

# Fedre ønsker en mer aktiv rolle i svangerskapsomsorgen og på helsestasjonen

Farsrollen har endret seg, og fedrene har blitt mer aktive i barneomsorgen. Likevel kan de føle seg ekskludert under graviditeten, fødselen og oppfølgingen på helsestasjonen.

## Forfattere

### Beate Solberg

Helsesøster  
Gjøvik kommune

### Kari Glavin

Professor  
VID vitenskapelige høgskole

## Nøkkelord

Førstegangsfedre

Svangerskapsomsorgen

Helsestasjonstjenesten

Kvalitativ studie

Sykepleien Forskning 2018 13(72006)(e-72006)  
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.72006>

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten har de siste årene endret seg fra kun å fokusere på mor–barn til å skulle inkludere hele familien. Samtidig har farsrollen endret seg, og fedre er blitt mer aktive i barneomsorgen. Til tross for dette er mødre fortsatt hovedbrukere av helsetjenestene. Det er forsket lite på hvordan fedre føler seg ivaretatt i møte med helsetjenestene, og på hva som skal til for å øke deltakelsen deres.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å beskrive førstegangsfedres opplevelse av møtene med svangerskapsomsorgen, føde- og barselomsorgen og helsestasjonstjenesten gjennom svangerskapet, fødselen og barnets tre første levemåneder.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design og omfatter ni individuelle intervjuer med førstegangsfedre. Vi foretok en kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet.

**Resultat:** Vi identifiserte to kategorier som beskriver fedrenes møte med helsetjenestene: utenforskap og inkludering. Utenforskap beskrives gjennom underkategoriene ekskludering og overstyring. Inkludering omhandler fedrenes opplevelse av tilpasning og deltakelse i tjenestene.

**Konklusjon:** Studien beskriver helsetjenester der fedre opplever varierende grad av inkludering. Tjenestene fokuserer i hovedsak på mor og barn, selv om familieperspektivet burde være gjeldende. Fedre ønsker en mer aktiv rolle og større grad av inkludering, både under graviditeten, fødselen og oppfølgingen på helsestasjonen. For å få til en slik inkludering må helsetjenestene i større grad vektlegge fedre som selvstendige og likestilte omsorgspersoner. De må også legge bedre til rette for å gjøre det mulig for fedre å delta.

Svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten har vært gjennom betydelige endringer de siste årene.

Tjenestene har endret seg fra å fokusere på et rent mor–barn-tilbud til å skulle inkludere hele familien.

Kjønnsperspektivet, menns behov og brukermedvirkning skal være sentrale faktorer i utformingen av helsetjenestene, og veiledning skal ha søkelyset på begge foreldrene (1–3).

Farsrollen utvikles, og utviklingen skjer i takt med at mannens oppgaver endres, både i familien og samfunnet. Familie- og samlivsmønsteret endres og innebærer i dag flere ulike samlivsformer.

Familiebegrepet utvides og inkluderer i dag gjerne flere personer og sammensetninger enn den tradisjonelle kjernefamilien. Det moderne farskapet innbefatter også en farsrolle som er uavhengig av seksuell legning og etnisk bakgrunn (4, 5).

## **Endret familiemønster**

Familiemønsteret har beveget seg fra kjernefamilie mot den symmetriske familien. Familiens funksjon har endret seg fra produksjonsenhet, via industrisamfunnet og husmorsamfunnet til dagens familie preget av likhet, jevnbyrdighet og gjensidighet mellom kjønnene.

Barnehagepolitikk, kvinners økende deltakelse i arbeidslivet og innføring av fedrekvoten har bidratt til at kjønnsrollene har endret seg og blitt mer fleksible. Menn som starter familie i dag, skal forme sin egen farsrolle og balansere mellom utearbeid, barneomsorg, husarbeid samt yrkes- og fritidsinteresser på lik linje med kvinner (4, 6, 7).

Det å bli foreldre er en stor livsovergang og innebærer en rekke endringer for begge kjønn (8), deriblant psykologiske forandringer, endret oppmerksomhet i livet, nye roller og endret forhold til partneren (9–11). Formålet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og helsestasjonstjenesten er å bidra til at foreldrene opplever trygghet og mestring i foreldrerollen (2).

Til tross for et økende engasjement fra fedre når det gjelder omsorg for egne barn, er det fortsatt mødre som hovedsakelig følger barna til helsestasjonskonsultasjoner (5, 12). Å få far mer aktiv og deltakende vil være til det beste for barna og familien og i tråd med nasjonale og politiske intensjoner (2, 3).

## **Hensikt med studien**

Hensikten med denne studien er å beskrive hvordan førstegangsfedre opplever møtet med helsetjenestene gjennom svangerskapet, fødselen og barnets tre første levemåneder.

I artikkelen belyser vi følgende forskningsspørsmål: Hvordan opplever førstegangsfedre møtet med helsetjenesten (svangerskapsomsorgen, føde- og barselavdelingen samt helsestasjonstjenesten) under svangerskapet, under fødselen og i barnets tre første levemåneder?

## **Metode**

Studien har et kvalitativt design med intervju som datainnsamlingsmetode.

## **Utvalg**

Informantene utgjør et strategisk utvalg (13). De ble rekruttert av helsesøstre ved fire helsestasjoner i en mellomstor kommune på Østlandet. Helsesøstrene presenterte studien for fedrene under hjemmebesøket eller seksukerskonsultasjonene. Totalt 73 fedre med nyfødte som oppfylte inklusjonskriteriene i prosjektperioden, fikk fortløpende tilbud om å delta i studien.

Inklusjonskriteriene var følgende: De måtte være førstegangsfedre og ha tilfredsstillende norskkunnskaper. Barnets alder måtte være cirka tre måneder på intervjutidspunktet.

Vi kontaktet informantene fortløpende etter hvert som de takket ja til å delta. Informert samtykke ble innhentet og intervjuer avtalt. Vi avsluttet rekrutteringen da det ikke lenger kom frem nye momenter, altså da vi opplevde metning i data (13). Dette metningspunktet ble nådd etter ni gjennomførte intervjuer.

Informantene hadde en gjennomsnittsalder på 30,7 år. Alle var etnisk norske med sivilstatus gift eller samboer. Tre hadde utdanning fra videregående skole og seks fra høyskole eller universitet. De hadde i gjennomsnitt vært sammen med barnets mor i fem år før fødselen. Barnet alder var i snitt 15 uker på intervjutidspunktet.

Samtlige informanter hadde deltatt på én konsultasjon eller flere konsultasjoner hos en jordmor eller helsesøster. Tre av fedrene hadde deltatt på alle konsultasjonstypene, det vil si hjemmebesøk, seksukers- og tremånederskontroll på helsestasjonen. Samtlige fedre hadde deltatt på fødselen.

## **Datainnsamling og gjennomføring**

Førsteforfatteren gjennomførte intervjuene. Intervjuene hadde utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide som besto av totalt seks åpne hovedspørsmål med utdypende oppfølgingsspørsmål (tabell 1). Alle hovedspørsmålene hadde forankring i forskningsspørsmålet (14).

**Tabell 1.** Hovedspørsmål i intervjuguiden

---

Kan du fortelle hvordan du opplevde svangerskapet?
Kan du fortelle hvordan du opplevde fødselen?
Kan du fortelle hvordan du opplevde den første tiden etter fødselen?
Kan du fortelle hvordan du opplevde de første seks ukene etter fødselen?
Hvordan opplever du din rolle nå etter tre måneder?
Hvordan er din opplevelse av helsestasjonstjenesten?

---

Under intervjuene fortalte informantene i stor grad fritt ut fra hovedspørsmålene. Derfor benyttet vi få oppfølgingsspørsmål. Samtlige intervjuer inneholder momenter fra alle hovedspørsmålene.

Vi gjennomførte et pilotintervju for å teste intervjuguiden og få erfaring med intervju som metode. Det førte ikke til noen endringer i guiden. Pilotintervjuets hovedhensikt var å teste intervjuguiden, intervjumetoden og -teknikken. Siden den fokuserte mer på prosess og forbedring enn innhold, ble den ikke inkludert i selve studien.

Intervjuene foregikk i perioden mai til desember 2016. Intervjuene varte mellom 45 og 75 minutter. Vi gjennomførte dem på nøytrale, uforstyrrede møterom: åtte i helsestasjonslokaler og ett på informantens arbeidsplass. Intervjuene ble tatt opp på bånd.

Vi transkriberte intervjuene fortløpende. Etter transkribering gjennomgikk og sammenliknet vi lydopptakene med nedskrevet tekst på nytt, for å sikre kvaliteten.

## **Personvern og etikk**

Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og dens hensikt. All deltakelse var frivillig. Informantene samtykket skriftlig med mulighet for å trekke seg underveis. Vi anonymiserte dataene og behandlet dem konfidensielt. Forfatterne deltok ikke i rekrutteringen eller kjente informantene fra før. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (prosjektnummer 47652) og er gjennomført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer (15).

## **Analyse**

Analysen følger Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse (16). Metoden er egnet til å analysere kvalitative data der hensikten er å beskrive informantenes opplevelser. Analysemetoden omfatter datamaterialets manifeste og latente innhold og har en induktiv tilnærming. Det manifeste innholdet utgjør informantenes direkte utsagn. Det latente er det som sies implisitt, og som innebærer rom for fortolkning. Analysen var en stegvis prosess gjennom fem trinn. Alle intervjuene ble først gjennomlest, og meningsbærende enheter identifisert. Deretter kondenserte og kodet vi enhetene. Vi sorterte og samlet kodene i underkategorier og deretter kategorier (tabell 2).

**Tabell 2.** Eksempel på kvalitativ innholdsanalyse – kategorien «utenforskap»

Meningsbærende enheter			
For du sitter på en måte helt utenfor og observerer.	Det er mor som er i fokus, vi er på en måte bare bistående i samtalen. Spør litt, og så prøver man å være deltakende, men fokuset er på mor. Så man blir på en måte litt sånn ... tilskuer.	Så retter jordmora blikket mot far ... du føler at du er på en måte sydebukk, og du skal tilrettelegge alt for at den som er gravid skal trives og ha det fint, og alt dette her. Så det er litt sånn at du føler at noen utenfra kommer og sier at: «nå må du være snillere med henne» eller «hun kan ikke gjøre sånn» og så videre.	Rett før hun skulle gå, sier hun at han veide for lite og «ha det bra». Du bør ikke si en sånn ting og så stikke rett før helgen. «Han må veies liksom om tirsdagen, for han veier for lite.» Og så bare sitter du der og – hva mente hun egentlig? Er han underernært? Jeg synes han virker fornøyd.
↓			
Kondenserte enheter			
Sitter utenfor og observerer.	Mor er i søkelyset på svangerskapskontrollen. Far bistår i samtalen, spør litt og prøver å være deltakende. På en måte en tilskuer.	Far som sydebukk for mors plager. Du skal tilrettelegge for at den gravide skal trives og ha det fint. Får pekefinger fra noen utenfra om hva du skal gjøre.	Helsesøsteren sier på hjemmebesøket at barnet veier for lite og går. Veies igjen på tirsdag. Hva mente hun? Er han underernært? Jeg opplever at han er fornøyd.
↓			
Koder			
Observatør	Tilskuer	Pekefingermentalitet	Ulik virkelighetsoppfatning
↓			
Underkategorier			
Ekskludering	Ekskludering	Overstyring	Overstyring
↓			
Hovedkategori			
Utenforskap			

## Resultater

Analysen av intervjudataene resulterte i to hovedkategorier som beskriver fedrenes møte med helsetjenestene i svangerskapsomsorgen, under fødselen og på helsestasjonen (her kalt profesjonsmøtet): utenforskap og inkludering.

### Utenforskap

Hovedkategorien «utenforskap» omhandler to underkategorier: «ekskludering» og «overstyring».

### Ekskludering

I møte med samtlige helsetjenester opplevde fedrene et utenforskap, både i mor–barn-relasjonen og i relasjonen mor–helsepersonell. De beskrev ofte seg selv kun som fysisk til stede. De deltok på konsultasjoner, men følte seg likevel ikke inkludert:

«Det er ikke pappafiendtlig, men det er mest fokus på mor og barn.»

«De spør sånn i forbifarten: ‘Hvordan går det med far?’ De hadde små sidespørsmål, men 80 til 90 prosent er mor. Vi får en stol bak mor, og så sitter vi sammen.»

Mor og barn hadde hovedoppmerksomheten. Far følte seg som den minst viktige i profesjonsmøtene. Fedrene beskrev en sårbarhet i dette. De hadde et ønske om å være inkludert, men likevel ingen forventning om det:

«De gangene jeg var der, henvendte de seg ikke til meg. Men, det er vel kanskje naturlig?»



## «Det hadde vært fint om noen spurte: ‘Hvordan går det?’»

Far (informant)

Fedrene beskrev sin rolle med ord som «tilskuer», «bistående i samtalen», «co-pilot», «observatør», «hjelper» og «støttespiller». Samtlige uttrykte et ønske om og et behov for å bli sett ut fra en selvstendig rolle overfor barnet:

«Det hadde vært fint om noen spurte: ‘Hvordan går det?’»

Fedrene opplevde likevel at de fikk mulighet til å stille spørsmål på helsekontroller, og ble spurt om egne meninger. Involveringen i svangerskapsomsorgen omhandlet i stor grad hvordan mor hadde det, og helsestasjonstjenestens oppmerksomhet var i hovedsak rettet mot barnet. Få opplevde å få spørsmål om sin egen situasjon og opplevelse.



Fedrene kjente seg uforberedt dersom de fikk direkte spørsmål og syntes det var vanskelig både å svare og stille spørsmål tilbake. De beskrev også at de hadde liten tro på at deres meninger var viktige:

«Jeg fikk mulighet til å stille spørsmål, men det kom så brått på at jeg ikke fikk tenkt så mye ...»

Fedrene opplevde ikke at helsestasjonstjenesten var tilrettelagt for dem og følte det unaturlig å ta initiativ til å oppsøke helsestasjonen alene. De ville møtt på konsultasjoner alene hvis det var en del av det faste programmet. Det at de deltok på konsultasjonene, var like mye en støtte for mor som av egen interesse. Helsestasjonstjenesten ble beskrevet som et kvinnesamfunn:

«Jeg er egentlig mest med som støttespiller for mor når hun trenger det. Hun spør om jeg kan være med når det er sprøyter.»

Helsetjenestene var ikke et naturlig sted å søke informasjon. Internett var hovedkilden for kunnskap, deretter mor og til slutt venner og familie. Alle kom før helsetjenestene:

«Jeg tenker at dette kan jeg sjekke ut senere, finne ut på egen hånd.»

Ekskludering omfattet også lite tilrettelagte tjenester for fedre i arbeid. Flere fedre etterspurte tilpassede åpningstider, for eksempel på kveldstid. Fedrene ønsket å inviteres med på konsultasjoner og mente det var viktig at helsepersonell formidlet at faren var ønsket som deltaker.

Fedrene var usikre på sin egen rolle under hjemmebesøkene. Flere opplevde at helsesøsteren var utydelig om hvorvidt faren skulle delta eller ikke. Et par fedre valgte å gjøre andre oppgaver i huset fordi de var usikre på om de skulle delta i samtalen eller ikke.

## **Overstyring**

En annen faktor i utenforskapet var opplevelsen av å bli overstyrt av helsepersonellet. Flere beskrev at de hadde dårlig samvittighet for at de ikke gjorde nok for å tilrettelegge og støtte kvinnene i hverdagen. En far følte seg utpekt som «syndebukk» for kvinnens svangerskapsplager.

Fedrene beskrev en viss grad av overvåkning av hvorvidt de gjorde en god nok jobb. De beskrev en sårbarhet når det gjaldt bemerkninger de oppfattet som kritikk. En far kalte dette «pekefingermentalitet» fra helsepersonellet, der noen utenfra kritiserte hans måte å håndtere sine nærmeste på. Denne kritikken skapte avstand til hjelpeapparatet. Tilliten til helsetjenesten var i stor grad mer avhengig av relasjonen til enkeltpersoner enn av systemet:

«Det hjelper ikke om de er dyktige hvis de ikke innehar personlige egenskaper til relasjonsbygging.»

Fedrene følte trygghet hvis de hadde god kjemi med helsepersonellet, og hvis helsepersonellet formidlet god fagkompetanse. De kjente seg også trygge når de følte at deres egne bekymringer ble tatt på alvor, og når deres egen oppfatning av situasjonen samsvarte med personalets oppfatning.

## **Inkludering**

Hovedkategorien «inkludering» omfatter underkategoriene «deltakelse» og «tilpasning».

### **Deltakelse**

Fedrene syntes konkrete og praktiske oppgaver, særlig i forbindelse med fødsel, følte involverende og trygt. Å ha ansvar for ting som kalde kluter, mat, drikke, lakenbretting og liknende medførte trygghet i en ukjent situasjon:

«De så oss absolutt hele tiden, begge to, under fødselen. Fulgte med og ga meg oppgaver: 'Nå kan du gjøre det.' Jeg følte at nå kunne jeg gjøre noe. Endelig!»

Fedrene beskrev noen jordmødre som ivaretakende under fødselen. Det var de som tilrettela for at faren kunne delta praktisk samt fremsto som klare og tydelige:

«Jeg ble på en måte jordmor nummer to.»

Det var viktig for fedrene å motta informasjon underveis i fødselsprosessen, særlig ved uforutsette hendelser. Fedrene beskrev at de var mer inkludert under selve fødselen enn i tiden før og etter. Det å få mulighet til å være sammen med mor og barn på barselavdelingen, gjerne på et familierom, føltes inkluderende:

«Viktig at jeg ikke blir en tredjeperson som bare sitter der, men at de spør litt om vårt ståsted. Ellers føler jeg jo at det ikke er noen vits i at jeg er med.»

I hvilken grad fedrene kjente seg involvert og invitert inn i samtalene, avgjorde om de deltok på videre konsultasjoner.

### **Tilpasning**

Samtlige fedre beskrev profesjonsmøtene som positive totalt sett til tross for at de opplevde utenforskap.

Fedrene syntes det var positivt med god struktur og et fast program for kontroller. Fedrene ønsket konkret og tydelig informasjon samt direkte svar. Særlig under svangerskapet ønsket fedrene å bli inkludert mer med oppmerksomhet på egen rolle, uavhengig av mor.

Fedrene hadde et ønske om at deres egen rolle skulle være tema for samtale. Flere kom med forslag om egne fedrekonsultasjoner fordi de så et behov for slike konsultasjoner, både under svangerskapet og i barseltiden. Konsultasjonene skulle da omhandlet fedrenes rolle, psykisk helse og hvordan de kunne støtte mor og barn best mulig. Flere mente at enkelte temaer, som psykisk helse og hverdagskrav, var vanskelige å snakke om med partneren til stede, og at de ville få bedre støtte gjennom enkeltsamtaler alene:

«Kall det gjerne en far-og-barn-time for å få litt tips og råd, eller bare 'løsne litt på hjertet'.»



## «Fedrene hadde et ønske om at deres egen rolle skulle være tema for samtale.»

Få hadde opplevd å få direkte spørsmål om sin egen psykiske helse. Når moren hadde utfordringer, syntes fedrene det var vanskelig å snakke om det når moren var til stede:

«Det er utfordrende og vanskelig å ta opp temaer som gjelder dette ... det en føler.»

Fedrene ønsket seg også mer tilpasset informasjon for menn på internett, gjerne i regi av helsestasjonen. Flere beskrev mødresamfunn på blant annet Facebook og ønsket liknende fora også for fedre. Likevel ville ingen ta initiativ selv til å opprette slike grupper, men beskrev det som et «kjekt sted å titte på».

Flere hadde fått tilbud om og vurdert å delta i pappagrupper på helsestasjonen, men var usikre på hva det innebar, og alle valgte derfor å takke nei til tilbudet.

Fedrene understreket at inkludering fra helsepersonellet også forutsetter at fedre selv tar initiativ til å delta:

«Vi må kanskje bli flinkere til å ta plass.»

En aktiv farsrolle forutsetter at man involverer seg som far i det helsetjenestetilbudet som finnes.

## Diskusjon

### Far som deltaker

Sekundærrollen fedrene beskrev i møte med helsetjenestene, gjorde det vanskelig for dem å finne sin rolle på konsultasjonene og medførte usikkerhet om relevansen av egen deltakelse. I en studie av førstegangsfedre fant Premberg at god og tilpasset informasjon kan redusere denne typen usikkerhet. Deltakelse i fora der man møter andre blivende fedre som diskuterer farsrollen, kan inkludere og virke styrkende. Hun fant også at manglende inkludering kan opprettholde og til en viss grad forsterke sekundærrollen, skape større distanse og vanskeliggjøre overgangen til farsrollen (6).



## «Fedrene ble mest inkludert på fødeavdelingen.»

Fedrene hadde få forventninger til innholdet i konsultasjonene, men beskrev likevel i etterkant at de var skuffet over at deres rolle ikke ble ivaretatt. Denne skuffelsen beskrives også i andre studier (6, 17, 18).

Fedrene ble mest inkludert på fødeavdelingen. Her fikk de praktiske, konkrete og tydelige oppgaver, og helsepersonellet signaliserte at deres tilstedeværelse var viktig. Slike funn beskrives også i annen forskning (19). En positiv fødselsopplevelse er viktig for å få en god start på farsrollen (6). Da må det foreligge et visst samsvar mellom forventning og opplevelse.

Fødselsforberedelser fokuserer hovedsakelig på den normale fødselsprosessen, og studier viser at fedre i liten grad er forberedt på eventuelle komplikasjoner. Slike hendelser skaper da større usikkerhet og distanse enn om de er snakket om i forkant. Dette gjelder særlig keisersnittfødsle. Da har faren ofte kunnskap om det forventede forløpet for moren ved et slikt inngrep, men har liten kjennskap til sin egen rolle etter keisersnittet (18).

Fedrene var usikre på hvor ofte de skulle delta på helsestasjonskontroller. De deltok oftere for å dekke morens behov for støtte enn av eget behov. Hensikten med blant annet hjemmebesøket fremsto som uklart. Konsekvensen ble ofte at de trakk seg tilbake fra å delta. Helsesøstre bør derfor være tydelige om hensikten med helsetjenesten allerede i den første kontakten med familien. Litteraturen støtter dette funnet, og konsultasjonene bør involvere begge foreldrene, som må inviteres som likeverdige brukere (12).

Nye, nasjonale faglige retningslinjer vektlegger også brukermedvirkning, der brukernes erfaringer skal benyttes til å forbedre og planlegge virksomheten (2). Fedre som brukergruppe kan derfor være en aktuell referansegruppe for å utvikle tjenestetilbudet.

### **Endring og tilrettelegging av praksis**

I møte med helsetjenestene ønsket fedrene at oppmerksomheten skulle skiftes, med større vektlegging av far som omsorgsperson. Nasjonale retningslinjer og politiske føringer støtter ønsket om mer oppmerksomhet på familien, selv om de fremhever farsrollen som selvstendig funksjon i varierende grad (1–3). Få helsestasjoner er praktisk tilrettelagt for fedre som er i arbeid. Når fedre involveres mer, vil det styrke muligheten til å utvikle farsrollen, øke bevisstheten om deres selvstendige funksjon som omsorgsperson og gi trygghet i rollen som fedre (7).



**«Få helsestasjoner er praktisk tilrettelagt for fedre som er i arbeid.»**

Mange helsestasjoner har forsøkt å øke fedrenes deltakelse gjennom blant annet fedregrupper, samlivskurs og temadager. Deltakelsen er lite dokumentert, og det finnes ingen systematisk evaluering av denne typen tiltak (2, 7). Klare føringer for hvordan man kan øke fedrenes deltakelse og involvering, er også fraværende i nasjonale retningslinjer (2, 3). Det finnes internasjonale studier som fremhever at det er positivt med egne samtalegrupper for menn, med mannlige gruppeledere (6, 20).

Fedrene i denne studien fikk tilbud om å delta i pappagrupper. De vektla usikkerhet om innholdet i tilbudet som en av grunnene til manglende deltakelse. Her foreslo fedrene selv individuelle fedretimer, gjerne på kveldstid, som et ønsket tilbud. Grupper kunne være av interesse, men da måtte hensikten gjøres tydeligere.

Brukerundersøkelser fra Bergen kommune viser imidlertid at fedre foretrekker individuelle konsultasjoner (12). Fedrene i denne studien beskrev helsetjenestene som et kvinnesamfunn der de ofte følte seg utenfor, og de var usikre på hva helsestasjonstjenesten kunne tilføre dem som gruppe. Også her fremgår det at tjenestene er uklare i å formidle hva som er målsettingen.

Det har tidligere vært fremmet politisk forslag om å invitere fedre spesielt til åttemånederskonsultasjonen på helsestasjonen (21). Forslaget er ikke blitt iverksatt, og det burde være naturlig å invitere far til alle barnekontrollene i helsestasjonsprogrammet.

Det er en politisk satsing å opprettholde fedrekvoten. Hensikten er å tilrettelegge for større involvering av fedre generelt i spe- og småbarnstiden. Enkeltstudier viser at fedrekvoten er en faktor som øker fedrenes engasjement generelt, ikke bare i småbarnstiden, men også i resten av oppveksten (22).

## **Helsepersonellens rolle**

Fedrene hadde vanskeligheter med å skille de ulike profesjonene fra hverandre og var ofte usikre på hvilken faggruppe de hadde vært i kontakt med.

Personlig egnethet og evnen til å skape en god relasjon med brukerne var viktigere for at de skulle føle seg ivaretatt, enn profesjonstilhørighet. Uklarhet rundt helsepersonellens rolle og kompetanse kan medføre usikkerhet om hva som forventes av far i de ulike profesjonsmøtene. En tydeliggjøring vil kunne bidra til å skape realistiske forventninger.

Fägerskiöld understreker at tilfredshet med helsetjenesten gjenspeiles i fagpersonenes evne til å inkludere brukerne (20). Hvor fornøyde fedrene er, avhenger mer av den enkelte helsearbeiderens egnethet enn av støttesystemet som helhet (24). Studier viser at fedre har større tillit til helsepersonell som tar deres bekymringer på alvor. De har generelt større tillit til kvinnelig personale, gjerne med egne barn, enn mannlige (20). Disse beskrivelsene sammenfaller også med det fedrene beskrev i studien vår.

Til tross for fedrenes beskrivelse av utenforskap er de stort sett fornøyde med helsetjenestene. De følte at mor og barn ble godt ivaretatt, noe som medførte at også fedrene ble tilfredse. Her ses en viss grad av ambivalens mellom ønsket tilbud og hvor fornøyde de var med det faktiske tilbudet. Fedrene så også at de selv måtte ta større plass og bli mer bevisste på sitt eget engasjement for å bli mer inkludert i tjenestene.

## **Studiens styrker og begrensninger**

Studien har begrensninger. Funnene baserer seg på få informanter, alle med forholdsvis lik bakgrunn.

Resultatene er gyldige for denne gruppen og kan således ikke generaliseres. Likevel vil resultatene gi et bilde av en brukergruppes opplevelser og kunnskap som kan være overførbar til tjenesten generelt.



Førstegangsfedre er bevisst valgt som informanter fordi de ikke har kjennskap til tjenesten fra tidligere og dermed ikke er farget av tidligere opplevelser. Dette faktumet gir dem et mer likt utgangspunkt.

Bruk av intervjuguide sikrer lik tilnærming. Åpne spørsmål vektlegger informantenes egne historier. Funnene styrkes ved at deltakerne har førstehåndskunnskap om temaet. Intervjueren var helsesøster, noe som medfører en viss forforståelse (13) som kan påvirke intervjuene, selv om nøytralitet ble etterstrebet.

Studien er begrenset til å gjelde førstegangsfedre og deres opplevelse av møtet med helsetjenestene i forbindelse med svangerskap, fødsel og barnets første levemåneder. Vi vet at fedres deltakelse på helsestasjonen øker når farspermisjonen inntreer, og det kan være en svakhet at studien ikke omhandler også denne perioden.

## **Konklusjon**

Studien beskriver en helsetjeneste i forbindelse med svangerskap, fødsel og spedbarnstid som fortsatt har søkelyset rettet mot mor og barn, selv om målsettingen er et familieperspektiv. Fedrene opplever at de blir inkludert i tjenestene i varierende grad. De ønsker en mer aktiv og inkludert rolle, både i graviditeten, under fødselen og i oppfølgingen på helsestasjonen. Det krever en endring av fokuseringen i helsetjenestene, der de legger større vekt på fedre som selvstendige og likestilte omsorgspersoner. Videre bør de legge til rette for en praksis som gjør det mulig for fedrene å delta mer.

Det er behov for videre forskning som omfatter fedres deltakelse i møte med helsetjenestene. Ulike tilnærminger for å øke fedrenes deltakelse bør vurderes og evalueres, og nasjonale føringer kan inkludere fedrene i større grad. Forskning på dette området bør omfatte fedre i ulike familieformer, med ulik legning og ulik kulturell bakgrunn for å få et helhetlig bilde av dagens farsrolle i møte med helsetjenestene.

## Referanser

1. St.meld. nr. 12 (2008–2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. IS-2582. Oslo; 2017.
3. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien. Oslo; 2014.
4. St.meld. nr. 29 (2002–2003). Om familien – forpliktende samliv og foreldreskap. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
5. Reform – ressurscenter for menn. Far gjør – perspektiver på menn og omsorg i Norge. Oslo: Reform; 2008. Tilgjengelig fra: <https://reform.no/wp-content/uploads/2017/04/2008-Far-gjoer.pdf> (nedlastet 20.08.2018).
6. Premberg Å. Förstagångsfäders upplevelser av föräldrautbildning, förlossning och första året som far. Göteborg: Sahlgrenska akademien, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Universitetet i Göteborg; 2011.

7. Skjøthaug T. Fedres rolle i barnets tidlige utvikling. I: Holme H, Olavesen ES, Valla L, Hansen MB, red. Helsestasjonstjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 35–97.
8. Brudal LF. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
9. Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004;(38):56–64.
10. Moe V, Slinning K, Hansen MB. Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
11. Misvær N, Lagerløv P, red. Håndbok for helsestasjoner 0–5 år. Oslo: Kommuneforlaget; 2013.
12. Bergen kommune. Rapport fra prosjektet: «Helsestasjon for hele familien». Bergen; 2009.
13. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
14. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
15. NESH. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teknologi. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer; 2016.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105–12.

17. Raphael-Leff J. Psychological processes of childbearing. 4. utg. London: Chapman and Hall; 2005.
18. Erlandsson K, Häggström-Nordin E. Prenatal parental education from the perspective of fathers with experience as caregiver immediately following birth; a phenomenographic study. *Journal of Perinatal Education*. 2010;19(1):19–28.
19. Chin R, Daiches A, Hall P. A qualitative exploration of first-time fathers' experiences of becoming a father. *Community Practitioner*. 2011;84(7):19–23.
20. Fägerskiöld A. Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2006(20):79–85.
21. St.meld. nr. 8 (2008–2009): Om menn, mannsroller og likestilling. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
22. Rege M, Solli I. The impact of paternity leave on long-term father involvement. *CESifo Working Paper Series nr. 3130*; 2010.
23. Lindberg A, Hvatum I. Møtet med helsestasjonen – foreldre som aktive deltakere. I: Holme H, Valla L, Hansen MB, Olavesen ES, red. *Helsestasjonstjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
24. Carlson J, Edleson J, Kimball E. First-time fathers' experiences of and desires for formal support: A multiple lens perspective. *Fathering*. 2014;12(3):242–61.