rolle kommer i bakgrunnen, fra hans ståsted er det bare mor helsestasjonen ser. Dette tolker jeg slik at Lars opplever at helsestasjonen velger mor fremfor han som forelder. Han refererer også til at mange av systemene rundt som har med barn og familier og gjøre er kvinnedominert, og at disse systemene har en egen tilknytning til morskapsrollen som han som far ikke kan få. Jeg tolker Lars slik at for å få innpass i helsestasjonen så må du ha båret barnet i graviditeten, født og ammet barnet, noe som er umulig fysisk for en mann, men som far skapes rollen av kjærlighet til det barnet han er far for. Lars ønsker det beste for sitt barn, og han ønsker å være en del av barnet på lik linje med mor og det å gå til lege, helsestasjon, barnehage er ikke noe vanskeligere for han som far enn det er for mor.

Rongevær (2014) fant i sin studie at fedrene ikke lot en kroppsdiskurs om at mor har et bedre utgangspunkt for nærhet til barnet være et hinder for deres egen utvikling av nærhet til barnet. Fedrene forholdt seg til mor gjennom at hun hadde visse fordeler for nærhet til barnet gjennom ammeperioden. Helsestasjonene i dag har stort fokus på tilknytning til barnet gjennom opplæringsprogrammer som ICDP (International Child Development Program), COS (Circle of security), NBO (New born observation). Disse

programmene gir foreldrene forståelse for samspill mellom forelder og barn og gir foreldrene et verktøy for nærhet til barnet. Et viktig satsingsfelt for fedre å få delta på for hans egen utvikling av sitt farskap.

Vartdal (2014) skriver i sin studie at hun fant to sentrale diskurser i debatten om fedrekvoten. Morskapsdiskursen hvor fokuset er på mor som den foretrukne omsorgspersonen for barnet og likestilte foreldreskaps diskursen som legger vekt på hvordan foreldrene sammen skal kunne oppnå likhet i arbeid og familie liv. Vartdal finner at disse to diskursene utelukker et farsperspektiv som gjennom formuleringer stenger far ute som en selvstendig omsorgsperson for sine barn (Vartdal 2014). Funnene i denne studien kan tyde på at helsestasjonen har fokuset også mer på mor enn far som barnets hovedomsorgsperson. Storhaug (2015) påpeker i sin studie av barnevernets forståelse av farskap at fedrene formidler opplevelsen av å ikke bli hørt i forhold til sine meninger om hva som er best for barnet. Videre viser Storhaug at fedrene blir møtt med det de omtaler som gammeldagse holdninger om at det er mødrene som er de viktigste omsorgspersonene for barna. Fedrene mente i studien til Storhaug at selv om mor var den som hadde problemer ble hun fortsatt foretrukket som omsorgsperson (Storhaug, 2015).

”Jeg synes det går igjen dette. Mennene er skuffet over at helsestasjonen ikke er mer systematisk, har en klar statistikk, jobber etterrettelig slik de ser det. Det blir bare prat uten realiteter. Hvor en kan parkere er praktisk og prat med realiteter. Så, det som er sentralt og viktig for helsestasjon og kvinnen, er ikke alltid det som er sentralt og viktig for mannen. Her skal en ikke overdrive forskjellene heller. Men det kan se ut som om kvinnen og helsestasjonen har en mer lignende selvkonstituering. Dette kan jo ha med at dette tradisjonelt har vært en kvinnearbeidsplass også å gjøre. Mennene har arbeidet andre steder og på andre måter” (Karsten).

Slik jeg tolker Kasten her, beskriver han utfallet av at helsestasjonen ikke se kjønn ulikt. Han mener at fedrene krever mer direkte fakta og råd om ulike tilstander og situasjoner som oppstår i hans virkelige verden og at det ikke kan tolkes gjennom hva helsestasjonen vet om mødre og deres rolle som mor. Han krever en forskjellsbehandling som skal vise seg som en likestilling mellom kjønnene i deres foreldre rolle i møte med helsestasjonen.

Aarseth (2008) finner i sin forskning en ”emosjonell arbeidsdeling” der mor er den som bekymrer seg for barnas liv, mens far er mer løsningsorientert. Dette kom også frem i denne studien. Fedrene beskrev seg som mest løsningsorienterte i forhold til mor. Spesielt i forhold til barnet når det gjaldt rutiner.

Informantene i denne studien var enige i at det er viktig å involvere fedrene mer i graviditeten. Karsten syntes dette var svært viktig og sa:

”...Men jeg tenker på at, dette er det kanskje andre som har sagt, og du har kanskje sett programmet selv, dette programmet fra England hvor de involverer pappaene, «Pappaskolen», det er en sånn realityserie. Jeg bare tenker «herregud, altså», når du ser de gutta og hvilke holdninger de har og hvordan de går ut av det etter hvert i programmet.. At ikke samfunnet skjønner at det er veien å gå.. Å involvere fedrene fra starten av. Det er veldig rart. Også når vi klager på likestilling og sånne ting etterpå, så har vi egentlig bedt om det selv litt, ved å gi pappa en følelse av ekskludering underveis. Jeg synes det er så viktig. Det er vel derfor jeg kommer i dag. Jeg synes det er så innmari viktig, og jeg synes det er veldig fint med pappaperm og alt det der, men det starter jo egentlig fra før fødselen, altså fra før graviditeten” (Karsten).

Hvordan er det mulig for mannen å konstituere seg? Kan det hende at i selve graviditetsfasen får mannen det bestemte inntrykk at han ikke er viktig? Karsten sier det enda sterkere, han føler at han blir ekskludert. Sett i lys av dette, kan vi spørre oss selv om hvorfor mange synes det er rart at menn ikke tar ut mer farspermisjon. Det er dette Lysbakken også skriver om. Lysbakken trodde han visste hvem han var som far: likestilt. Men så kommer han i ”virkeligheten” som jo er skapt av han også, og finner ut at – nei slik er det ikke. Han er ikke like viktig. Han har ikke kontroll. Det er kvinnene som har kontroll. Det er kvinnene som gjør det som er rett (lar klærne ligge igjen), men det er også kvinnene som gjør det som er galt (ikke vasker hardt nok på hodet) (Lysbakken, 2011). Antar helsestasjonen at far ikke gjør noen av disse tingene? Er det språket som blir brukt på helsestasjonen som skaper kaos i virkeligheten for far?

Haavind (2006) beskriver i sin oppgave hvordan det moderne mor- og farskapet ikke behøver å være ulikt i engasjementet og innlevelse, men at det oppleves en ulikhet i

organiseringen og planleggingen av barnet sin hverdag hvor mor har styringen. Med dette ansvaret kommer også ofte det følelsesmessige engasjementet tydeligere frem ved for eksempel dårligere samvittighet dersom organiseringen ikke blir som kvinnen hadde tenkt seg eller ønsket. Dette var de fleste fedrene enig i og Karsten sa det slik:

”Jeg tror det er viktig at desto mer kunnskap menn har om de tingene.. hva som egentlig er virkelig farlig og det som er unødige bekymringer da.. så er jo mennene på en måte den som er der i det hjemmet, og helsevesenet burde se på pappaene som utsendt ambassadør som kan hjelpe til og få bekymringer ned, få ro.. Altså gjøre ting som gjør at det blir mindre ting å gjøre for helsevesenet.. Det blir ikke så mye engstelse.. for det er ikke lett for mammaene i den situasjonen, når de er dårlige, engstelige.. særlig første gangen. Alt er på en måte skummelt da. Og da er jo gutter litt mer rolige, tror jeg.. Desto mer kunnskap mennene får, desto roligere er de.. Hvis du er i ammetåke, hormon ubalanse og alt det der.. du kan være ganske psykisk slitt som kvinne i den situasjonen, og det er jo ikke noe rart.. så vil jo menn kanskje hvis de føler seg trygge da, de vil i hvert fall ikke ha den samme hormongreien.. det er noen ting som gjør at de kan opptre mer stabile hvis de bare føler seg trygge da” (Karsten).

Slik jeg tolker Karsten, beskriver han hvordan han som mann er en ressurs i hjemmet, en omsorgsperson og en støtte til mor rundt barnet. Han ønsker at helsestasjonen skal veilede og gi råd til fedrene slik at de kan hjelpe til bedre hjemme, da fedrene ikke har hormonelle eller fysiske forandringer. Jeg tolker Karsten slik at som far er menn godt rustet til å ta imot informasjon, råd og veiledning. Karsten beskriver at helsestasjonen ikke tar dette på alvor i sine konsultasjoner på helsestasjonen.

Dersom det er slik at helsestasjonen og samfunnet ekskluderer far som en viktig og likestilt forelder med mor, går vi glipp av en viktig ressurs i barnets oppvekst. Fars ressurser ligger i det at de ikke opplever graviditet og barnefødsler eller amming på kroppen. Det kan se ut til at helsestasjonsystemet og morssystemet ekskluderer fedrene, fordi de ikke har opplevd dette på kroppen, mens fedrene selv ser dette som en styrke til å tenke rasjonelt og handle praktisk, alt er produsert i mannen i hans relasjon til andre system.

6.2 Gi meg plass og rom og jeg vil fylle den

Et av temaene jeg spurte om i undersøkelsen min var hva helsestasjonen kunne forbedre seg på eller gjøre for å bedre ivareta menn og fedre i graviditeten og i barnets første leveår. Det viste seg i studien at fedrene var positive til helsestasjonen som en arena for deres utvikling av farskap.

Karsten sa dette slik:

”Hvis du vil involvere far, må du føle.., på en måte ta med far der hvor det finnes en far til å ha like stor del i det som moren, da.. Far har jo like stor andel i den ungen. Hver gang det ikke avspeiles på en måte, så føler far seg litt distansert. Jeg blir litt sånn i forsvarsposisjon når de antyder at jeg på en måte ikke har en like stor sjel i den ungen som det mammaen har, da... Det blir jo ikke noe barn uten en pappa, liksom.. Noen ganger så, nå er det jo ikke alltid det er en pappa som finnes, men det finnes i hvert fall noen mannlige gener der da.. Det finnes liksom hele veien.. Så da må man, kanskje bruke nytt «språk»..” (Karsten).

Karsten sier at helsestasjonen må inkludere far på lik linje med mor. Dette tolker jeg som at i dag opplever Karsten seg ikke inkludert av helsestasjonen på lik linje med mor. Videre sier Karsten at når han opplever at han ikke blir sett eller inkludert i helsestasjonen så fører det til at far blir distansert. Det tolker jeg slik at gjennom en utestengelse av helsestasjonen forblir fedrene distanserte og fedrene vil da ikke benytte seg av helsestasjonen som en arena for utvikling av sitt farskap. Karsten argumenterer dette med det biologiske prinsipp: det blir ikke et barn uten mannlige gener. Karstens konklusjon er at helsestasjonen må endre språket de bruker i helsestasjonen til et språk som fedrene også forstår.

Fedrene mente fokuset etter fødselen var på barnet og ikke familien. Peder beskrev dette:

” Tidligere i svangerskapet er det mor som er viktigst og den lille inne i magen, men etterpå så er det bare barnet på helsestasjonen. Resten er..., det er mulig de er interessert i, men det virker som om de ikke har kunnskap om det” (Peder).

Foreldreskapet sier Peder er lite aktuelt på helsestasjonen. Han beskriver opplevelsene sine til at helsestasjonen ikke har kunnskap om foreldrene og deres behov. Han opplever

at spørsmålene og rådene de får i stor grad sees ut fra et barneperspektiv. Danielsen (2008) har intervjuet par som har vært på samlivskurs. I Danielsen sin undersøkelse har parene fokus på god kommunikasjon for å få et godt parforhold. Parene i studien beskriver arbeidet mellom seg som en hard jobb fordi mann og kvinne er skapt forskjellig og de kommuniserer på ulike måter og de tolker ulikt på grunn av sitt kjønn (Danielsen, 2008). Videre sier Danielsen at kommunikasjon trer frem som en ny og viktig ingrediens i samlivet som par kan bruke til å måle seg selv og andre utfra, samtidig som kommunikasjonen blir et verktøy til å løse problemer og utvikle en større kjærlighet i forholdet (Danielsen, 2008). Danielsen viser i studien behovet for å skape god kommunikasjon mellom foreldrene til barna som bruker helsestasjonen. Slik jeg ser har helsestasjonen en viktig oppgave med å fokusere på foreldrerelasjoner i tilknytning til barna.

Haakon beskriver sitt forhold til helsestasjonen slik:

”Vi har jo tre barn, og med førstemann tror jeg ikke helsesøsteren spurte en eneste gang om hvordan jeg som far hadde det.. Det ble som du sa mye vekt og måling og dette.. Men med de to andre var det litt annerledes. Da henvendte helsesøsteren seg like mye til meg som til henne.. blir litt annerledes da.. du er liksom ikke med på kontrollen bare for å være med..” (Haakon).

Jeg tolker Haakons erfaring som at han kan se tilbake på tiden med det første barnet da alt var nytt, og fordi han da hadde lite kunnskap om barn følte han seg ikke inkludert. Ved de to neste barna har han en erfaring og han forventer å bli sett og hørt når han tar barnet med seg til helsestasjonen. Kan det være slik at Haakon nå svarer til de forventningene helsestasjonen har av foreldre og derfor blir han lettere å inkludere og kommunisere med, eller skaper han en irritasjon jmf Luhmann i helsestasjonens system? Ved at fedrene krever sin plass i helsestasjonen må helsestasjonen vurdere sin omverden. Helsestasjonen kan ikke fortsette i det uendelige med å ikke ville ta innover seg det ”nye” systemet som krever plass og rom i helsestasjonens virke. Dermed kan Haakons og andre fedres pågang i bruken av helsestasjonen medføre at helsestasjonen endrer sine koder som språk, informasjonsbrosjyrer, konsultasjoner og lignende.

Martin beskrev møte med helsestasjonen i barnets første leveår slik:

”Når jeg var i permisjon var jeg to ganger på helsestasjonen. En gang med vaksine, det var greit, det må vi igjennom, så var det en gang til, da var vi fire fedre som møttes på helsestasjonen, og det møte syns jeg var helt håpløst”
(Martin)

Martin besøkte helsestasjonen i pappapermisjonen og utfra hva han beskriver tolker jeg det slik at det å forholde seg til noe så konkret som vaksiner er en grei ordning ved helsestasjonen. Ved gruppekonsultasjon forsvant meningen i helsestasjonens virke for han. Hva skal fire fedre sitte og snakke med en dame om angående barna?

”..Da ble det veldig kjapt laget en sånn barselgruppe. Der var det bare mødre som ble kalt inn. Det tenkte jeg på i sted.. Jeg så aldri de mennene, jeg så aldri de andre fedrene i den gruppen, og det var ikke snakk om at vi, eller mennene skulle møtes da..” (Karsten).

Det Karsten sier er at helsestasjonen forskjellsbehandler mødre og fedre når det gjelder barselgrupper. Karsten etterlyste en egen barselgruppe hvor også menn var med, eventuelt en egen gruppe bare for menn. Martin har vært på barselgruppe med fedre på helsestasjonen, og sitter igjen med at dette skapte liten mening for hans del. Han beskriver det som meningsløst. Det kan se ut til at helsestasjonen ikke har klart å trekke fars interesser inn i konsultasjonen. Kan det bero på fars holdninger til helsestasjonen som en kvinnedominert arbeidsplass og felleskap, eller er det helsestasjonen som ikke tar høyde for at fedrene trenger informasjonen på en annen måte enn mødrene?

Luhmann (2005a) påpeker at i det moderne samfunnet danner hvert system sitt eget meningsfelt, sin egen fornuft og sin egen rasjonalitet med utgangspunktet i selvreferansen. Man kan si at for Martin skapte denne barselsituasjonen på helsestasjonen verken mening eller fornuft for sitt system når han tar utgangspunktet i sin selvreferanse. Karsten beskriver også sin oppfattelse av barselgruppen som et sted for kvinnene. På hans helsestasjon var det ikke antydning til at fedrene skulle møtes. For Karsten betyr likestilling mellom systemene at også tilbudet bør være likt, men at tilbudene må ha ulikt innhold utfra at man som kjønn er ulike. Han påpeker at fedre

også trenger støtte i sin rolle som far og at helsestasjonen bør se de som en ressurs for barnet og akseptere de som en hovedomsorgsperson på lik linje med mor.

Lars er også enig i dette og beskriver det slik:

” Det er jo litt det, også må man jo alltid ha med seg det i bevisstheten, at det er like viktig å sette fokus på far sin situasjon, stille de spørsmålene «hvordan det går» og sånn, som det er å stille fokus på mor sin situasjon. Barselstiden er jo spesiell for moren, det er jo mye fysiologisk og mentalt som gjør at kvinnen har behov for ekstra oppmerksomhet, men utover det føler jeg på en måte det at menn og kvinner fortjener like mye støtte” (Lars).

Lars viser til at han opplever at helsestasjonen forskjellsbehandler han og mor. Han sier det er et behov hos far spesielt når mor har det vanskelig og at helsestasjonen må våge og spørre fedrene på lik linje med mor hvordan de har det og tilby egne konsultasjons timer.

” Jeg kunne tenkt meg at de hadde et forberedende kurs for fedrene.. Hva kan du forvente deg..? Gitt oss litt informasjon og råd om hormonforandringer hos mor, kan jo bli litt grining eller surmuling.. bare sånn at da vet vi gjerne hvorfor.. tatt opp dette med barnesykdommer.. hva er normalt osv.. kunne jo spart oss for noen bekymringer.. i hvert fall for de som skal bli fedre for første gang.. med nummer 2 og 3 så blir det jo litt annerledes, for da har du i alle fall vært gjennom det meste tidligere..” (Haakon).

Haakon beskriver et ønske om et kurs egnet for førstegangsfedre i regi av helsestasjonen, der fokuset blir på fedres behov. Utfra hva Haakon beskriver tolker jeg at han har et ønske om hjelp til å forstå den gravide kvinnen, og praktiske opplysninger om barnets helse og behov.

Haakon og Lars ser muligheter hos helsestasjonen, og gjennom sitt system kan de reflektere over helsestasjonens mangler. Selv om de i denne studien ikke er 100% fornøyd med det tilbudet helsestasjonen gir dem, anser de at helsestasjonen har muligheter til å bli noe mer enn den er i dag.

Jeg tror Luhmann ville sagt det slik: Skal helsestasjonen overleve må den ta innover seg den kompleksiteten som finnes i samfunnet og endre sitt eget system til å utvikle seg til et enda mer komplekst system som ser både mor- far- barn som sin omverden og inkluderer dem med binære koder som de ulike systemene forstår, og som de kan ta inn i sitt eget system og skape ny mening.

I følge Luhmann fremhever alle system noen elementer og noen relasjoner fremfor andre, parallelt med at de ikke valgte mulighetene er uendelige flere enn de valgte. Dermed oppstår ulike sannheter for de ulike systemene. Luhmann fremhever at dersom et system prøver å trenge inn i et annet system, vil det oppfattes som en irriterende forstyrrelse (Rasmussen, 2003).

Det kan se ut til at dette speiles litt i hva fedrene sier om sitt forhold til mor og helsestasjonen. Funnene viser at fedrene gir uttrykk for at helsestasjonen og mor påvirker hvordan han skal være og utfra hva han gjør referer de til hvordan mor gjør det. Samtidig forsøker fedrene å finne sin plass i svangerskapsomsorgen og i helsestasjonen på egne premisser, og dette gjør at det kan se ut som at far skaper en irritasjon hos mor og helsestasjonen. Irritasjon ut fra Luhmanns systemteori betyr at et system forsynes med forstyrrelser fra de strukturelle koblingene som er inne i systemet utfra hva systemet iakttar i omverden (Luhmann, 2007). Jeg tolker det slik at farsystemet forsøker å bestå i forhold til omverden. Morssystemet og helsestasjonen blir systemer i hans omverden. Far ønsker at sitt system skal skape plass i deres omverden gjennom hans rolle som far og omsorgsperson. Irritasjonen blir da hvordan mor og helsestasjonen svarer på dette budskapet. De kan endre og ta far inn i sin omverden som omsorgsperson, eller de kan holde fast ved det bilde helsestasjonen har om at mødrene setter standarden for hva omsorg er. Storhaug (2015) viser noe av det samme når hun beskriver fedres opplevelse av barnevernet. Storhaug fant at barnevernet tilrettela i større grad for at forholdet mellom mor og barn skulle fungere framfor forholdet mellom far og barn. Storhaug (2015) sier videre at fedre som kontaktet barnevernet for hjelp når mor var en trussel for barnet ikke følte seg trodd eller tatt på alvor, samtidig som de ikke ble kontaktet dersom barnevernet åpnet sak når barnet bare bodde med mor (Storhaug, 2015)

6.3 Oppsummering

Funnene i dette kapitlet viser at fedrene ser seg selv som underlegen mor i møte med helsestasjonen. Fedrene beskriver at det ikke er likestilling i tilbudet som gis til mødre og fedre på helsestasjonen. Fedrene opplever seg ikke sett som en viktig ressurs i forbindelse med graviditeten og i omsorg for spebarn. Gjennom mødre ser fedrene muligheter for helsestasjonen til å skape et tilbud til fedre. Dette forutsetter at helsestasjonen anser fedrene som omsorgspersoner på lik linje med mor, og at jordmødre og helsesøstre anser fedrene som brukere ut fra deres forutsetninger og ikke gjennom et mødreperspektiv.

7. Hvordan opplever far helsestasjonen

I dette kapitlet vil jeg først oppsummere funnene fra de forutgående kapitlene der Niklas Luhmanns systemteori er brukt. Jeg vil så gjøre greie for hva jeg kunne gjort annerledes før jeg ser på oppgavens reliabilitet og validitet. Avslutningsvis vil jeg drøfte hva som kan være videre forskning.

7.1 Hovedfunn

I det tre forutgående kapitlene (4-6) har jeg analysert hvilken funksjon helsestasjonen har for fedrene og hvilke behov fedrene har for informasjon, opplæring og veiledning i svangerskapet og barnets første leveår. For å svare på oppgavens problemstilling har jeg sett på hvordan menn oppfatter seg selv i svangerskapet og i barnets første leveår. Videre har jeg sett på hvordan fedre opplever og beskriver kommunikasjonen mellom seg og helsestasjonen og hvordan fedrene ser seg selv versus mor i møte med helsestasjonen.

Når en mann blir gravid

Funnene viser at førstegangsfedre strever med å skape mening for sitt system i graviditeten. De bruker den gravide kvinnen som utgangspunkt for definisjon som gravid, og visualisering av barnet gjennom ultralyd ga mening for dem som kommende far. Når partneren er gravid må fedrene må skape ny mening i kodene som brukes mellom han og den gravide partneren. Helsestasjonen kan derfor virke avvisende når helsestasjonen ikke vet hvordan far definerer seg selv, og det kan se ut til at helsestasjonen definerer sine koder utfra den gravide kvinnen, slik at det far ønsker av informasjon blir avvist. Litteratur om graviditet og kursvirksomhet ga i liten grad menn evnen til å utvikle seg som far i graviditeten. Fedrene brukte internett som arena for informasjon for å finne svar det mennene lurte på fremfor å søke informasjon på helsestasjonen.

Fedre med flere barn har definert sitt farskap gjennom de barna han har fra før. Han har funnet sin rolle i graviditeten og opp mot sin partner og systemene rundt. Det er nå vi som er gravid, vi som får barn. Han har oppnådd en likestilling mellom seg og sin

gravide partner, og han forventer seg forstått av helsestasjonen. Han er med ved de private tjenestene de oppsøker i graviditeten, men lar den gravide kvinnen ha helsestasjonstilbudet for seg selv. I følge Nordisk Ministerråd, 2005 er graviditetsperspektivet en periode hvor kvinner og menn ikke har en lik livssituasjon og hvor kjønn viser seg fra ulike sider og dermed har ulike behov. Dette forsterker fedrenes beskrivelse av graviditeten hvor de leter etter mening og forståelse, mens kvinnen bærer med seg graviditeten gjennom systemene hun er en del av.

Min forskning viser at helsestasjonen blir lite brukt av fedrene i svangerskapet, gjennomsnittet var to ganger for førstegangs fedre og 0-1 gang for fedre med flere barn. Paradokset er at de private helsetjenestene som ble anvendt under svangerskapet viste at fedrene var med der og opplevde ivaretagelse og forståelse hos de private helsetjenestene for sin rolle som mann i graviditeten. Sæther (2014) har utført en studie om yrkesaktive kvinner og graviditet, hvor hun viser til at partnerne til de gravide kvinnene tok større andel av arbeidet i hjemmet enn de utførte til vanlig for å avlaste for graviditeten, dette var beskrevet av de åtte kvinnene som deltok i studien, selv om de var definert utfra ulike familiesystem med ulike mønster for deling av oppgaver i hjemmet og yrkesaktivitet (Sæther, 2014). Det kan se ut til at menn tar inn over seg graviditeten ved å endre på deres daglige gjøremål og at helsestasjonen har en oppgave å belyse og anerkjenne denne oppgaven på lik linje som det å bære barnet.

Når menn møter helsestasjonen

Funnene i kapittel 5 kan tyde på at fedrene anser seg sett gjennom morssystemet av helsestasjonsystemet som en part som er nest best, og som må lære av mor hvordan han skal være som far. I sin selvreferanse stemmer ikke dette med det bilde han skaper av seg selv. Hochschild (2003) viser i sin studie at vi snakker om tre familiekonstellasjoner Hochschild, (2003): Beskriver de tre familiekonstellasjonene for ; den tradisjonelle, den transisjonelle og den likestilte familien (Hochschild, 2003). I den tradisjonelle familien er kvinnens hovedoppgaver å styre i hjemmet, mens mennene er utearbeidende. I den likestilte familien har begge to likt ansvar om oppgavene i hjemmet og i det yrkesaktive livet, og de deler ansvaret mellom seg etter strategiske valg. Den transisjonelle er en mellomting mellom den tradisjonelle og likestilte familien, men har en draging mot den tradisjonelle ved at kvinnene har noe mer kontroll i hjemmet og fedrene i arbeidslivet. Dette kan det tyde på at det å skape mening i graviditet for far styres av

hvilken familiekonstellasjon han tilhører, og dette vil være med på å utvikle han som far. Helsestasjonen kan derfor ha vanskeligheter med å tolke fedrenes interesser dersom de ikke aktiv tar fedrene med i konsultasjonen for å avklare hvilke oppgaver i familien fedrene utfører og hvordan de ser på disse oppgavene med tanke på det barnet som kommer.

Vartdal (2014) har i sin oppgave sett på diskursen rundt endring av foreldrepermisjonstiden. Videre sier Vartdal at det viste seg to diskurser utfra de leserinnleggene hun leste i dagsavisene i Norge; moderskapsdiskursen som fremhevet et tradisjonelt omsorgsmønster der mor har hovedomsorgen for barna i familien, og der det ble argumentert for at familien selv skulle bestemme om fedrene skulle ta ut fedrekvote eller ei. Den andre diskursen var likestilt foreldreskap som fremhevet en mer sosialdemokratisk og politisk forankring om velferdsstatens oppbygning og familienes valgfrihet (Vartdal, 2014). Vartdal fant og i denne studien at det pågikk ingen diskurs som ivaretok fars interesse og fedrekvotens betydning for hans omsorgsarbeid (Vartdal 2014).

Familiekonstellasjoner som i stor grad går igjen i henhold til forskning jeg har sett, er den tradisjonelle familie. Dersom helsestasjonen holder fast ved det tradisjonelle mønsteret kan det ha en effekt som fører til fedres uteblivelse fra helsestasjonen. Fedrene i min studie poengterer at det blir for mye snakk og for lite fakta når de er i kontakt med helsestasjonen. Det kan se ut til at ut fra hva de beskriver, er behovet konkrete råd og tiltak på forhold man kan gjøre noe med. Danielsen, et al. (2011) intervjuet helsesøstre ved helsestasjonen i Alna kommune, der beskrev helsesøstrene sin egen selvforståelse at de tilpasset seg den virkelighet de er satt til å forvalte. Videre sier Danielsen, et al. at helsesøstrenes råd var basert på en norsk forståelse av dagliglivets organisering og dilemmaet for helsesøstrene var om de skulle gi konkrete råd eller være lyttende og brukermedvirkende (Danielsen, et al. 2011). Utfra helsesøstrene i Alna kommune kan det se ut til at gjennom helsesøstrenes tilpasning til det samfunnet man lever i, blir fedrene er godt nok ivaretatt. Dette stemmer ikke overens med fedrene syn på jordmødre og helsesøstre i min studie. Fedrene i min studie synes de fikk lite konkret informasjon om praktiske ting og forhold med barnet som de ønsket. De ønsket et system hvor du hadde ”symptom – årsak – tiltak” både på forhold hos barnet og om forhold ved mor.

Fedres forventninger til likestilling

Funnene i kapittel 6 viser at fedrene ser seg selv som underlegen mor i møte med helsestasjonen. De beskriver at det ikke er likestilling på dette område gjennom tilbudet helsestasjonen gir til mødre versus fedre. De opplever seg ikke sett som en viktig ressurs i forbindelse med graviditeten og i omsorg for spebarn. Gjennom mødre ser de muligheter for helsestasjonen til å skape et tilbud som gir fedrene mulighet til å anvende helsestasjonen. Fedrene ønsker at helsestasjonen anser de som omsorgspersoner på lik linje med mor og at helsestasjonen anser fedrene som brukere ut fra deres forutsetninger og ikke ut fra et mødreperspektiv. De ønsker seg en helsestasjon som spør hvordan de har det, hvordan familien fordeler oppgavene i hjemmet og råd og veiledning for å få familien til å fungere best mulig. Gulvik (2015) skriver i sin artikkel om likestilling mellom mor og far at pappapermen ikke er den eneste veien til likestilling. Gulvik skriver vider at fedreidealet i dag er en far som er en omsorgsperson på lik linje med mor og han er det fra barnet er noen måneder gammel. Sandnes (2011) tar opp temaet helsestasjon og fedre i sin artikkel. Hun mener familien etableres i det kvinnen blir gravid og legger frem at helsestasjonen er rettet mot barnet med mor som hovedomsorgsperson. Fedrene er bare inkludert om de selv tar inaktive til å møte opp på helsestasjonen. Sandnes (2011) skriver videre at individbetegnelsen mor- barn og far må endres til en felles benevnelse som familie begrepet. Anvendes familiebegrepet er det større sjanse for at helsestasjonen og de offentlige tilbudene blir mer orientert mot alle i familien enn enkelt individer.

7.2 Oppsummering

I denne studien har jeg hatt to fokusgruppeintervju og to dybdeintervju med til totalt åtte informanter (fedre). Problemstillingen min har vært hvordan fedrene opplever helsestasjonen og hvilke behov fedrene har for opplæring, informasjon og veiledning og hvordan de opplever møtet med jordmor og helsesøster på helsestasjonen. Jeg har analysert svarene oppimot Luhmanns systemteori, og sett på hva fedrene sier om seg selv under graviditeten og i barnets første leveår hvor de har oppfølging i helsestasjonen. Jeg har videre sett på hva fedrene sier helsestasjonen har for deres utvikling av farskap gjennom råd, veiledning og informasjon og jeg har sett på hva

fedrene sier om hvor mye og hva de bruker helsestasjonen til, samt hvordan fedrene opplever møte med jordmor og helsesøster.

Funnene viser at fedrene bruker helsestasjonen i liten grad. Under graviditeten strever førstegangsfedre med å finne mening i graviditeten som kommende far, noe som kan være vanskelig for helsestasjonen å håndtere. Utfra mine funn ser helsestasjonen kun mor under graviditeten. Informasjonen de fikk fra jordmødrene ved helsestasjonen beskriver fedrene i studien som mest tiltenkt den gravide og informasjonen til far beskrives som hans rolle tilknyttet mor som er gravid. Fedrene opplevde i noen grad at spørsmål de stilte ble besvart utfra hva den gravide trengte eller hadde behov for ikke utfra han som far/ mann.

Menn som hadde barn fra før, forventet å bli sett av helsestasjonen som far og omsorgsperson. Fedrene som ikke følte seg sett av helsestasjonen deltok i liten grad på konsultasjoner hos jordmor. Private helsetjenester som jordmor og gynekolog ble hyppigere brukt av fedrene i denne studien. Fedrene beskriver at de følte seg mer sett av de private helsetjenestene under graviditeten.

I barnets første leveår var oppmøte noe bedre enn under graviditeten. Fedrene opplevde i noen grad å ikke bli møtt på lik linje som mor på helsestasjonen. Helsesøstrene så i liten grad foreldrene og alt var sett utfra barnets og med mor som foretrukket hovedomsorgsperson. Fedrene beskrev seg selv som nummer to i forhold til mor på helsestasjonen, og fedrene synes det i liten grad var tilbud til dem på helsestasjonen. De beskrev at veiing og vaksiner var OK for fedrene og følge barnet på, men andre typer konsultasjoner som barselgrupper eller samtaler om ulike tema var i liten grad interessante for fedrene. Møte med helsesøster beskrev de som mye snakk og lite fakta. De fikk i liten grad konkrete råd og veiledning og fedrene i denne studien beskrev at det var for lite eller ingen oppfølging av de som foreldre.

Den skriftlige informasjonen som ble gitt ut fra helsestasjonen anså fedrene som utgått på dato. De brukte internett som kilde for informasjon og ønsker at helsestasjonens nettsider skal kunne oppdateres med relevante tema om barnets utvikling og vanlige sykdommer slik at informasjonen ble lett tilgjengelig.

Fedrene i denne studien ønsket seg en helsestasjon hvor fokuset var på familien som enhet, parforholdet mellom mor og far og en rådgivningstjeneste hvor fedrene kunne komme når de hadde behov for det, i tillegg til den vaksinerings og veiingen av barna som fedrene anså som viktig i dag.

7.3 Hva kunne jeg gjort annerledes

Det har i denne studien vært vanskelig å rekruttere fedre til fokusgruppeintervju. Flere dybdeintervju kunne ha vært en mulighet for å få flere informanter, da det kan være lettere å gjøre avtaler for en informant om gangen. Jeg ville også ha ønsket å prøvd ut å rekruttere selv fra helsestasjoner og barnehager med direkte oppmøte og informasjon direkte til fedre og mødre på helsestasjonen og i barnehagen. Jeg tror at det å vise sin interesse for et tema kan skape deltagelse hos potensielle informanter. Jeg prøvde heller ikke ut mail-intervju eller telefonintervju i denne studien, noe som kunne vært interessant å prøvd ut med tanke på den anonymitet som en informant får når man ikke møter forsker ansikt til ansikt under selve intervjuet. Jeg har brukt lang tid på å lese og forstå Luhmann til min analyse. Det kunne vært andre teoretikere som hadde vært lettere for meg å forstå og bruke, men Luhmanns fokus på sosiale systemer syns jeg har vært interessant og spennende.

7.4 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet (også kalt pålitelighet) knytter seg til undersøkelsens data (Larsen, 2008). Hvilke data som er brukt og hvordan de er samlet inn og bearbeidet er viktige sider å vise i kvalitativ metode for å styrke oppgavens pålitelighet (Johannessen, et al. 2005). I kvalitativ forskning er det vanskelig å duplisere en annens kvalitativ forskers forskning, fordi forskeren selv bruker seg selv som verktøy i oppgaven og dermed vil forskers forforståelse og metodevalg påvirke studien som blir gjort (Larsen, 2008). I min studie er kvalitativ metode brukt og undersøkelsen er beskrevet steg for steg i metodekapitlet. Jeg valgte Luhmanns systemteori som den teoretiske analysedelen. Da studien består av 8 informanter, er det vanskelig å generalisere de funn som er gjort i studien. Jeg har valgt å bruke ulike informasjonskilder også kaldt triangulering. Triangulering kan være med på å styrke oppgavens pålitelighet og gyldighet utfra hvor pålitelig og gyldig den ene eller andre informasjonen er, noe jeg ser ved å sammenligne de (Johannessen et al.

2005). Jeg har i tillegg brukt annen forskning for å underbygge det fedrene (informantene) har fortalt.

Validitet eller troverdighet sier noe om studiens analyse har svart på studiens spørsmål og i hvilken grad forsker funn reflekterer formålet med oppgaven og representerer virkeligheten (Johannessen, et al.2005). Det finnes ulike typer validitet, men jeg vil ikke gjøre rede for de ulike typene her, men hovedpoenget er at det er krevende å sikre tilfredsstillende validitet. Det har derfor vært viktig å reflektere og gjøre vurderinger underveis i hele arbeidet med oppgaven. Gjennom intervjuene har jeg fått datamateriale som blir mitt måle instrument i å måle oppgavens tema. Jeg har brukt åpne spørsmål, og i tillegg spørsmål som fokuserte på en mer utfyllende og dypere tolkning av svaret informantene ga for å få et mer utfyllende svar fra informantene om temaene i oppgaven min. Gjennom åpne spørsmål og utdypende spørsmål har jeg forsøkt å få tak i informantenes egne meninger om temaene og samtidig som en utdypning kan hjelpe meg som forsker å sjekke om jeg har forstått informantene rett. Som hjelpemidler under intervjuene brukte jeg lydopptaker og notater i stikkordsform. Når en informant blir spurt om sin opplevelse, er det den opplevelsen som er sann for informanten. Disse subjektive opplevelsene er troverdige for undersøkelsen. Larsen (2008) påpeker at informantene kan påvirke hverandre i gruppeintervju eller av den som intervjuer og situasjonen og påvirke de svar som kommer frem. Det vil si at det jeg spør om og hvordan jeg spør kan virke inn på informantenes svar i oppgaven. Et eksempel kan være den lojaliteten til partner når informanten skal beskrive sin opplevelse som far i barseltiden, barseltiden er en kort periode hvor det er et tett bånd mellom far og mor og dens enes opplevelse vil påvirke den andres opplevelse.

Intervjuene ble transkribert i kort tid etter intervjuet var utført. Lydkvaliteten på opptakene var gode, men det var noen forstyrrelser, som telefoner og støy fra biler, latter og lignende.

7.5 Hva er nødvendig av videre forskning.

Jeg har fokusert på fars opplevelse av helsestasjonen og hans behov for informasjon, råd og veiledning, samt sett på hvordan far opplever møte med jordmor og helsesøster.

Thomas Skjøthaug er psykologspesialist og forsker. Skjøthaug skriver på RBUP-bloggen i januar 2015 om fedre som gode omsorgspersoner og ikke bare lekekamerat for barna. Skjøthaug nevner i sitt innlegg behovet for forskning på fedre i svangerskapsomsorgen og i barnets første leveår, hvilken identitetsendring menn har i graviditeten og hvilke tradisjoner og rollemodeller som ligger til grunn for fars utvikling av farskap. Skjøthaug fremhever helsestasjonens rolle i å vareta far på lik linje med mor. Dette sier Skjøthaug skjer i liten grad i dag, da helsestasjonen er mer bygd opp for mor. Utfra min studie er jeg enig med Skjøthaug, vi vet for lite om fedres behov og hvilken ressurs han er i den enkelte familie. Det er etter min mening derfor behov for å forske på fedres opplevelser og ønsker før, under og etter fødsel og senere i barnets liv. Det trengs videre endringsarbeid i helsestasjonen for å ivareta fedrene på en bedre måte, her kan både holdningsarbeid og kulturendring være nyttig.

8. Litteraturliste

Andersen, N. Å. (1999). *Diskursive analysestrategier: Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Balke, I. (2013). *Snart er det bare vi og feieren som er innom hos folk: En kvalitativ studie av helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte*. (Masteroppgave). Høgskolen i Gjøvik.

Birkelund, G. E., & Petersen, T. (2005). Det norske likestillingsparadokset: Kjønn og arbeid i velferdssamfunnet. I I. Frønes, & L. Kjølørød (Red). *Det Norske samfunn* (5. utg.) (s. 126-153). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Brandth, B., & Kvande, E. (2003). *Fleksible fedre: Maskulinitet, arbeid, velferdsstat*. Oslo: Universitetsforlaget.

Danielsen, H. (2008). "Å få eit forhold til å fungere er ganske hard jobbing". *Tidsskrift for kulturforskning*, 7(2), 5-22.

Danielsen, K., Engebretsen, A. I., & Finnvold, J. E. (2011). "For å jobbe her må en være interessert i folka som bor her". (NOVA Rapport 22/11). Hentet fra http://www.nova.no/asset/4967/1/4967_1.pdf

Elvin-Nowak, Y., & Thomsson, H. (2003). *Att göra kön: Om vårt våldsamma behov av att vara kvinnor och män*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Farstad, G. R. (2011). Hva betyr det å ta pappaperm? Når fedrekvotens intensjoner møter menns ulike farskapsmodeller. *Sosiologi i dag*, 40(1-2), 151-171.

Fimreite, A. L., & Hjertaker, B. (2005). En refleksiv modell for masterveiledning. *Uniped* 4(2), 45-54. doi: 10.3402/uniped.v36i4.23143.

Gillis, J. R. (1997). *A world of their own making: Myth, ritual, and the quest for family values*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gullvik, K. (2015, 6. mai). Pappaperm ikke alltid eneste vei til likestilling, *Kjønnforskning.no*, Hentet 1. September, 2015 fra <http://forskning.no/kjonn-og-samfunn-likestilling/2015/05/kritisk-til-pappapermforskning>

Haaland, G. U. (2001). *Helsestasjon og førstegangsfedre; En kvalitativ studie av førstegangsfedres opplevelser knyttet til svangerskap, fødsel og spedbarns tid*. (Hovedoppgave). Universitet i Bergen.

Haaland, G. U., Brundtland, D., & Bjørnstad, I. (2009). *Helsestasjon for hele familien*. Bergen: Høgskolen i Bergen.

Haavind, H. (2006). Midt i tredje akt? Fedres deltakelse i det omsorgsfulle foreldreskap. *Tidsskrift Norsk Psykologforening*, 43(7), 683-693.

Hafstad, R., & Øvreeide, H. (1998). *Foreldrefokusert arbeid med barn*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Hagström, C. (1999). *Man blir pappa. Föräldraskap och maskulinitet i förändring*. Lund: Nordic Academic Press.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal.

Helsedirektoratet, (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/388/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>

Helsedirektoratet, (2005). *Nasjonale faglige retningslinjer for Svangerskapsomsorgen*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>

Helsedirektoratet, (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner>

Helsedirektoratet, (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien – Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner>

Helsedirektoratet, (2015). *Rundskriv – Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler – Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1118/Rundskriv%20rekvireringsrett%20og%20LARC%20IS-13-2015.pdf>

Hilt, L. (2007). *Verden som system og horisont: verdenssamfunnets emergerende realitet. En analyse av Luhmanns systemteoretiske konsepsjon*. (Masteroppgave). Universitetet i Bergen.

Hirdman, Y. (2003). *Genus: om det stabila föränderliga former*. Stockholm: Liber.

Hjelme, E. (2014). *Farsinstinkt, mente du morsinstinkt? En analyse av norske pappabøker*. (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet, Trondheim.

Hochschild, A. R., & Machung, A. (2003). *The second shift*. New York: Penguin Books.

Hole, A. (2009). *Fremtidens fedre – en kvalitativ studie om unge menns holdninger til farskap og familieliv*. (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet, Trondheim.

Holmström, S. (1999). *Public Relations: Perspektiver & Paradigmer*. (Masteroppgave). Roskilde: Universitetscenter.

Holter, Ø. G., & Aarseth, H. (1993). *Menns livssammenheng*. Oslo: Gyldendal.

- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2005). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelige metode*. (3. utg). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal.
- Lappegård, T. (2003). Pappa til (hjemme) tjeneste – hvilke fedre tar fødselspermisjon? *Samfunnsspeilet*, 17(5), 49-54.
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Leira, A. (1992). *Welfare states and working mothers: The Scandinavian experience*. Cambridge: University Press.
- Lorentzen, J. (2012). *Fra farskapets historie i Norge: 1850-2012*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). *Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter*. Hentet 2. September, 2015 fra <http://www.lovdatabasen.no>.
- Luhmann, N. (2005a). *Sociale systemer: Grundrids til en almen teori* (2.utg.) (oversatt av J. Cederstrøm, N. Mortensen, & J. Rasmussen). København: Hans Reitzels forlag.
- Luhmann, N. (2005b). *Tillid – en mekanisme til reduktion af social kompleksitet* (3. utg.) (oversatt N. Mortensen). København: Hans Reitzel Forlag.
- Luhmann, N. (2007). *Indføring i systemteorien*. (oversatt av B. Christensen). København: Unge pedagoger.
- Lysbakken, A. (2011). *Frihet, Likhet, Farskap*. Oslo: Forlaget Manifest.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. 7 (2015-2016). (2016). *Likestilling i praksis- Likemuligheter for kvinner og menn*. Oslo: Det kongelige barne- og likestillingsdepartement.

Meld. St. 8 (2008-2009). (2009). *Om menn, mannsroller og likestilling*. Oslo: Det kongelige barne- og likestillingsdepartement.

Meld. St. 12 (2008-2009). (2009). *En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps, fødsels- og barselomsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.

Meld. St. 24 (2015-2016) (2016). *Familien – ansvar, frihet og valg- muligheter*. Oslo: Det kongelige barne- og likestillingsdepartement.

Meling, A. (2007). *Foreldres fordeling av omsorgsarbeid i barnets første leveår: en analyse av sammenhengene mellom diskurs, omsorgsarrangement, praksis og kompetanseutvikling*. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo.

Misvær, N. (2001). *Helsestasjonen på vekten: En brukerundersøkelse i Bærum med foreldre til 342 ett år gamle barn*. Bærum: Helsekontoret for barn og unge i Bærum kommune.

Morgan, D. L. (1997). *The Focus group guidebook*. London: Sage Publications.

NAV, (2015). *Foreldrepenger*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Familie/Venter+du+barn/Foreldrepenger>

Nordisk Ministerråd, (2005). *Prosjekter i et kjønns – og likestillingsperspektiv*. København: Nordisk Ministerråd.

NOU 1995:27 (1995). *Pappa kom hjem*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/6d606455c9434e779c217090876dad5/no/pd/fa/nou199519950027000dddpdfa.pdf>

NOU 2004:1 (2004). *Modernisert folketrygd— Bærekraftig pensjon for framtida*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-1/id383364/?ch=1&q=>

NOU 2007:6 (2007). *Formål for framtida — Formål for barnehagen og opplæringen*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2007-6/id471461/>

Plantin, L. (2001). *Män, familjeliv & föräldraskap*. Umeå: Borèa Bokforlag.

Rasmussen, T. (2003). *Luhmann- Kommunikasjon, medier, samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.

Reese-Schäfer, W. (2009). *Niklas Luhmann – en innføring*. (oversatt av T. Eriksen, & A. Eriksen). Oslo: Abstrakt forlag.

Regjeringen, (2015). *Likestilling mellom kjønna*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/likestilling-og-inkludering/likestilling-og-inkludering/likestilling-mellom-kjonna/id670481/>

Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlag.

Rikter-Svendsen, U. (2008). Verken riddere eller sutrekopp, *Familia*, 2008(2).

Rongevær, C. H. (2014). *Far på permisjon: Alene hjemme eller sammen med mor En undersøkelse av fedres praksiser i permisjonstiden*. (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet, Trondheim.

Røed, L. -L. (2008, 15. april). - Fars omsorg undervurdert. *Aftenposten*. Hentet 14. Mai 2013, fra <http://www.aftenposten.no/fakta/innsikt/--Fars-omsorg-undervurdert-6583275.html>

Sandnes, H. E. (2011, 3. februar). Gjør lite for å inkludere fedre. *Forskning.no*. Hentet 20. juli, 2014 fra <http://forskning.no/arbeid-barn-og-ungdom-kjonn-og-samfunn-likestilling/2011/02/gjor-lite-inkludere-fedre>

Skjøthaug, T. (2015, 7. januar). Fedre er gode i omsorg, ikke bare i lek. *Forskning.no*. Hentet 4. april, 2015 fra <http://forskning.no/blogg/om-og-barn-og-unge/fedre-ville-se-meg-hengt>

Statens helsetilsyn, (1998). *Undersøkelser i helsestasjons og skolehelsetjenesten*. (Rapport IK-2618). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/undersokelser_helsestasjonskolehelsetj_ik-2618.pdf

Stene, I. (2012). Tilbake til framtiden – Bevegelser i farskap når mor får psykiske vansker i forbindelse med fødsel. *Fokus på familien*, 40(4), 313-325.

Storhaug, A. S. (2015). *Barnevernets forståelse av farskap*. (Doktoravhandling). Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Sæther, I. G. (2014). *Gravid – kva så? Ei kvalitativ undersøkning av gravide sitt kvardagsliv, på jobb og heime*. (Masteroppgave). Universitetet i Bergen.

TNS Gallup, (2003). *Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge. Rapport fra brukerundersøkelse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Tyrkkö, A. (1999). *I skärningspunkten mellan arbetsliv och föräldraskap: En studie om livsformer i 1990-talets Sverige*. Stockholm: Arbeidslivsinstituttet.

Vartdal, C. (2014). *”Pappa, kom hjem” En diskursanalyse av debatten om fedrekvoten* (Masteroppgave). Fakultet for samfunnsvitenskap, Universitetet i Agder, Kristiansand.

Vollseth, G. (2011). *Familiepolitikens historie 1970 – 2000*. (NOVA Rapport 1/11). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2011/Familiepolitikens-historie-1970-til-2000>

Aadland, E. (2004). ” *Og eg ser på deg...* ” *Vitenskapsteori i helse – og sosialfag*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Aarseth, H. (2008). *Hjemskapningens moderne magi*. (Doktorgradsavhandling). Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

9. Vedlegg

1. Godkjenning fra NSD.
2. Intervjuguide
3. Informasjonsbrev til informantene
4. Basisprogram for svangerskapsomsorgen
5. Oversikt over anbefalt program per 21.12.04 for helsestasjonen for 0-1 år

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Sølvi Marie Risøy

Institutt for økonomi og administrasjon Høgskulen i Sogn og Fjordane

Postboks 133

6851 SOGNDAL

Vår dato: 25.03.2014

Vår ref: 38117 / 3 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.03.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

38117

Hva med far? En kvalitativ undersøkelse om fars erfaringer med helsestasjonen i svangerskapet og i barnets første leveår, sett ut fra fedrenes perspektiv

Behandlingsansvarlig

Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Sølvi Marie Risøy

Student

Tonje Eide Fluge

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

- Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontoret / District Offices

*OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36 nsdmaa@svuit.no*



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 38117

Det vil gjennomføres fokusgruppeintervjuer med et utvalg fedre som har barn under 3 år. Utvalget rekrutteres via ulike helsestasjoner og barnehager på Vestlandet. Personvernombudet legger til grunn at prosjektet klareres med de aktuelle helsestasjonene og barnehagene.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men følgende bør endres/tilføyes:

- setningen "Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert" endres til "Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt".
- setningen "Det vil ikke få konsekvenser for ditt forhold til helsestasjonen og/eller barnehagen om du velger å delta eller ikke" tilføyes

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no før utvalget kontaktes.

Det kan fremkomme enkelte opplysninger om tredjeperson i løpet av gruppeintervjuene. Det skal kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet. Opplysningene skal være av mindre omfang og ikke sensitive, og skal anonymiseres i publikasjon. Så fremt personvernulempen for tredjeperson reduseres på denne måten, kan prosjektleder unntas fra informasjonsplikten overfor tredjeperson, fordi det anses uforholdsmessig vanskelig å informere.

En ekstern transkriberingsassistent vil være databehandler for prosjektet. Høgskulen i Sogn og Fjordane skal inngå skriftlig avtale med denne personen, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>. Personvernombudet ber om kopi av avtalen for arkivering (sendes: personvernombudet@nsd.uib.no).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen i Sogn og Fjordane sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2014. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved:

- å slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- og slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- samt slette lydopptak

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer.

Vedlegg 2: Intervjuguide

Semi – strukturert intervjuguide:

Hva er fars behov for informasjon, opplæring og veiledning under svangerskapet og i barnets første leveår?

Opplever far at hans behov blir ivaretatt i møtet med helsestasjonen?

Innledendespørsmål:

1. Presentasjon av meg.
2. Presentasjon av deltagerne i gruppen. Fortell litt om deg selv. (Navn, antall barn).
3. Presentasjon av prosjektet, og gangen i intervjuet, min rolle som forsker.

Tema : Graviditeten

1. Hvordan vil dere beskrive det å vente barn.
Hvilken erfaring har dere, gi gjerne noen eksempler?
 - Hvilken rolle hadde dere i svangerskapet?
 - Hvilke utfordringer møtte dere på i graviditeten?
 - Kan du beskrive hvilke forventninger det har vært til deg som mann i graviditeten?
 - Hadde du et behov for informasjon, opplæring og veiledning under svangerskapet?
 - Hvordan vil du som mann være inkludert under graviditeten ?

Tema: Din erfaring i møte med jordmor/ helsesøster i helsestasjonen

2. Hvordan ble du sett og møtt? Kan dere beskrive noen opplevelser dere har hatt i møte med helsestasjonen i graviditeten vs. etter på?
 - Når hadde du din første kontakt med helsestasjonen?
 - Hvordan opplevdes kontakten
 - Hvordan mener du helsestasjonen ivaretar fars rolle i svangerskapet vs. etter på? Hva var bra, hva var dårlig. Er tilbudet tilpasset deg som far?
 - Hvordan har dere vært fulgt opp?
 - Inkludert godt/ dårlig
 - i forhold til andre barn
 - Hvor mye har dere anvendt helsestasjonen etter fødselen?
 - Noen grunn til at dere brukte helsestasjonen mye/lite?
 - Hvordan skulle du ønske du ble møtt av helsestasjonen?
 - Av jordmor på helsestasjonen
 - Av helsesøster på helsestasjonen
 - Hvordan opplever dere helsestasjonen som arena for nye sosiale nettverk? For deg som far..

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Fedres møte med svangerskapsomsorgen og helsestasjonen”.

Vil du delta i en gruppe på 6 menn som skal snakke sammen om hvordan de opplevde svangerskapsomsorgen og helsestasjonens tilbud til far i barnets første leveår?

Bakgrunn og formål

Bak forskningsprosjektet står Tonje Eide Fluge, masterstudent ved Organisasjon og leiling ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Masterprosjektet handler om fedres opplevelse og bruk av helsestasjonen under svangerskapet, og i barnets første leveår. Metoden jeg vil bruke er gruppeintervju og dybdeintervju av fedre som har barn yngre enn 3 år, og som er fra ulike kommuner i Hordaland.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Du samtykker i å delta ved å møte opp på intervjuet. Intervjuet vil bli gjort i form av et fokusgruppe intervju. Det vil si at du sammen med 5 andre fedre skal sitte i ca en time og samtale om ulike tema som omhandler helsestasjonens tilbud til far i graviditeten og etter barnet er født. Under intervjuet vil jeg bruke lydopptaker og ta notater. Det ønskes også fedre til et dybdeintervju hvor det er meg som forsker og deg som far som snakker om de samme temaene som ved fokusgruppe intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke få konsekvenser for ditt forhold til helsestasjonen og / eller barnehagen om du velger å delta eller ikke. Alle deltagerne i studien vil få fiktive navn slik at andre som ser den ferdige oppgaven ikke skal kjenne igjen noen av deltagerne.

Informasjonen jeg får inn vil kun være tilgjengelig for meg som forsker, for veileder og for en databehandler som har taushetsplikt over for deg som informant og de opplysningene han skal omforme fra lydfil til skrift. Personopplysningene dine er det kun jeg som forsker som har tilgang til og de vil slettes når oppgaven er ferdig levert og godkjent. Prosjektet skal etter planen være ferdig innen 31.12.14.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg og opplysningene du gir bli fjernet fra oppgaven og slettes.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg på tlf. 41666978 eller e-post: tonje-f@online.no.

Du kan også kontakte min veileder, førsteamanuensis Sølvi Marie Risøy ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for samfunnsfag, Institutt for barnevern, sosionom og vernepleie. Tlf: 41123871 eller e-post: solvi-marie.risoy@hisf.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Fedres møte med svangerskapsomsorgen og helsestasjonen”.

Vil du delta på et dybdeintervju hvor vi skal snakke sammen om hvordan du som mann opplevde svangerskapsomsorgen og helsestasjonens tilbud til far i barnets første leveår?

Bakgrunn og formål

Bak forskningsprosjektet står Tonje Eide Fluge, masterstudent ved Organisasjon og leiling ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Masterprosjektet handler om fedres opplevelse og bruk av helsestasjonen under svangerskapet, og i barnets første leveår. Metoden jeg vil bruke er gruppeintervju og dybdeintervju av fedre som har barn yngre enn 3 år, og som er fra ulike kommuner i Hordaland.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Du samtykker i å delta ved å møte opp på intervjuet. Intervjuet vil bli gjort i form av et dybde intervju. Det vil si at du sammen med meg skal sitte i ca en time og samtale om ulike tema som omhandler helsestasjonens tilbud til far i graviditeten og etter barnet er født. Under intervjuet vil jeg bruke lydopptaker og ta notater.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke få konsekvenser for ditt forhold til helsestasjonen og / eller barnehagen om du velger å delta eller ikke. Alle deltagerne i studien vil få fiktive navn slik at andre som ser den ferdige oppgaven ikke skal kjenne igjen noen av deltagerne. Ditt forhold til helsestasjonen vil ikke påvirkes av din deltagelse i studien.

Informasjonen jeg får inn vil kun være tilgjengelig for meg som forsker, for veileder og for en databehandler som har taushetsplikt over for deg som informant og de opplysningene han skal omforme fra lydfil til skrift. Personopplysningene dine er det kun jeg som forsker som har tilgang til og de vil slettes når oppgaven er ferdig levert og godkjent. Prosjektet skal etter planen være ferdig innen 31.12.14.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg og opplysningene du gir bli fjernet fra oppgaven og slettes.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg på tlf. 41666978 eller e-post: tonje-f@online.no.

Du kan også kontakte min veileder, førsteamanuensis Sølvi Marie Risøy ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for samfunnsfag, Institutt for barnevern, sosionom og vernepleie. Tlf: 41123871 eller e-post: solvi-marie.risoy@hisf.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vedlegg 4: Basisprogram for svangerskapsomsorgen

Tittel: Oversikt over basisinnhold for svangerskapskontroll (Retningslinjer for svangerskapsomsorgen, 2005. s.44-45).

<p>Identifisere gravide som vil ha behov for oppfølging hos spesialist eller fødepoliklinikk</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> Hypertensjon og eller hjertesykdom • <input type="checkbox"/> Nyre- og eller urinveissykdom • <input type="checkbox"/> Alvorlig astma og eller lungesykdom • <input type="checkbox"/> Funksjonsnedsettelse • <input type="checkbox"/> Epilepsi og eller nevrologisk sykdom • <input type="checkbox"/> Diabetes • <input type="checkbox"/> Endokrin sykdom • <input type="checkbox"/> Hematologiske forstyrrelser • <input type="checkbox"/> Autoimmun sykdom • <input type="checkbox"/> Kreft • <input type="checkbox"/> HIV • <input type="checkbox"/> Rusmisbruk • <input type="checkbox"/> Andre sykdommer (vurderes) • <input type="checkbox"/> KMI <18,5 og KMI >30 • <input type="checkbox"/> Psykisk sykdom <p>- og kvinner med følgende tilstander</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Tilhører utsatt eller sårbar gruppe eller utsatt for traumatiske opplevelser • <input type="checkbox"/> Tidligere keisersnitt • <input type="checkbox"/> Alvorlig preeklampsi, HELLP (hemolyse elevated liver enzymes low platelet count) eller eklampsi • <input type="checkbox"/> Tre eller flere tidlige spontanaborter, tidligere prematur fødsel eller spontanabort i annet trimester • <input type="checkbox"/> Neonatalt dødsfall eller dødfødsel • <input type="checkbox"/> Tidligere barn med medfødt anomali • <input type="checkbox"/> Tidligere SGA (small for gestation age) eller LGA (large for gestation age) barn • <input type="checkbox"/> Arvelige tilstander i familien • <input type="checkbox"/> Omskårne kvinner • <input type="checkbox"/> Primærinfeksjon herpes genitales <p>Disse kvinnene vil sannsynligvis ha behov for hyppigere oppfølging, og med et innhold</p>	<p>Svanger skapsuke</p> <p>8-12</p>	<p>Innhold i kontrollene:</p> <p>Ved første kontroll bør jordmor eller lege informere kvinnen om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Svangerskapskontrollene • <input type="checkbox"/> Levevaner som for eksempel kosthold, fysisk aktivitet og alkohol <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Veiing og beregning av KMI • <input type="checkbox"/> Røykeavvenningsopplegg for kvinner som røyker eller nylig har sluttet å røyke • <input type="checkbox"/> Trygde- og tilretteleggingsordninger for gravide • <input type="checkbox"/> Muntlig informasjon bør støttes med tilbud om svangerskapskurs, og skriftlig kunnskapsbasert informasjon • <input type="checkbox"/> Veiledning om anbefalte rutineundersøkelser • <input type="checkbox"/> At hun bør forstå hensikten med alle prøver og undersøkelser før hun gir sitt tilsagn til at de utføres • <input type="checkbox"/> At vi anbefaler henne å ta folsyretilskudd (400 mikrogram daglig), helst 4 uker før svangerskapet og de første 12 ukene i svangerskapet • <input type="checkbox"/> At hun bør oppbevare helsekortet selv • <input type="checkbox"/> At resultatene av alle prøvene, og prøvesvar skal påføres helsekortet, og at kvinnen skal være inneforstått med resultatene • <input type="checkbox"/> Tilbud om genetisk fosterdiagnostikk og genetisk veiledning på indikasjon <p>Leger og jordmødre bør anbefale følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <input type="checkbox"/> Screening for anemi: ta hemoglobin på første kontroll og i svangerskapsuke 28. ○ <input type="checkbox"/> Blodtyping, Rhesus-status, antistoffer, rubella immunitet, HIV, syfilisserologi ○ <input type="checkbox"/> Hepatitt B og C på indikasjon ○ <input type="checkbox"/> Urinprøve som screening for asymptomatisk bakteriuri bør kun anbefales kvinner som har hatt plager med gjentatte urinveisinfeksjoner ○ <input type="checkbox"/> Ultralyd i svangerskapsuke 17-19 for å vurdere gestasjonsalder, identifisere flerlinger, morkakens beliggenhet, og strukturelle anomalier ○ <input type="checkbox"/> Undersøkelser ved første kontroll bør inkludere måling av kroppsmasseindeks (KMI), protein- og glukosuri og blodtrykk ○ <input type="checkbox"/> Vurdering av risiko for sigdcelleanemi eller talassemi ○ <input type="checkbox"/> Klamydia hos kvinner <25 år eller på indikasjon <p>Kvinnen og paret oppfordres til å fortelle</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>som ligger utenfor omfanget av disse retningslinjene.</p> <p>Det bør allikevel tilstrebes å oppnå kontinuitet, det vil si oppfølging av så få personer som mulig i svangerskapsomsorgen.</p>		<p>om andre forhold som kan være viktig for svangerskapet, fødselen og barseltiden, som for eksempel tidligere ammeerfaring og fødsler.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

18	Ultralydundersøkelse
24	SF-høyde + BT + veiing + sjekk av protein- og glukosuri Kjent liv og eller auskultasjon av fosterhertelyden
28	SF-høyde + BT + veiing + sjekk av protein- og glukosuri Hb Rh-negative: Antistoffkontroll Kjent liv og eller auskultasjon av fosterhertelyden
32	SF-høyde + BT + veiing + sjekk av protein- og glukosuri Kjent liv og eller auskultasjon av fosterhertelyden Amming
36	SF-høyde + BT + veiing + sjekk av protein- og glukosuri Kontroll av leie. Hvis mistanke om seteleie, henvis til ultralyd og vurdering av utvendig vending. Rh-negative: Ny antistoffkontroll Kjent liv og eller auskultasjon av fosterhertelyden
38	SF-høyde + BT + veiing + sjekk av protein- og glukosuri Kjent liv og eller auskultasjon av fosterhertelyden Kontroll av leie
40	SF-høyde + BT + veiing + sjekk av protein- og glukosuri Kjent liv og eller auskultasjon av fosterhertelyden Kontroll av leie
41	SF-høyde + BT + veiing + urinstiks for protein- og glukosuri Kjent liv og eller auskultasjon av fosterhertelyden Kontroll av leie Henvis til overtidsvurdering
<p>Innholdet bør tolkes i tråd med de fullstendige retningslinjene for svangerskapsomsorgen og vurderes i forhold til den enkelte gravide</p>	

Vedlegg 5: Oversikt over anbefalt program per 21.12.04 for helsestasjonen for 0-1 år
(Helsedirektoratet 2004 Veileder IS 1154 s.54-55).

Alder/ Kontakt	Foreldreveiledning / helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser A = anamnese	Vaksinasjon
0-2 uker Hjemmebesøk	<ul style="list-style-type: none"> • Temaer som foreldrene ønsker å ta opp • Barnets trivsel og vektøkning • Amming, annen ernæring • Samspill, jf "Tidlig samspill" – veileder for helsepersonell, Q-0925 • Fødselsopplevelser, foreldrerolle, familiesituasjon og sosialt nettverk • Mors fysiske og psykiske helse • Barnestell og -utstyr, barneulykker • "Røykfrie barn", inneklima, rusmidler, krybbedød • Trygdeytelser • Etterkontroll, prevensjon (evt. overføre tema til 6 uker) • Informasjon om vaksine til risikogrupper <p>Gjennomgang av familieanamnese, svangerskap og fødsel. (A)</p>	<p>Gjennomgang av helsekortet, påfør funn som gir grunnlag for oppfølging.</p> <p>Hud: icterus, inspeksjon av navle og anamnese ift. hudsykdommer og atopi (A)</p> <p>Hals: torticollis</p> <p>Atferd/kontakt: barnets temperament og initiativ til kontakt</p> <p>Bevegelsesmønster: Symmetri?</p> <p>Hyper-/ hypotoni?</p> <p>Syn: blikkontakt</p> <p>Hørsel: hørselreaksjon</p>	
2-4 uker Gruppekonsultasjon	Etablere barsegruppe/nettverksgruppe	Vekt: På indikasjon (og etter foreldrenes ønske)	
6 uker Individuell- / gruppekonsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming, annen ernæring, vitaminer • Mors fysiske og psykiske helse • Samspill, jfr. "Tidlig samspill" – veileder for helsepersonell, Q-0925 • Søvn • Barnestell, barneulykker/skader • "Røykfrie barn", inneklima • Informere om vaksineprogrammet <p>Gjennomgang av familieanamnese, svangerskap og fødsel</p>	<p>Gjennomgang av helsekortet, påfør funn som gir grunnlag for oppfølging.</p> <p>Syn: blikkontakt, rød refleks, strabisme</p> <p>Hørsel: hørselreaksjon (A)</p> <p>Hals: torticollis</p> <p>Hjerte: auskultasjon, cyanose/økt trettbarhet (A)</p> <p>Lunger: tachypne (inspeksjon + A)</p> <p>Kjønnsorganer hos gutter: testisdescens</p> <p>Hode: inspeksjon av hodeform, palpasjon av fontaneller og hodeomkrets</p> <p>Hofter/ekstremiteter:</p>	Evt. Hep B og BCG til risikogrupper

		<p>abduksjonstest i hofter, fotdeformiteter, bevegelse i armer og ben/symmetri Utvikling og kontaktevne: Har barnet en utvikling som forventet mht. sosial funksjon/kontakt, fin-/grovmotorikk? Lengde og vekt: Rutinemessig vektmåling. Lengde på indikasjon</p>	
3 måneder Gruppekonsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming, annen ernæring • Språk, kommunikasjon • Søvn • Barneulykker/skader, inneklima, "Røykfrie barn" • Vanlige infeksjonssykdommer, vaksineinformasjon 	<p>Syn: følger gjenstander med øynene Hørsel: hvordan reagerer barnet på lyd? (A) Hofter/ekstremiteter: evt. abduksjonstest, fotstilling Lengde/vekt: på indikasjon (og ved foreldreønske) Hode: hodeomkrets Utvikling og kontaktevne: Sosial funksjon/kontakt Fin- og grovmotorikk</p>	DTP, Hib og Polio
4 måneder Gruppekonsultasjon		<ul style="list-style-type: none"> • Etter gruppens behov og ønsker Lengde/vekt: på indikasjon (også ved foreldreønske) Hode: hodeomkrets 	
5 måneder Individuell/ gruppekonsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming /morsmelk, annen ernæring • Samspill, jfr. "Tidlig samspill" – veileder for helsepersonell, Q-0925 • Barnets behov og praktisk omsorg • Tannhelse: kosthold, tannstell og gode vaner • Språk, kommunikasjon • Søvn • Sosialt nettverk • Vaksineinformasjon 	<p>Lengde/vekt: på indikasjon (også ved foreldreønske) Hode: hodeomkrets Motorisk (fin- og grov) og psykososial utvikling</p>	DTP, Hib og Polio
6 måneder Individuell/ gruppekonsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming, annen ernæring • Kosthold • Samspill, jfr. "Tidlig samspill" – veileder for helsepersonell, Q-0925 • Familieforhold • Språk, lek • Barneulykker/ skader 	<p>ser? Interesse for gjenstander i rommet? Strabisme Ører/hørsel: A: Inntrykk av at barnet hører? Snur hodet etter lyd? Foreldreinformasjon Distraksjonstest, PAT. (eller BOEL ved 7-8 mnd) Hjerte: auskultasjon, anamnese</p>	

		<p>Hode: hodeomkrets Hofter: abduksjonstest Lengde/vekt: rutinemessig lengde, vekt på indikasjon Utvikling og kontaktevne: Sosial funksjon/ kontakt, Fin-/grovmotorikkutvikling Øyne/syn: A: Inntrykk av at barnet</p>	
7-8 måneder Individuell/ gruppekonsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming • Kosthold • Tenner • Tilknøyting – løsrivelse • Språk, lek, • Barneulykker • Sosialt nettverk • Forberedelse til evt. arbeidsliv <p>Øyne/syn: A: Inntrykk av at barnet</p>		
7-8 måneder Individuell/ gruppekonsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Språk, lek, • Barneulykker • Sosialt nettverk • Forberedelse til evt. arbeidsliv • Amming • Kosthold 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenner • Tilknøyting – løsrivelse <p>Øyne/syn: A: Inntrykk av at barnet ser? Interesse for gjenstander i rommet? Strabisme (A) Hørsel: A: Inntrykk av at barnet hører? Snur hodet etter lyd? Distraksjonstest, BOEL Hode: hodeomkrets Utvikling og kontaktevne: Sosial funksjon/ kontakt, Fin-/grovmotorikkutvikling</p>	
10 måneder Individuell/ gruppekonsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming/ evt. avvenning • Tilknøyting/løsrivelse • empatiutvikling • Kosthold • Søvn • Språk 	<p>Lengde/vekt: på indikasjon (også foreldreønske) Hode: hodeomkrets Utvikling og kontaktevne: Sosial funksjon/ kontakt, Fin-/grovmotorikkutvikling</p>	
11-12 måneder Individuell/ gruppekonsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Søvn • Språk • Barneulykker/skader • Tannhelse: kosthold, tannstell • Selvstendighetstrening • Vanlige sykdommer • Vaksineinformasjon • Barns reaksjoner på foreldres bruk av rusmidler • Samspill 	<p>Syn: A: Inntrykk av at barnet ser? Interesse for gjenstander på avstand (A), skjeling Hørsel: A: Inntrykk av at barnet hører, selv svake lyder? Snur hodet etter lyd? (A) Hjerte:auskultasjon + A Lunger:A:Obstruktive episoder? Foreldres røyking? Hofter:abduksjonstest</p>	DTP, Hib og Polio

		<p>Kjønnsorganer, gutter: testes descendert</p> <p>Utvikling og kontaktevne: Har barnet en utvikling som forventet mht. sosial funksjon/kontakt, fin-/grovmotorikk?</p> <p>Hode: hodeomkrets</p> <p>Lengde/vekt: vekt og lengde</p> <p>Laboratorieprøver: Hgb av barn fra utenomvestlige land, ellers på liberal indikasjon</p>	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--