

Masteroppgave

”Hadde hun avvist ham, så var det fordi hun ikke visste...”

En studie om helsesøstres arbeid med de yngste barna og deres foreldre

av

Arma Trbonja

Sammendrag

Jeg er utdannet barnevernspedagog. En av grunnene til at jeg som barnevernspedagog ønsker å jobbe i barneverntjenesten er for å hjelpe barn som har det vanskelig i sin oppvekst og som trenger hjelp. Jeg har selv sett betydningen av å være tidlig ute for å kunne hjelpe barna, spesielt de som trenger det mest. Jeg har også sett at tidlig intervensjon gir bedre prognoser.

Studien min handler om helsesøstre, men også om barnevern. Jeg har ikke jobbet på helsestasjonsarenaen, hadde lite kjennskap til helsesøsteryrket og ønsket derfor å finne ut av hva helsesøstre selv ville fortalt om hva de er opptatte av i sin arbeidshverdag. Jeg ønsket dermed å finne om det var noe sannhet i mytene og snakkingen om at helsesøstre kun er opptatt av vekt og vaksinerings av barna. Mitt tema ble dermed «Helsesøstres opplevelser i møte med de minste barna og deres familie».

Det har vært viktig å ha en forståelsesramme i forhold til helsesøsteryrket og faget. Mitt tema omhandler problemstillinger som knytter seg til observasjon av samspill og tilknytning på helsestasjonen. Som teoretisk forståelsesramme for tolkningen ønsker jeg å benytte tilknytningsteori, mentalisering og Daniel Sterns teori om selvutvikling.

Jeg har intervjuet 6 helsesøstre i to forskjellige kommuner. Begge kommunene er i Østlandsområdet. Intervjuene har omhandlet beskrivelser av deres arbeidshverdager, og fortellinger om møter med barn og deres foreldre. Vi har også snakket om hva som skaper bekymring hos dem, og de har gitt eksempler på hva den enkelte gjør i disse ulike situasjonene. Jeg har brukt den teoretiske forståelsesrammen til å analysere og tolke helsesøstrenes fortellinger, og trukket bl.a. inn hvordan tidlig intervensjon kan gjøres mulig ved å kunne oppdage risikoutsatte barn så tidlig som mulig.

Studien viser at helsesøstre er opptatte av omsorgssystemet i stor grad, og at meningene de gjør seg opp om barn i stor grad har sammenheng med hvordan de har opplevd foreldrene. Handlingsrom i forhold til både veiledning, videre henvisning til andre instanser og meldinger til barneverntjenesten viser seg å være bestemt av kartleggingsverktøy i større grad enn deres egen magefølelse og vurderingsgrunnlag. Relevante faktorer er også tid, ressurser og holdninger hos helsesøstre som innebærer en avventing i forhold til å se om det skjer endring hos et barn eller hos foreldre fra de gangene de møtes. Denne kunnskapen vil kunne bidra til en større forståelse i forhold til muligheten til å oppdage risikoutsatte barn, for å kunne bidra til hjelp så tidlig som det første leveåret i barnets liv.

Forord

Denne prosessen har vært en blanding av mange inntrykk og følelser. Det har vært så spennende å kunne fordype seg i et tema, og ha anledning til å utforske problemstillinger på egenhånd.

Jeg vil aller først takke de 6 helsesøstrene som så åpenhertig snakket med meg, og som har gjort gjennomføringen av denne studien mulig. Å snakke med dere har vært et privilegium og har bidratt til at dette har vært en ydmykgjørende prosess for meg.

Jeg vil takke min veileder, Anne-Marie Aubert, for gode tilbakemeldinger og støtte i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet.

Jeg vil så takke min arbeidsplass, mine ledere og kollegaer. Dere har støttet meg hele veien, og vært tålmodig for at jeg skal fullføre dette prosjektet og min mastergrad. Tusen takk til dere alle.

Jeg vil videre takke mine medstudenter, Anne-Malin og Sigrun for den uvurderlige støtten gjennom hele masterutdanningen, men særlig i denne prosessen. Tusen takk for alle dagene vi har sittet sammen, lest sammen, ledd, snakket, drukket kaffe og spist sjokolade sammen. For alle de spennende diskusjonene vi har hatt. Jeg hadde aldri kunnet fullført dette uten dere. Dere er to helt spesielle kvinner, og jeg håper vi kan fortsette et videre samarbeid på andre prosjekter.

Aller sist vil jeg takke min familie. Min mann Dino, min sønn Adi og mine foreldre. Dere har vært de mest forståelsesfulle og tålmodige menneskene i verden. En spesiell takk må gå til min mann. Du har stilt opp for meg hele veien, og sørget for at jeg har hatt tid og ro til å lese og skrive. Du har vært forståelsesfull i mine aller tøffeste og mest stressende stunder, og hele tiden støttet meg og hatt tro på meg. Tusen takk min kjære.

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Problemstilling.....	4
1.1.1	Forskningsspørsmål.....	5
1.2	Aktuelle begreper og avgrensninger.....	6
1.2.1	Relevant aldersgruppe	6
1.2.2	Begrep omsorgsgiver vs. forelder	6
1.2.3	Avgrensning av helsestasjons- og skolehelsetjenesten	7
1.2.4	Forebyggende arbeid	7
1.2.5	Risikoutsatte barn og utsatte familier.....	8
1.3	Innholdet i oppgaven	9
2	Helsestasjoner og helsesøstre	10
2.1	Kunnskapsstatus	10
2.1.1	Helsesøsterfaget	11
2.1.2	Forskning på barn og tilknytning	12
2.1.3	Satsing barn og unge	13
2.2	Helsestasjonene	14
2.2.1	Helsestasjonens mandat.....	14
2.3	Helsesøsters oppgaver	16
2.3.1	Helsestasjonsprogrammet.....	17
2.3.2	Veiledning	18
2.3.3	Hjemmebesøket.....	19
2.3.4	Kartlegging.....	22
3	Utviklingsteoretiske perspektiver.....	25
3.1	Tilknytning	25
3.1.1	Tilknytningsstiler	27
3.1.2	Indre arbeidsmodeller og indre representasjoner	31
3.1.3	Sensitivitet.....	33
3.1.4	Omsorgssystem –«Caregiving system»	34
3.1.5	Trygghetssirkelen – Circle of security (COS).....	39
3.2	Mentalisering	40
3.3	Daniel Stern	42
3.3.1	Indre strukturer – grunnlag for selvopplevelse	42
3.3.2	RIG- er.....	44

3.3.3	Betydning av inntoning	45
4	Metode.....	47
4.1	Innledning.....	47
4.1.1	Valg av metode og design	47
4.2	Vitenskapssyn.....	48
4.2.1	Hermeneutikk	49
4.2.2	Fenomenologi.....	49
4.3	Utvalg	50
4.4	Datainnsamlingsmåter	52
4.4.1	Litteratursøk	53
4.4.2	Intervjuer og intervjuguide.....	53
4.5	Analyse	55
4.5.1	Kategorier og underkategorier	56
4.6	Forskningsetikk (forskerrollen).....	57
4.7	Metodekritikk	59
4.7.1	Validitet og reliabilitet	61
5	Presentasjon og drøfting av funn.....	62
5.1	Foreldres omsorgssystem	62
5.1.1	Barneperspektiv vs. foreldreperspektiv.....	72
5.1.2	Bevisstgjøring øker trygghet	80
5.1.3	Psykisk helse	85
5.2	Systematisering vs. magesfølelse.....	90
5.2.1	Tid og ressurser	96
5.2.2	Bruk av skjønn	98
5.3	Is i magen.....	102
6	Avslutning	104
6.1	Oppsummering	104
6.2	Avslutning	107

1 Innledning

Jeg har selv blitt mor for to år siden. Som nybakt forelder er det mye som skjer, spesielt den første perioden etter fødselen. Livet forandrer seg, man får lite søvn, man kan så vidt forlate boligen sin de første ukene, mange har vansker med amming, osv. Selv for meg som har gode ressurser, en støttende mann, en støttende familie, var denne perioden ganske sårbar. Det er mange spørsmål som dukker opp, og for meg har kontakten med helsesøster vært en betydningsfull del av denne sårbare perioden.

Til daglig jobber jeg i en barneverntjeneste. Under min utdanning, og gjennom min karriere som barnevernsarbeider har jeg alltid hatt et brennende hjerte for hvordan vi kan støtte og hjelpe barn til å utvikle seg mest optimalt. De barna som trenger det desto mere er de som er i en eller annen form utsatt for risiko som vil hindre optimal utvikling. Jeg har selv kommet i møte med flere familier og flere barn der man har sett varseltegnene. Av ulike grunner har barnet ikke fått hjelp og kommer til barnevernet etter å ha utviklet flere vansker som det igjen er problematisk å avhjelpe. Barnevernet berører overflaten, og primærvanskene blir usynlige eller glemt slik at det sjeldent får settes inn treffende nok tiltak (Kvello 2011). Det er godt dokumentert at det er mye i samspill og situasjonen til de aller minste barna som skjer tidligst i deres oppvekst, som kan predikere hvordan de kommer til å fungere senere. Det har også blitt påvist at bl.a. samspillsvansker så tidlig som de første 10 månedene i barnets liv er sterke predikatorer for senere vansker og diagnoser (Skovgaard, Olsen, Christiansen, Houmann, Landorph, Jørgensen & CCC 2000 Study group, 2008; Skovgaard, 2010). Studien som viste denne sammenhengen samlet sine data ved hjelp av helsesøstre, som var de som registrerte vanskene i denne tidlige alderen. Helsesøstrene fulgte det vanlige helsestasjonsprogrammet, inkludert hjemmebesøk hos familien, og registreringer ble gjort ved hjelp av spesifikke og standardiserte kartleggingsverktøy (Skovgaard et al., 2008). Samtidig finnes det også dokumentasjon på at barn viser vansker allerede i løpet av første leveår, men det er mange barn som ikke blir oppdaget, samt mange som ikke blir oppdaget tidlig nok (Kvello, 2010; Moe, Slinning & Hansen, 2010).

Helsestasjonen er en arena med helt særegen tilgang til de minste barna, og til nybakte foreldre. Nær 100 % av alle kvinner som føder er på helsestasjonen regelmessig barnets første leveår (Glavin 2007). Det er også en arena med fagpersoner som vil ha mye kompetanse på barns velvære og fungering. Samtidig er det en viktig og støttende instans som kan veilede foreldre i forhold til hvordan de skal imøtekomme barnas behov. Det som er målsettingen til

helsestasjonen og helsesøstre er å fremme fysisk, psykisk og sosial helse i befolkningen (Mæland, 2005). For meg som barnevernsarbeider innebærer dette at helsestasjonen skal bidra til å fremme denne helsen også gjennom å melde bekymring til barnevernet når helsesøstre blir bekymret for barns utvikling og helse. Derimot kan det virke som om helsestasjonen er blant de som melder minst bekymring på aldersgruppen 0-2 år (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2013, vedlegg).

En kan spørre seg hvorfor ikke helsestasjonen melder i større omfang, siden de har tilgang til å treffe hele befolkningen og spesielt når man vet at omsorgssvikt kan starte helt fra fødselen, eller tidligere (George & Solomon, 2008; Kvello, 2010; Skovgaard et al., 2008)? Det er funnet sammenheng mellom hvordan mor tenker og føler rundt barnet i svangerskapet og senere tilknytning og bonding (Brandtzæg, Smith, Torsteinson, 2011; Slinning & Eberhard-Gran, 2010). Samtidig foreligger det flere resultater fra forskning på at barn som opplever omsorgssvikt har en eller annen form for utrygg tilknytning, eller desorganisert tilknytning (Kvello 2011; Skovgaard, 2008).

For meg har disse funnene vært inspirasjonen for mitt valg av tema for masteroppgaven. Jeg har spurt meg selv mange ganger hvorfor vi ikke kan hjelpe barn før situasjonen har blitt så alvorlig at en må iverksette mange systemer for å reparere på skader eller plassere barna i fosterhjem. Spesielt når vi i dag vet at det ikke er så mye som skal til når barna er små for å forhindre at nettopp dette skjer (Kvello, 2010). Det er klart at det finnes foreldre som ikke er veiledbare, eller ikke klarer å bevisstgjøre seg selv på hvilken innvirkning de har for barnet sitt. Det har jeg opplevd gjennom erfaring. Barnets beste mulighet for en verdig barndom og et verdig liv er å vokse opp med noen som kan ivareta dem og gjøre at de føler seg trygge.

Men ikke alle barn har det på denne måten. Lovverket, som sier noe om hvordan barn bør ha det, ber barneverntjenesten respektere det biologiske prinsipp (Norge, 2013). Derfor synes jeg også at det er viktig å tenke på hvordan hjelpe barn som lever i omsorgssvikt og står i fare for å utvikle utrygg eller desorganisert tilknytning. For å kunne hjelpe dem må en *se* dem. En kan ikke vite om at barn har det bra eller dårlig uten å se barnet. Det er der kunnskapen om helsesøsters opplevelser av sine møter med disse barna kan være viktig å få frem.

1.1 Problemstilling

Prosessen med å utforme problemstillingen har vært lang og spennende. Det jeg i hovedsak er opptatt av er tidlig intervensjon og hvordan denne kan muliggjøres. Ved å fokusere på en

faggruppe som har tilgang til hele befolkningen, samt de aller minste barna, mener jeg at tidlig intervensjon kan muliggjøres ved å vise til hva det er denne faggruppen faktisk har anledning til å se og hvordan de agerer ut fra det de ser. Samtidig er jeg opptatt av tidlig avdekking av barn som lever under omsorgssvikt, altså i høy risiko for senskader (Kvello, 2010). Min problemstilling er derfor:

Helsesøstres opplevelser av sitt arbeid i møte med de minste barna og deres familier.

1.1.1 Forskningsspørsmål

For å kunne gjennomføre dette prosjektet, har det vært viktig å gå mer inn i dybden i forhold til hva det er jeg ønsker å undersøke og forske på.

Det jeg ønsker å finne ut er muligheten helsestasjonen har for å kunne forebygge og fange opp barn som er i risiko for å leve i omsorgssvikt, og barn som er i fare for å utvikle utrygg tilknytning og andre vansker. Min oppfatning er at helsestasjonen ligger i en ledende og særegen posisjon med tanke på at de allerede fra graviditeten har anledning til å oppdage risiko for omsorgssvikt og tilknytning. Det er et tilbud som når alle nybakte foreldre. Det finnes en ny studie som viser at gravide foretrekker og liker bedre å følges opp av jordmor enn fastlege gjennom svangerskapet (Iversen Holmboe og Kjøllesdal, 2011). Dermed viser det at helsestasjonen er en arena som kan oppdage risikoutsatte barn allerede fra fosterstadiet.

Men hvor systematisert er undersøkelsene, og hva er det som vekker bekymring hos helsesøstrene? Hva er de opptatt av i disse møtene med barna og deres omsorgsgivere? Har helsesøstre og barnevernsarbeidere helt ulike forståelsesrammer i forhold til hva som vil kjennetegne en «sunn» utvikling? Hvordan er arbeidshverdagen og arbeidsforholdene til helsesøstrene og på hvilken måte kan dette ha innvirkning på hvordan de opplever sine møter med barna og deres omsorgsgivere?

Mine forskningsspørsmål er derfor:

- Hvordan opplever og tenker helsesøstrene om relasjonen mellom barn og foreldre?
- Bruk av kartleggingsverktøy? Hvordan påvirker denne bruken synet på relasjonen?
- Hva utløser handling hos helsesøstrene og hvordan er denne handlingen, spesielt rettet mot risikoutsatte barn?

Siden jeg er opptatt av tidlig avdekking og tidlig intervensjon vil det for meg være nærliggende å koble disse spørsmålene opp mot hvordan dette kan påvirke muligheten til å oppdage risikoutsatte barn så tidlig som mulig.

1.2 Aktuelle begreper og avgrensninger

1.2.1 Relevant aldersgruppe

Jeg har hittil skrevet at jeg er opptatt av kontakten helsesøstre har med de aller minste barna. Mitt fokus i forhold til aldersgruppe vil være på barn 0-18 måneder. Barnet utvikler seg drastisk i denne perioden, med flere utviklingsmessige milepæler, under de riktige forutsetninger og omsorgsbetingelser. Helsestasjoner og helsesøstre har den hyppigste kontakten med barn og foreldre i denne perioden. Det er også i denne perioden mye av grunnlaget for barns videre utvikling legges, og i denne perioden det kan være gunstig å kunne arbeide forebyggende på primærnivå, eller universelt nivå (Gjertsen 2007, Glavin og Kvarme 2003). I følge Øyvind Kvello (2010) så vil arbeidet med primærvansker være lettere tilgjengelig og kreve mindre intervensjon enn når primærvansker utvikler seg til sekundær og tertiærvansker. Tertiærvansker vil si at vanskene blir synlige hos barnet i form av for eksempel sosioemosjonelle vansker.

1.2.2 Begrep omsorgsgiver vs. forelder

I utgangspunktet blir begrepet omsorgsgiver benyttet i store deler av litteraturen som omhandler barns utvikling. I min oppgave kommer jeg til å bruke begrepet forelder i stedet for omsorgsgiver fordi helsesøstrene i studien har brukt dette begrepet, og det er helsesøstres egne opplevelser og perspektiv jeg har undersøkt. For meg som innehar barnevernsperspektivet, vil det falle seg mer naturlig å bruke begrepet omsorgsgiver i stedet for forelder. Dette på grunn av at familiebegrepet er under stadig endring, og foreldrebegrepet kan fort begrense seg til kun å gjelde biologiske foreldre og ikke nødvendigvis steforeldre, besteforeldre, fosterforeldre, adoptivforeldre, osv. I barnevernsarbeidet kan foreldrebegrepet i arbeidshverdagen altså raskt bli mer omfattende og bredere. Forskning om tilknytning viser at barn ikke behøver å få en trygg tilknytning kun til sine biologiske foreldre, men like gjerne til andre som fungerer som viktige omsorgspersoner for dem (NOU 2012:5). Som en del av Norges offentlige utredninger, ble det nedsatt et utvalg som skulle utrede det biologiske prinsipp etter barnevernloven, det såkalte Raundalenuutvalget. Dette utvalget konkluderte med å foreslå et nytt prinsipp, det tilknytningsfremmende utviklingsprinsipp. Dette ble blant annet

begrunnet i at det biologiske prinsipp kunne stå i strid med barnets beste og at barnets beste er å få en trygg tilknytning til omsorgsgivere som kan gi dem grunnlaget for adekvat utvikling.

1.2.3 Avgrensning av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Jeg vil i denne oppgaven kun fokusere på helsestasjonsarenaen. Den aldersgruppen jeg skal skrive om er barn 0-18 måneder, og da er ikke skolehelsetjenestevirksomheten en aktuell arena. Jeg holder meg til å skrive om helsesøstre fordi det er denne faggruppen jeg har intervjuet. Andre aktuelle fagpersoner som er en del av helsestasjonsvirksomheten er bl.a. jordmødre, leger, sekretærer og fysioterapeuter. Der det vil være aktuelt, vil jeg nevne jordmødre, siden mors psykiske helse er et sentralt tema innenfor helsesøstrenes arbeid med de aller minste barna. Jordmødre på helsestasjonen følger opp vordende mødre under svangerskapet og kan ha en viktig rolle i forhold til å kunne oppdage mors sensitivitetsnivå, mentaliseringsnivå, samt risiko for fødselsdepresjon hos mor.

1.2.4 Forebyggende arbeid

Forebyggende arbeid har fått en sentral plass i tjenestene som skal yte tilbud til mennesker, både barn og voksne. Barnevernets mandat er at problemer skal avdekkes så tidlig som mulig, slik at det settes inn tiltak som vil sikte på å unngå varige skader (Rundskriv Q25/2005). For helsesøstre, så er det nettopp forebyggende og helsefremmende virksomhet de driver med. For dem handler det både om den fysiske og den psykiske helsen hos barn og unge. Det er krav til tverrfaglig samarbeid for både barnevern og helsestasjonen for å sikre at barn som har behov for hjelp kan få det til rett tid (Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid, 2003). For yrkesgruppene barnevern og helsesøstre kan det forebyggende arbeidet være annerledes, og derfor ønsker jeg å vise til definisjoner i forhold til forebyggende arbeid, bl.a. at det fungerer på flere nivåer med ulike målsettinger.

Barnepsykiateren Caplan introduserte oss for begrepene primær-, sekundær- og tertiær forebygging. Terminologien ble avløst av R.S. Gordons begreper universell, selektiv og indikert forebygging, etter hvert som de første begrepene omfattet det å se på forebygging fra kun ett perspektiv og på ett nivå (Ferrer-Werder et.al 2004; Gordon 1983 i Mrazek og Haggerty 1994). Det er disse begrepene som også Gjertsen (2007) benytter da han har operasjonalisert forebyggingsbegrepet i barnevernet. Med universell forebygging forstås det som gjøres for å hindre eller redusere at skader eller problemer oppstår i en populasjon, mens det i helsevesenet operasjonaliseres som arbeid for å finne ut hva det er som holder oss friske (Gjertsen, 2007; Glavin & Kvarme, 2003). I tillegg til denne universelle forebyggingen, driver

helsesøstre med helsefremmende arbeid, et begrep jeg kommer tilbake til i neste kapittel. Selektiv forebygging forsøker å identifisere risikofaktorer tidlig og retter seg mot grupper med spesielle behov. Indikert forebygging er tiltak eller behandling rettet mot personer som har utviklet behov for hjelp (Gjertsen, 2007). Innenfor barnevern er det ofte den indikerte forebyggingen som blir benyttet, mens det i helsestasjonene for det meste dreier seg om universell, og inntil en viss grad selektiv og indikert forebygging. Felles for begge gruppene er at det arbeides på et nivå som er ment å nå alle, mens det på de to andre nivåene er forebygging med tanke på at ytterligere vansker eller sykdom skal hindres fra å utvikles.

På flere måter vil arbeidet og målet eller resultatet for hva en ønsker å oppnå med det forebyggende arbeidet være det samme for både barnevern og helsestasjonen, men fokusområdene og grunnlaget for hva hver tjeneste kan gjøre vil være ulik. I min oppgave vil det være viktig å ha en forståelse av dette begrepet bl.a. på grunn av fokuset på tidlig intervensjon. Gjennom disse ulike nivåene av forebyggende arbeid kan en si at en arbeider med tidlig intervensjon.

1.2.5 Risikoutsatte barn og utsatte familier

Jeg vil i oppgaven bruke begrepet risikoutsatte barn. Det finnes ulike teoretiske perspektiver en kan belyse dette begrepet gjennom, men jeg ønsker å anvende en oversikt som er utformet av Øyvind Kvello (2010). Begrepet risikoutsatte barn vil i denne oppgaven være knyttet til barn som ikke har etablert trygg tilknytning til sine foreldre og dermed er i risiko for psykiske vansker når de blir eldre. Risiko kan være knyttet til forhold hos barnet selv, til forhold i familien og foreldre, men også til miljø og samfunn (Kvello, 2010). Dette kan kalles for risikofaktorer, og jo flere risikofaktorer barnet har totalt, jo større risiko er det for barnet å utvikle en eller annen form for vansker. I forhold til vurdering av risikofaktorer er det viktig å se på innhold, antall, intensitet og varighet av risikofaktorene, samt at det er viktig å se om barnet og familien har beskyttelsesfaktorer som kan veie opp for risikofaktorer (Kvello, 2010). Altså, begrepet risikoutsatte barn vil forstås som at jo flere forhold barnet har rundt seg som kan forbindes med risiko, jo mer risikoutsatt er barnet. For eksempel kan dette være barn som ikke har en sensitiv mor, som fremstår med distanse til barnet sitt, som er deprimert, som er alenemor, osv.

I forhold til begrepet utsatte familier, så vil jeg i denne oppgaven forstå det på en nærliggende måte som risikoutsatte barn. Det som i tillegg vil være relevant er å se hvordan familien blir påvirket av å ha den posisjonen som den har i samfunnet, altså miljøfaktorer. Familier med

eneforsørgere som ikke er tilknyttet arbeidsmarkedet, har ofte små og svake nettverk (Fauske, Lichtwarck, Marthinsen, Willumsen, Clifford, Kojan, 2009). De kan være utsatt i forhold til delaktighet i samfunnet. Det kan være vanskelig for dem å bidra på måter som samsvarer med holdninger, normer og verdier i det norske samfunnet. Dette er familier som er overrepresentert i barnevernet og kan betraktes som utsatte familier (Kvello, 2010). Barn som vokser opp i slike familier er større risiko for psykiske vansker og skjevutvikling. Dette er en grov kategorisering, og det er ikke dermed sagt at alle familier som karakteriseres som utsatte vil være i fare for å få barn som vil vokse opp og få psykososiale problemer (Borge, 2003).

1.3 Innholdet i oppgaven

Jeg har i innledningskapitlet presentert bakgrunn for valg av tema, samt hva oppgaven skal handle om. Jeg har også presentert noen avgrensninger i forhold til aktuelle begreper som jeg vil anvende i masteroppgaven.

Det andre og tredje kapittel vil handle om den teoretiske forståelsesrammen for mitt tema. I kapittel to vil jeg først gjøre rede for det seneste av forskning innenfor både helsesøsterfaget og barnevernfaget. Jeg vil også ta utgangspunkt i at helsesøsterfaget og barnevernfaget vil ha utvikling hos barn som en felles arena, men ut fra hvert sitt faglige ståsted. Kapittel to vil også handle om helsøstres mandat og arbeidsoppgaver. Dette vil være viktig bakteppe for senere funn og analyse. Den videre teoretiske forståelsesrammen vil jeg gjøre rede for i kapittel tre. I dette kapitlet skal jeg skrive om tilknytningsteori, mentalisering og Daniel Sterns teori om utvikling av selvet.

Før jeg kommer til presentasjonen av funn, skal jeg først gjøre rede for hvordan jeg har gjennomført studien og begrunnelsen for valg av metode for undersøkelse og analyse av mitt tema. Dette vil bli behandlet i det fjerde kapitlet.

Kapittel fem er presentasjon og drøfting av funn. Funnene deles inn i hoved- og underkategorier som jeg vil drøfte underveis i kapitlet.

I det siste, og sjette kapittel, vil jeg oppsummere mine funn og relatere de til forskningsspørsmålene som har blitt presentert i det første kapitlet. Det vil på denne måten bli en oppsummering av hele oppgaven, der jeg vil legge frem mine refleksjoner og forslag til videre forskning.

2 Helsestasjoner og helsesøstre

I dette kapitlet skal jeg først gi en presentasjon av forskning og litteratur som er relevant for min oppgave, og som kan vise til at mitt valg av tema er et tema som det er aktuelt å forske på. Jeg vil videre gi en presentasjon av helsestasjonstjenesten, med fokus på helsesøstre. Jeg ønsker å gi mitt blikk på hva som utgjør helsesøstrenes holdninger og verdier gjennom å gi en presentasjon av historie, mandat og oppgaver.

2.1 Kunnskapsstatus

I min oppgave vil det være en fellesarena for kunnskap for helsesøstre og barnevernsarbeidere. Det er kunnskap om barn og hvordan vårt samfunn er utformet for å forstå barn, hvilken sammenheng de vokser opp i (med tanke på nærmeste familie) og hvordan offentlige hjelpeinstanser skal bruke denne kunnskapen til å hjelpe barn oppnå sitt utviklingsmessige potensiale. Jeg har valgt å forske på arenaen til helsesøstre, men jeg utelukker heller ikke arenaen barnevern i min studie fordi det er mitt fagområde som barnevernspedagog. Vi har en felles kunnskapsarena som er barn og barns utvikling, men vi har forskjellige utgangspunkt og målsettinger i forhold til hvordan forstå og arbeide med barn. Forebyggende arbeid i barnevernet og på helsestasjonen foregår på ulike arenaer og med fagfolk som har ulik profesjonsbakgrunn. Begge profesjoner er styrt av mandater offentlige regelverk setter. Mandatene utarbeides på bakgrunn av forskning på feltet, og inneholder den seneste kunnskapen om barn og hvordan barns utvikling kan forstås, og hvordan barn kan avhjelpest til optimal utvikling. Jeg anvender transaksjonsmodellen som forståelsesramme for barns utvikling. Det betyr at utvikling sees i sammenheng med både personen selv, og miljøet rundt personen (Kvelling, 2007). Biologi og miljø samspiller på en gjensidig regulerende måte. Det vil si at barns utvikling blir et resultat av biologi og den biologiske modningsprosessen, sammen med gjensidig påvirkning av miljøet og miljømessige faktorene, hovedsakelig personene som barnet vokser opp med (Smith, 2010).

Helsesøsterfaget består av mange fagmessige dimensjoner og arenaer som skal dekkes som har ulik fokus. Det går bl.a. et skille mellom somatisk og psykisk helse. Videre er det slik at alle helsesøstre er sykepleiere i bunn, slik at et fagmessig skille også vil være mellom patogeneseperspektiv og salutogeneseperspektiv (Borge, 2003; Mæland, 2005). Sykepleiere er mer opptatt av sykdomsbildet (patogeneseperspektiv) og hvordan forebygge og behandle sykdom, mens helsesøstrenes oppgave og fagfelt i større grad handler om hva som fremmer helse og hva som opprettholder en sunn helse (salutogeneseperspektiv). I forhold til

barnevernsfaget, så er det for meg mest nærliggende å se på den psykiske helsen og fungeringen. Etter barnevernloven så skal det også sørges for at barn med somatiske sykdommer også har krav på og skal få den hjelpen de trenger (Norge, 2013). Jeg vil i denne oppgaven ha størst fokus på den psykiske helsen fordi at barn som etablerer utrygg og desorganisert tilknytning er i større risiko for å utvikle psykiske vansker senere.

2.1.1 Helsesøsterfaget

Jeg søkte etter forskning som på en eller annen måte koblet helsesøstres arbeid til tilknytning og samspill mellom foreldre og barn. Jeg hadde ikke hell i forhold til dette, men fant i stedet at det innenfor helsesøsterfaget de siste år vært fokus b.la. på fødselsdepresjon hos mødre og hvordan en systematisk måte å jobbe på kan øke sannsynligheten for å oppdage mødre med fødselsdepresjon (Glavin, Smith, Sørnum & Ellefsen, 2010). Det har også vært forskning knyttet til veiledning av foreldre, samt fagartikler som har omhandlet hverdagen til helsesøstre. Jeg har satt meg inn i fagplaner på helsesøsterutdanninger og oppdaget at helsesøstre under utdanning har mye fokus på normalutvikling hos barn, men også er opptatt av hvordan barn som er risikoutsatt kan oppdages og avhjelpest (www.hioa.no).

Kari Glavin skrev i 2007, altså 6 år siden, en oversikt over hva hun mente var viktige områder for helsesøsterfaget å forske på, for å utvikle sin fagkunnskap til å bli mer forskningsbasert enn erfaringsbasert. Et av forslagene var å utvikle en ny veiledningsmetode og å foreta en sammenligning mellom eksisterende og andre veiledningsmetoder i forhold til effekt på samspill og tilknytning mellom foreldre og barn. Jeg har ikke lyktes i å finne noe mer konkret litteratur på dette emnet. Slik jeg forstår det, er behovet for ytterligere forskning på dette fortsatt til stede. Jeg har søkt i både internasjonale baser og norske databaser¹. En studie som jeg har funnet og som er av nyere dato, har undersøkt hvilke dilemmaer som oppstår når helsesøstre skal følge foreldreveiledningsprogrammet ICDP. Studien viser at helsesøstrene underveis i dette foreldreveiledningsprogrammet opplever at de må være fleksible og tilpasse veiledningen til foreldrenes behov (Fjetland & Søreide, 2010). Studien viser at det er behov for ytterligere forskning på dette området fordi helsesøstrene bl.a. rapporterte at de fant det vanskelig å holde seg til det som var i programmet og oftere tilpasset veiledningen til det foreldrene selv var opptatte av. Dette selv om programmet er strukturert og laget på den måten at en gruppe jobber seg gjennom emne for emne. En nyere fagartikkel i Sykepleien (Cheetham et al., 2011) viser til et prosjekt i forhold til foreldreveiledning i nyfødtp perioden.

¹ Jeg vil gjøre rede for dette i kapittel fire.

Dette prosjektet innførte en veiledningsmetode med fokus på å øke sensitivitet og foreldrekompetanse, samt kompetanse på barnets atferd. Jeg har ikke videre kjennskap til om denne metoden har blitt videreført for å implementeres andre steder, selv om ønsket er det, men den viser at det stadig kommer flere erfaringsbaserte metoder for bl.a. foreldreveiledning innenfor helsesøsteryrket.

2.1.2 *Forskning på barn og tilknytning*

Forskning innenfor barns utvikling og tilknytning anser jeg som relevant for både barnevern og for helsesøsterfaget. Jeg har ikke funnet studier som har direkte handlet om helsesøstre og barns tilknytning, men forskning på betydning av tilknytning vil på samme måte som for barnevernsfeltet være relevant for helsesøsterfaget. Innenfor barnevernsfeltet har det de siste årene vært mye fokus i forskning på tilknytning, vold, mishandling, men også hvordan familiers levekår kan være tilknyttet risiko i barns utvikling. Teori om mentalisering og mentaliseringsevne har blitt et veldig viktig begrep innenfor barnevernfaget, samt at nyeste forskning på nevrobiologi har muliggjort å knytte sammen tilknytning med biologi på en fornyet måte. Dette har ført til en utvidet forståelse om hvordan barn som lever med vold og mishandling kan bli påvirket, spesielt deres psykiske helse (Bateman & Fonagy, 2012; Brandtzæg et al., 2011; Hart & Gröhn, 2011; Hart & Schwartz, 2009; Killén et al., 2006; Kvello, 2010; NOU 2012:5; Steinsvåg & Heltne, 2011; Wallroth, 2011; Wennerberg & Arneberg, 2011). Nevrobiologi og forståelsen av hjernens plastisitet har bidratt til ny kunnskap i forhold til hvordan barns utvikling og fungering kan bli påvirket av bl.a. å leve med foreldre som har en eller annen form for skadelig omsorgsutøvelse, samt hvordan og hvilke tiltak kan være viktige for å stanse skjevutvikling.

2.1.2.1 *Raundalenutvalget*

Jeg har skrevet om at det i 2012 ble nedsatt et utvalg som skulle utrede barnevernets bruk av det biologiske prinsipp, sett i sammenheng med barnets beste. Dette utvalget viser til den seneste forskning om bl.a. tilknytning og nevrobiologisk utvikling (Blindheim, 2012; Braarud, 2012). Utvalget fikk i oppgave å vurdere hvordan prinsippene i barnevernloven blir benyttet i barneverntjenesten. Ved å presentere dagens praksis, den seneste forskningen, og betydningen tilknytning har for barnets utvikling og senere fungering, har de foreslått en rekke endringer til barnevernloven. De har foreslått et nytt prinsipp, utviklingsfremmende tilknytning, som har forrang i forhold til det biologiske prinsipp. Utvalget har også foreslått endringer i forhold til samarbeid med andre instanser. Utvalget trekker frem viktigheten av samarbeidsinstansene til

barnevernet og den viktige rollen de spiller i å oppdage risikoutsatte barn. Det er viktig med politisk, økonomisk støtte til disse arenaene, deriblant helsestasjonen, for å kunne styrke de ansatte på kompetanse, metode og kunnskap på risikoutsatte barn og familier og barnevernets rolle (NOU 2012:5).

Relevansen av min studie viser seg spesielt i denne siste delen, men også i den øvrige framlagte litteraturen. Min studie kan bidra til ennå større innsikt og forståelse for både helsesøsterfaget og barnevernfaget. Den kan bidra til å forstå ytterligere hva som spiller inn i forhold til at helsesøstre velger å gå bort fra en strukturert veiledningsform og heller tilpasse veiledning til foreldrenes behov? Det vil også være et aktuelt tema i forhold til å utvide synet på hvor tidlig risikoutsatte barn kan oppdages. Jeg håper studien også kan stimulere til en bevisstgjøring for helsesøstre og deres egen rolle, som igjen vil hjelpe dem å skape større trygghet i deres roller. For barnevernfaget mener jeg at studien kan bidra til en innsikt i forhold til hvordan en viktig samarbeidspartner opplever sine møter med de som kommer på helsestasjonen.

2.1.3 Satsing barn og unge

Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet (2013) har gitt ut en samlet oversikt der de viser til regjeringens satsning på barn og unge. I denne fremkommer det hvordan det i Norge skal satses på at barn og unge i Norge skal vokse opp under beste mulige forutsetninger, og de som er sårbare og utsatte grupper skal avhjelpest. Generelt har det blitt tildelt midler som skal styrke det forebyggende arbeidet, bl.a. med tanke på folkehelsearbeid. Kommunene har fått tildelt 10 millioner for å øke bemanningen på helsestasjonene for å forsterke dette arbeidet, samt å hjelpe barn i sårbare posisjoner. Barnevernet har også fått tildelt midler til å styrke både tiltaksapparat, men også samarbeid med andre instanser. Det samme gjelder for både helsestasjoner og barnevern; «Styrket tverretattlig samarbeid mellom barneverntjenesten og andre tjenester er en forutsetning for å bedre tilbudene til utsatte barn, unge og familier.» (Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet, 2013, s. 82). Det står videre at «Familie- og nærmiljøbaserte tiltak og metoder skal rettes mot utsatte familier for å bedre deres muligheter til å gi barn gode omsorgs- og oppvekstbetingelser. Det er et mål å komme tidlig inn, forebygge og behandle akutte kriser.» (Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet, 2013, s. 86). Det blir altså tildelt midler til nærmiljø tiltak som kan bedre barns omsorgs- og oppvekstbetingelser. Det har de siste årene vært økende satsing

på arbeid med barn og ungdom, der klare signaler har blitt gitt fra statlig hold med bl.a. økte ressurser til å kunne styrke forebyggende arbeid, psykisk helsearbeid og barnevern.

Innledningsvis i sin bok skriver Kari Glavin og Lisbeth G. Kvarme (2003) om viktigheten og betydningen helsesøstre og helstasjonene har hatt for forebyggende helsearbeid og hvor viktig det er å være klar over deres sentrale rolle og ta vare på den, noe jeg er helt enig i. Jeg skal videre presentere hvordan helsesøstrenes rolle er ment til å være.

2.2 Helsestasjonene

Helsestasjonene er en del av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Samlet sett, skal denne tjenesten være et tilbud for barn alderen 0-20 år. Helsestasjonene skal også gi tilbud til gravide om oppfølging i svangerskapet. Dette er noe mor velger selv. Da oppgaven fokuserer på de aller minste barna, ble helsestasjonen en naturlig arena å studere siden den utøver helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn alderen 0-6 år (Sosial- og helsedirektoratet 2004). I følge forskriften om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003) skal tilbudet på helsestasjonen bestå av helseopplysning, veiledning, vaksinasjoner og helseundersøkelser, oppfølging av sped- og småbarn med spesielle behov og oppfølging av foreldre med behov for utvidet støtte.

Helsestasjonene er en del av det kommunale tjenesteapparatet, og det er kommunene som har ansvar for driften av og for å gi ressurser til helsestasjonene. Videre er det staten som skal føre tilsyn ved helsestasjonene (Forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2003). I Norge er det pr i dag ca. 5 million innbyggere, hvorav ca. 400 000 er barn alderen 0-5 år, fordelt på 428 kommuner.²

2.2.1 Helsestasjonens mandat

I forskriften om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003) er formålet at helsestasjonene skal bidra til godt oppvekstmiljø for barn gjennom tiltak som vil kunne styrke foreldrene i foreldrerollen, og tiltak som vil kunne fremme barn og unges utviklings- og læringsmiljø. Denne forskriften ble vedtatt og har vært gjeldende fra 2003 og veileder til forskriften kom påfølgende år. Mitt inntrykk etter å ha lest litteratur som omhandler helsesøsters arbeid og oppgaver, er at det har skjedd utvikling innenfor fagområdet på denne tiden. Implementering av nyere og tilpassede

² Tall hentet fra SSB og nettsiden www.norge.no, per. 01.01.2013.

kartleggingsverktøy, som stiller krav til kompetanse innenfor psykisk helse og barns utvikling er blant denne utviklingen. Tilbudene på helsestasjonen må tilpasses, på samme måte som arbeidsmetodene i barneverntjenesten må tilpasses. Etersom nyere forskning bl.a. anbefaler å tilby hjemmebesøk til nybakte foreldre (Glavin et al., 2010), vil dette også føre til en justering av tilbudet og kravene til helsestasjonen.

Det som er hovedoppgaven til helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene er folkehelsearbeid. «Folkehelsearbeid handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skader, og å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, beskytter mot helsetrusler og som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse.»³ Det er kommunene som skal sørge for at det er tilstrekkelig med ressurser og kompetanse for at arbeidet skal fungere godt for målgruppen. Det er behov for styrking av eksisterende personell og rekruttering av nytt personell med psykososial kompetanse for å kunne imøtekomme de økende kravene ettersom psykososiale vanker også øker. Videre forutsettes tettere tverrfaglig samarbeid (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 7). Tjenesten er ment til å være et lavterskeltilbud, og gjennom kontakten med nærmest alle familier i kommunen sikrer tjenesten hele befolkningen tilbud om vaksiner, helseundersøkelser og informasjon om hvordan forebygge sykdom og skader, støtte til mestring og positiv utvikling. Kommunene har et selvstendig ansvar for å utvikle og organisere tilbudet i forhold til lokale behov så lenge kravet om forsvarlighet og forskrift oppfylles, jf. Tilsynsloven og helsepersonelloven (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 10).

Veilederen legger føringer for at det skal tilrettelegges for planlegging av tiltak som er rettet mot risikoutsatte grupper (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Videre at personlig kontakt med småbarnsfamilier gir gode muligheter for kartlegging for å kunne sette inn passende forebyggende arbeid som er i samsvar med risikoen. Dette punktet er av relevans for mitt tema, og viser at å oppdage risikoutsatte barn og familier er et av kravene til helsesøstrenes arbeid.

”Helsestasjoners tilbud, arbeidsmetoder og organisering gir et godt utgangspunkt for tidlig identifisering og oppfølging av barn, ungdom og familier med psykososiale problemer.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 34). Dette poenget er særlig viktig for min oppgave, for

³ Hentet fra <http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-og-hvorfor-folkehelse/Ny-folkehelselov/>. Dette er en nettside initiert av Helsedirektoratet og som i utgangspunktet skulle være en informasjonsportal i rusrelatert arbeid. Siden innføringen av folkehelseloven 01.01.2012 har Kommunetorget også innlemmet planlegging av folkehelsearbeid som en del av sine tjenester. Se gjerne www.kommunetorget.no for mer informasjon.

den vil kunne vise til om tilbudet, arbeidsmetodene og organiseringen vil kunne gi godt utgangspunkt for tidlig avdekking.

Journalføring og dokumentasjon er en lovfestet plikt (Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2003). Den består av helsekort, kontinuasjonark, percentilskjema og vedlegg (Glavin og Kvarme 2003). Den er et viktig dokument for å følge barnets helse og utvikling, samt til å kunne bidra til informasjon om befolkningens helse. Journalføringen er en viktig del av arbeidet til helsesøstrene, og benyttes både til å registrere barnets utvikling, men også som et arbeidsverktøy for helsesøstrene og resten av bemanningen som er tilknyttet helsestasjon. Journalføring gir adgang til at barn og deres familier kan få et mest mulig helhetlig tilbud.

En artikkel skrevet av Therese Andrews (2002) tar for seg de kravene som stilles til helsestasjoner og helsesøstre, sett sammen med helhets- og brukerideologien som helsesøstrene har. Andrews argumenterer for at helsesøstrene står i en posisjon der ideologiene utprøves på grunn av de «grenseløse krav» som stilles til dem. Andrews anbefaler at offentlige anbefalinger bør revurderes og begrenses, til å møte disse ideologiene, slik at helsesøstrene kan tilby en tjeneste der de selv ikke ender opp med en faggruppe preget av utbrenthet og sykemeldinger på grunn av at kravene blir for store.

2.3 Helsesøsters oppgaver

En helsesøster har både historisk sett, og pr i dag mangfoldige oppgaver. Sølvi Helseth (2007) viser til begrepene «overvåkeren», «huslegen» og «den som bekymrer seg», etter Paulsen (1990) for å belyse noen av oppgavene og kunnskapsgrunlaget til helsesøstrene. Med overvåkeren menes det oppgaver som handler om det primærforebyggende arbeidet, der helsesøsteren skal overvåke helsetilstanden og iverksette nødvendige tiltak. At helsesøster er en «huslege» kan forstås gjennom den rollen helsesøsteren får da det er henne foreldre spør og rådfører seg med når barnet for eksempel har problemer med søvn, ikke vil spise, har utslett på kroppen, osv. Helsesøster «som bekymrer seg» viser til oppgavene helsesøsteren har i forhold til de diffuse, komplekse og vanskelige utfordringer som kan finnes hos familier, og som gjør at helsesøster blir bekymret for hvordan befolkningen har det (Helseth, 2007). Dette går bl.a. på den psykiske helsen, spiseproblematikk, annen atferdsproblematikk, m.m. Og det er nettopp slike temaer en helsesøster er opptatt av; hvordan ser helsen i befolkningen ut, hvilke helseproblemer er aktuelle hos barn, hvordan kan vi imøtekomme og forebygge f.eks. fedme hos barn, osv. (Glavin og Kvarme 2003). Denne kunnskapen gir oppgaven, og meg

som forsker, en teoretisk forståelsesramme i forhold til den gruppen jeg skal forske på. Kjennskapen til formålet og verdiene til helsesøstre vil kunne gi meg et bedre grunnlag for å kunne tolke funnene på en mest mulig åpen måte.

En viktig del av helsesøstrenes oppgaver, som også er relevant for mitt tema er den veiledningen og rådgivningen de gir til foreldre. Helsesøstre har arbeidsoppgaver i forhold til å sørge for barnas helse, og dermed oppnå målet om forebyggende og helsefremmende arbeid. Disse oppgavene blir i tillegg til konkrete målinger og undersøkelser av selve barnet, også gjort gjennom veiledning til foreldre. Retningslinjer for alle helsesøstre i Norge er nedskrevet i helsestasjonsprogrammet.

2.3.1 Helsestasjonsprogrammet

Det er i veilederen til forskriften om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2004) laget forslag til helsestasjonsprogram, men som helsestasjonene tilpasser selv. Programmet er en generell anbefaling, og gir føringer for bl.a. hjemmebesøk, hyppighet for konsultasjoner og hva som skal være undersøkt hos barnet, samt hva som skal være temaer for veiledning. Hyppigheten av konsultasjoner er også formet ut fra barnevaksinasjonsprogrammet, som angir når barn burde fått de vaksinene som er ment å være forebyggende og dermed helsefremmende.

Første besøk anbefales som hjemmebesøk når barnet er 0-2 uker gammelt. Det er flere temaer som er viktige både i forhold til somatiske undersøkelser, og for foreldreveiledning/helseopplysning. Bl.a. er fødselsopplevelsen tematisert, samt spørsmål rundt stell og mating av barnet. Programmet anbefaler så en gruppekonsultasjon for å starte opp barselgruppe når barnet er mellom 4-6 uker. Etter dette anbefales konsultasjoner når barnet er 6 uker, 3 måneder, 4 måneder, 5 måneder, 6 måneder, 7-8 måneder, 10 måneder, 11-12 måneder, 15 måneder og 17-18 måneder. Fra barnet er 6 uker anbefales alle konsultasjoner som både individuell- eller gruppekonsultasjon. Det er kun konsultasjonene når barnet er 3 og 4 måneder at det anbefales å ha gruppekonsultasjon. På to av de konsultasjonene, henholdsvis 7-8 og 10 måneder gamle barn, er tilknytning og løsrivelse anbefalt som tema.

Konsultasjonene etter dette har bl.a. barnets selvhevdelse og barnets selvoppfatning på henholdsvis 15 og 17-18 måneder som tema. Helsestasjonene følger også program i forhold til samspillsveiledning. Det er mitt inntrykk at dette programmet er annerledes nå enn da veilederen til forskriften (2004) ble skrevet. Det er av relevans for masteroppgaven at samspill står som anbefalt tema ved samtlige konsultasjoner, som jamføres samspillveilederen. I den ene av kommunene fikk jeg informasjon om at helsesøstre benytter noe som de kaller

«Foreldrepermen», som inneholder ulik type informasjon. Bl.a. foreligger det en måned for måned oversikt som følger barnets alder. På hver måned står det kort om barnets utvikling, utviklingsmilepæler, og hvordan forelderen kan tilrettelegge for utviklingen.

Det fremkommer her at det er en anbefaling at helsesøstre treffer barnet og familien nesten månedlig frem til barnet blir ett år. Dersom helsestasjoner følger veilederen, treffer helsesøstre barnet og foreldrene totalt 11 ganger fra barnet blir født og til det fyller 18 måneder. Dette antallet er et minimum. Den tar ikke høyde for eventuelle ekstra konsultasjoner som kan bli aktuelt dersom barnet har dårlig vektøkning eller lignende.

I tillegg til selve helsestasjonsprogrammet, er det i veilederen til Forskrift om kommunenes helsefremmende- og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste (2004) laget en sjekklister til hver av de anbefalte konsultasjonene. Sjekklisten tar for seg om barnet utvikler seg adekvat i henholdt til alderstrinn. Det foreligger en annen sjekklister som viser til konkrete forhold som skal gi grunnlag for henvisning eller tettere oppfølging. Altså, en konkretisering av bekymringsfulle forhold rundt barnet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 54-67). Det kan virke som at oppgavene som fremkommer i veilederen er større enn tilmålt tid for konsultasjon med den enkelte familie.

2.3.2 Veiledning

Helsesøstre jobber med å fremme helse, noe som er i tråd med prinsippene om empowerment. Glavin og Kvarme (2003) skriver at empowerment som metode i helsefremmende arbeid bidrar til et syn helsesøstre får i møte med foreldre. Blant annet innebærer det at helsesøstre «...ikke ser på foreldre som passive mottakere av informasjon, men som aktive samarbeidspartnere som vet hva som er best for deres barns trivsel og helse.» (Glavin og Kvarme 2003, s 102). Mitt inntrykk er at det er dette som er en del av målsettingen med veiledningen. Empowerment i helsefremmende arbeid legger vekt på at foreldre må få mer kunnskap om det som er helsefremmende for å kunne påvirke sin egen og barnas helse. Innenfor disse prinsippene er det selve prosessen som er like viktig som målet (Mæland, 2005).

Denne måten å betrakte mennesket på, virker til å skape et bilde av at det er viktig å ha en ustrukturert form i veiledningen, der helsesøstre tilpasser seg det forelderen etterspør (Andrews, 2002; Fjetland & Søreide, 2010). Hva som er mest effektivt er vanskelig å svare på. Noen vil hevde at et ustrukturert program, som krever tilpasning til foreldrenes behov og

temaer, vil være mest effektivt med tanke på målet om å bevisstgjøre og øke mestring og trygghet hos den nybakte forelderen (Andrews, 2002; Fjetland & Søreide, 2010; Glavin et al., 2010; Mæland, 2005). Andre vil hevde at strukturerte programmer er mest effektive, og noen at en blanding av struktur og tilpasning vil være en god måte å veilede foreldre på (Cheetham, Landsem & Tunby, 2011; Fjetland & Søreide, 2010; Glavin et al., 2010; Skovgaard, 2010; Skovgaard et al., 2008). Mitt inntrykk er at hovedmålsettingen med veiledningen av foreldre er å bygge opp selvtillit og selvfølelse, som igjen vil øke tryggheten i rollen som forelder. Dette innebærer et syn på foreldre som er i tråd med empowermentprinsippene som jeg har nevnt over. Foreldrene må selv gå gjennom prosessen for å forstå hvordan de kan påvirke sin egen utvikling, hvordan de fremstår for omverdenen og hva de skal gjøre for å fremme helse hos seg selv. Barnet vil ha nytte av denne veiledningen gjennom måten forelderen vil henvende seg til barnet på.

Helsesøstre gir ut generell informasjon om helse, og om hvordan foreldre kan samspille med barnet sitt. Dette er en generell informasjon som er i tråd med foreldreveiledningsprogram som er utarbeidet som en del av helsestasjonsprogrammet. Denne generelle veiledningen er ment for alle og skal nå alle. Det skal altså være på nivå med universal forebygging. Helsesøstre har mer målrettet veiledning i tilfeller der de observerer samspillsproblematikk, eller der de ser at barnet ikke har adekvat utvikling som de forbinder med forhold hos foreldrene. Dette er målrettet veiledning, men etter de samme prinsippene. Det er mitt inntrykk at helsesøstre i denne type veiledning ønsker å hjelpe foreldre med å øke eller opparbeide evne til sensitivitet og mentalisering, noe som også er bevist til å ha effekt på bl.a. hvorvidt foreldre klarer å forstå og mestre gråt og uro hos barnet (Cheetham et al., 2011; Moe et al., 2010). På denne måten kan foreldre bli bedre på å regulere sine barns følelser og atferd. Helsesøstre virker bevisst egne rammer og betingelser i forhold til hvor omfattende veiledning foreldre har behov for, og det er lav terskel for å henvise til spesialisthelsetjenesten som f.eks. barne- og ungdomspsykiatri eller andre nærliggende lavterskeltilbud som kan finnes i kommunen.

2.3.3 Hjemmebesøket

Et viktig satsningsområde hos helsesøstre de siste årene har vært hjemmebesøk etter fødsel. Glavin et al. (2010) viste i forbindelse med sin doktoravhandling betydningen av systematisk kartlegging etterfulgt av hjemmebesøk for å forebygge og oppdage fødselsdepresjon. Historisk sett har helsesøstres arbeid før helsestasjonene ble opprettet vært i hjemmet. Dette

helt tilbake til menighetssøstrene. De oppsøkte, pleide og hjalp mødre etter fødsler og andre pleietrengende i deres hjem. Muligens har dette noe sammenheng med vektleggingen av å gjennomføre det første møtet hjemme hos familien og ikke på helsestasjonen. Det kan virke som at relasjonen mellom helsesøster og familien skal etableres hjemme hos familien. Det er foreldrene som legger premissene, og helsesøster er gjest, som er forskjellig fra når foreldrene er på helsestasjonen. Dette medfører også muligheten for at foreldre ikke ønsker å ta imot helsesøster på besøk. I de tilfeller blir det første møtet på helsestasjonen. Tidsmessig varer hjemmebesøket opptil halvannen time, mens resterende konsultasjoner varer maks 30 minutter. Helsesøster skal veie barnet, og informere foreldrene både i forhold til samspill med barnet og andre temaer som næring, søvn og lignende.

Grunnen til at jeg kort ønsker å skrive om hjemmebesøket er på grunn av helsesøstrenes vektlegging av betydningen den kan ha, ikke bare med tanke på å kunne oppdage fødselsdepresjon hos mor. Hjemmebesøket er den anledningen helsøster har til å observere hvordan hjemmet er, og hvordan stemningen i hjemmet er. De har anledning til å se mor og om hun bl.a. klarer å slappe av med barnet sitt, om hun klarer å fortelle om fødselen, om hun har spørsmål, osv. Det er foreldrenes arena, hvor de selv er «eksperten», og det er mitt inntrykk av at helsesøstrene verdsetter å møte foreldrene med ydmykhet og at foreldrene selv også skal få kjenne på at helsesøsteren tilpasser seg til familien og ikke omvendt.

Det er forskjell fra kommune til kommune hvorvidt hjemmebesøk skal tilbys til alle nybakte foreldre eller til kun førstegangsfødende. Det som jeg anser som det beste alternativet faglig sett er at tilbudet blir gitt til alle. Dette på grunn av at barnet og foreldrene blir sett i en veldig sårbar periode, at foreldrene har noen å snakke med så snart etter barnet er født, osv. Det er ingen garanti at en kan alt om foreldreskap selv om en har barn fra tidligere. Barn er forskjellige, og har forskjellige temperamentsstiler (Kvello, 2010). Det er min oppfatning at helsesøstre verdsetter hjemmebesøket og ønsker helst at det skal være et tilbud de kan gi til alle. Helsesøstrene i min studie arbeider i kommuner der hjemmebesøk tilbys alle.

2.3.3.1 Psykisk helse og fødselsdepresjon

Jeg ønsker i denne delen å skrive kort om temaet psykisk helse hos foreldre. Jeg velger å skrive om det i denne delen av oppgaven fordi det å oppdage fødselsdepresjon er et satsningsområde på bl.a. hjemmebesøk (Glavin et al., 2010). Det er nærliggende for meg å forstå psykisk helse hos foreldre i forhold til hvordan den vil kunne påvirke deres omsorgsutøvelse, og barnas utvikling. Kvello (2010, s. 214) skriver at «Begrepet *psykiske*

vansker omfatter alle symptomer man har på psykisk ubehag eller psykisk fungering». Det er når symptomene får en mønsterlignende karakter, er vedvarende over lengre tid og går utover hverdagen til personen selv og de som er rundt personen at de karakteriseres som psykisk lidelse. Disse anses som mer alvorlige enn psykiske vansker. Både vansker og lidelser kan diagnostiseres, og i min oppgave vil det være mest relevant å se på depresjon (fødselsdepresjon) og angst.

Litteratur viser at det finnes veldig lite forskning på depresjon- og angstlidelser i barselperioden (Moe & Eberhard-Gran, 2010). Gravide kvinner med depresjon og angst kan ha forhøyede nivåer av stresshormoner, bl.a. kortisol (Moe & Eberhard-Gran, 2010). Foster kan bli påvirket av dette stresshormonet, og det har blitt funnet noe sammenheng mellom disse vanskene og barns søvnmønster, irritabilitet og uro (Moe & Eberhard-Gran, 2010). Det som kan bli en «ond sirkel» er at mors psykiske vansker og lidelse kan vise seg i barnets uro og tegn på misnøye. Mors evne til sensitivitet, mentalisering og inntoning overfor barnet vil ikke være adekvat, og dermed føre til at mor ikke reagerer overfor barnet slik det ønsker. Barnet vil dermed uttrykke enda større misnøye. Barnet vil etter hvert slutte å gi uttrykk for sine genuine behov, men tilpasse seg til det som passer for mor, ettersom mor ikke reagerer adekvat på de opprinnelige signalene. Foreldre kan altså mobilisere mange av sine tanker på seg selv, og dermed vanskeligere se sitt barn og forstå hva barnets uttrykk betyr (Hart & Schwartz, 2009; Moe & Eberhard-Gran, 2010).

Det er fortsatt behov for ytterligere kunnskap om psykisk helse i svangerskapet, bl.a. for å forstå bedre hvordan mors psyke fungerer og utvikler seg i løpet av svangerskap og utover i barselperioden. Denne kunnskapen er viktig for å kunne avdekke og forebygge psykiske vansker og lidelser (Moe & Eberhard-Gran, 2010).

I forbindelse med sin doktorgrad, har Glavin et al. (2010) publisert en fagartikkel som omhandler avdekking og intervensjon i forhold til fødselsdepresjon hos mødre. Det argumenteres for at helsestasjonen, i et tett samarbeid mellom jordmor og helsesøster, kan bidra til disse intervensjonene. Helsesøstrene i studien har gjennomgått kurs og opplæring på spesifikke temaer i forhold til fødselsdepresjon, samt bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Studien viser at de helsesøstrene som har fått denne opplæringen vil på et tidligere stadium oppdage fødselsdepresjon hos mødre, samt følge opp og henvise til aktuelle instanser som en del av intervensjonen. En viktig del av arbeidet i forhold til fødselsdepresjon er hjemmebesøk, og det er funnet at hjemmebesøk er forebyggende i forhold til å oppdage,

men også hjelpe og støtte mor og barnet ved slike psykiske vansker eller lidelser. Stern (i Moe & Eberhard-Gran, 2010, s. 340) hevder at oppfølging ved å dra hjem til foreldre kan ha like god effekt som «hvilke som helst andre former for psykoterapeutiske tiltak». At helsestasjonene i studien vektlegger hjemmebesøk til alle, viser på hvilken måte helsesøstrene er opptatte av psykisk helse hos foreldrene, særlig i barseltiden.

2.3.4 Kartlegging

En del av arbeidet og oppgavene til helsesøstre er kartleggingsarbeidet. Med kartleggingsarbeidet menes kartlegging i form av målrettede undersøkelser, observasjoner og kartleggingsverktøy. Disse arbeidsmetodene vil også være i tråd med veilederen til forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, med tanke på forebyggende arbeid på alle nivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2004; Gjertsen, 2007). I min oppgave vil kartlegging som bidrar til systematisering og strukturering av konsultasjonene og vurderinger være av særlig interesse. Dette vil bl.a. være ulike kartleggingsverktøy og måleinstrumenter som vekt- og lengdemålere.

Et sentralt spørsmål og diskusjon innenfor kartleggingsarbeid på helsestasjoner er bruk av screeningundersøkelser eller ikke, og dersom de skal brukes, og i hvilke sammenhenger. Dette er en diskusjon som jeg har sett i litteraturen og innenfor undersøkelser og forskning (Glavin 2007; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). Bruk av screeningundersøkelser omtales i en rapport utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005). Rapporten kom som et resultat av *Opptrappingsplan for psykisk helse 1990-2008*, og det ble nedtegnet en gruppe som skulle jobbe med å kartlegge hvor systematisk helsestasjonene jobbet for å avdekke høy risiko for utviklingsavvik hos barn 0-6 år, og hvorvidt det skulle innføres screeningsundersøkelser som skulle være en del av dette systematiserte arbeidet. Rapporten går i seg selv gjennom flere kartleggingsmetoder som er utformet for å avdekke risiko for utviklingsavvik hos barn 0-6 år, og redegjør hvorvidt disse kartleggingsverktøyene både egner seg til bruk på helsestasjonen og i hvilken grad de anvendes på helsestasjonen. Konklusjonen i rapporten er at situasjonen er uoversiktlig og at det er store lokale variasjoner i forhold til kartleggingsarbeid. Bruk av kartleggingsmetoder avhenger mye av kjennskap til hva andre i det lokale nærmiljøet kjenner til, og kjennskap til hva som er eksisterende metoder.

Kartleggingsverktøy som er anvendt av helsesøstre er resultater av erfaringsbaserte arbeidsmetoder (Glavin, 2007; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). I

helsestasjonsprogrammet gis det ingen føringer eller krav til bruk av kartleggingsverktøy (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Den tidligere nevnte rapporten fra 2005 gir en oversikt over aktuelle kartleggingsverktøy som kan brukes som et ledd i forebyggingsarbeidet. Relevante kartleggingsverktøy i min oppgave er The Ages and Stages Questionnaire (ASQ), og Edinburg Post Natal Depression Scale (EPDS). Denne rapporten har gjennomgått flere andre kartleggingsverktøy, men disse er ikke relevant for min oppgave. I følge rapporten var ASQ og EPDS begge validert til bruk i norske forhold og oversatt til norsk. Mitt inntrykk er at anvendelsen av tilgjengelige verktøy er avhengig av flere forhold. Den avhenger, som fremlagt, av lokal kjennskap til metoder, deltakelse i prosjekter og personlige preferanser. Glavin (2007) trekker også frem at bruk av kartleggingsverktøy som ledd i forebyggende arbeid ikke har noe formål når det ikke finnes muligheter for oppfølging av eventuelle vansker eller avvik som krever en strukturert og anbefalt oppfølging. Anbefalt oppfølging er også erfaringsbasert og står ofte i stil med det som kartleggingsverktøyet skal beskrive eller måle.

Rapporten konkluderte med at ingen av disse verktøyene kunne brukes i screeningundersøkelser for å avdekke utviklingsavvik hos barn alderen 0-6 år. Det har skjedd en del siden denne rapporten, og både ASQ og EPDS er oversatt og tilpasset norske forhold, samt at de er validert til bruk i Norge. Min studie viser at disse kartleggingsverktøyene brukes som screeningsundersøkelser.

Edinburgh Postnatal Depression Scale ble utviklet slik navnet viser, i Edinburgh. Skjemaet består av 10 spørsmål som mor skal besvare inntil 8 uker etter fødsel. Helsesøster setter av en konsultasjon som er kun for mor, slik at mor og helsesøster kan gå gjennom svarene til mor og ha en samtale rundt det som mor har svart. På hvert av spørsmålene har mor flere alternativer som hun krysser av på. Helsesøster legger sammen en skåre etter at mor har fylt ut og det er denne skåren som gir en pekepinn på om mor gir noe utslag på fødselsdepresjon eller ikke. Avhengig av skåre, kan det gi grunnlag for ytterligere konsultasjoner med helsesøster, eller videre henvisning til bl.a. psykolog for mor (Berle, Arre, Mykletun, Dahl & Holsten, 2003; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005).

Ages and Stages Questionnaire (ASQ) er skjema som foreldre skal fylle ut ved ulike alderstrinn hos barnet. Samlet sett er det barnets utvikling som skal skåres på flere områder. Blant disse er motorisk utvikling, sosial/personlighetsutvikling, kommunikasjon og problemløsning. Det finnes skjemaer på alderstrinnene 4 måneder, 6 måneder, 8 måneder, 10

måneder, 12 måneder, 14 måneder, 16 måneder, 18 måneder og oppover til barnet er 5 år. Det er opp til helsestasjonene å avgjøre på hvilke alderstrinn de ønsker å bruke ASQ.

Helsestasjonene i min studie bruker ASQ på ulike alderstrinn og med ulik hyppighet, men begge anvender de da barna er 6 måneder, 12 måneder og 2 år. Skjemaene består av 19 spørsmål og skal være enkle å besvare⁴. For å kunne svare på spørsmålene, må foreldrene ha kjennskap til hvordan barnet løser situasjoner, hvordan dets motoriske utvikling er, osv. Dette krever at foreldrene samspiller med barnet og stimulerer det, samt at foreldrene kjenner barnet sitt.

Utfylling av begge disse kartleggingsverktøyene er noe som kan betegnes som selvrapporing. Kvello (2007) viser til at all form for selvrapporing kan føre til både overrapportering og underrapportering av forhold ved en selv eller ved andre. Med andre ord kan dette innebære at når foreldre selv skal fylle ut disse skjemaene, vil det være tendenser til å underrapportere det som de selv kan oppleve som negativt og overrapportere det de selv mener vil være positivt. Dette vil også være tilfelle for begge kartleggingsverktøyene som er presentert. Det er mitt inntrykk at helsesøstrene er bevisste på dette, og mener at det er viktig å utdype svar i skjemaene med oppfølgende spørsmål i samtale med foreldrene.

⁴ Informasjon funnet på nettsiden til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Region sør og øst (R-bup). Internettlink: <http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/pages/asq> (lest 15.10.13).

3 Utviklingsteoretiske perspektiver

Jeg skrev tidligere i oppgaven om at barn i de første 2 leveår utvikler seg betydelig under de riktige forutsetninger og omsorgsbetingelser. I den store «verden» av perspektiver og meninger for hvordan barn utvikler seg, hva som er viktig for å fremme best mulig utvikling, har jeg valgt ut dagsaktuelle teoretiske perspektiver som jeg anser best vil belyse temaene i min oppgave. Det finnes flere syn på hvordan barn og mennesker utvikler seg. Det finnes et skille mellom teorier som ser individet innenfra og teorier som ser individ og miljø i en gjensidig påvirkningsprosess (Hart & Schwartz, 2009; Kvello 2011, 2007). Mennesket har både medfødte, biologiske egenskaper som er betinget og utløses gjennom samspill med miljøet det er en del av. I min oppgave er samspill og relasjon nøkkelord, og utviklingsteoretiske perspektiv som jeg mener best vil belyse mitt tema er tilknytningsteori. Videre mener jeg at teoretikere ofte beskriver likestilte prosesser og fenomener i barns utvikling, men belyser dem på ulike måter. Jeg mener derfor det er viktig å anvende kunnskap fra andre teorier som kan gi en bredere forståelse av utviklingen til de minste barna, og som kan på et vis utfordre hverandre. Jeg ønsker å anvende mentaliseringsbegrepet og teori om barnets utvikling av selvet av Daniel Stern i tillegg til tilknytning for å best belyse temaet i min oppgave.

3.1 Tilknytning

«In the fields of social and emotional development, attachment theory is the most visible and empirically grounded conceptual framework.» (Jude Cassidy & Phillip R. Shaver, 2008, s. xi). Tilknytningsteorien er en av teoriene som anses til å ha forandret en måte å tenke om utvikling hos mennesket på, og en forklaringsmodell på hvordan en påvirkes av kontakten og betingelsene i relasjonene til betydningsfulle andre i alle stadier av livet. Teorien brukes både for å forstå hvordan barn har hatt det tidligere, hvordan det er her og nå, men den brukes også til å se hvordan situasjonen nå vil ha sammenheng med hvordan for eksempel et barn vil kunne fungere senere i livet. Dermed legges det til en klinisk dimensjon med tanke på endring og behandling.

John Bowlby og Mary Ainsworth er de som anses som de mest sentrale innenfor utviklingen av tilknytningsteorien slik den er forstått i dag (Cassidy & Shaver, 2008; Hart & Schwartz, 2009). Bowlby (i Brantdzæg et al., 2011) mente at tilknytning er avgjørende for babyens overlevelse, er selektiv og blir genetisk overført til neste generasjon. På denne måten er tilknytning et produkt av evolusjonen. Hvis man tenker et barn som blir født inn i en verden

der det er fare for at den kan bli tatt av rovdyr, mente Bowlby at barnet gjennom tilknytningssystemet er biologisk utformet i forhold til å sikre overlevelse. For eksempel at barnet ammer morens bryst og dermed har mye nærkontakt og utvikler nær relasjon til mor (tilknytning). Dermed kan det sikre overlevelse fordi barnet, gjennom tilknytningen til mor, vet at det kan søke sikkerhet hos henne. Tilknytning, slik vi ser og forstår den i dag, kan dermed betraktes som en del av evolusjonen og at vår biologiske utforming (som har sammenheng med tilknytningssystemet, men også andre atferdssystemer) er et produkt av evolusjonen.

Da teorien ble utviklet, var bl.a. tilgang på teknologiske hjelpemidler en annen enn hva den har vært de siste tiårene. Ettersom teknologien har blitt tilgjengelig og mye mer avansert, har det også kommet ytterligere kunnskap innenfor bl.a. hjerneforskning som har muliggjort å videreutvikle og bygge bro med tilknytningsteorien (Brandzæg et al., 2011; Hart & Schwartz, 2009). Mye på grunn av dette har det kommet en nyere bølge innenfor interesse og anvendelse av tilknytningsteoretisk fokus som har blitt sett innenfor barnevernfeltet (Hart & Schwartz, 2009; NOU 2012:5). Denne sammensmeltingen av kunnskap om nevrobiologi og tilknytning har ført til en mer inngående forståelse av hvordan menneskets medfødte strukturer er både lagt til rette for å bygge relasjoner med andre og hvordan relasjonserfaringer igjen påvirker hvordan og i hvilken grad de ulike strukturene i hjernen utvikles. Jeg mener også at Daniel Sterns teori om barns utvikling av selvfølelser også kan brukes til å utvide forståelsen av tilknytningsteori, noe jeg skal skrive om senere i kapitlet.

Tilknytning består av et opplevelsesaspekt, altså hvordan barnet opplever andre mennesker. Det består også av et atferdssystem, det vil si hva barnet gjør for å søke trygghet, og atferdssystemet består av ulike tilknytningsatferder. Tilknytning, slik jeg forstår det, er medfødt hos barnet og at barnet knytter seg til sine omsorgsgivere uansett hvordan de er overfor barnet. Det er kvaliteten på tilknytningen og betydningen den har for barnet som er det sentrale.

Tilknytning består også av *the caregiving system*, eller omsorgssystemet, som er omsorgsgivers forhold til barnet (George & Solomon, 2008). George & Solomon (1996) beskriver det slik:

«Although reciprocal, behavior is organized by the attachment system to *seek* protection; behavior is organized by the caregiving system to *provide* protection. » (George & Solomon, 1996).

Det vil si at tilknytningssystemet organiserer atferd for å *søke* beskyttelse, mens omsorgssystemet organiserer atferd hos den voksne for å *gi* beskyttelse. Tilknytningssystemet gjør det mulig for barnet å kjenne på hvilke situasjoner som er trygge eller ikke trygge, for så å kunne reagere på en måte som vil gjøre dem mest mulig trygg, og minst mulig utsatt for risiko (Broberg, 2005). Når barnet utsettes for fare eller stress, utløser det en tilknytningsatferd som er resultat av tilknytningsstrategi – eller stil, men også av medfødte og nevrobiologiske reaksjoner som har sammenheng med de ulike tilknytningsstilene (Schore i Hart & Schwartz, 2009). Tilknytningsatferd er periodisk tilbakevendende og aktiveres og deaktiveres avhengig av omstendighetene (Kvello, 2010). Tilknytningsstil derimot, er noe som er vedvarende og som er en forholdsvis stabil måte å søke trøst, trygghet, kontakt på med bestemte personer helt uavhengig av omstendigheter. Barnets tilknytningsatferd er spesifikk og aktiveres i situasjoner der barnet opplever fare, og stilen betegner hvordan barnet takler disse faresituasjonene; søker barnet trygghet hos forelderen, eller søker det trygghet hos seg selv eller på en annen måte (Brantdzæg et al., 2011; Kvello, 2011). Barnet er også et nysgjerrig vesen som har behov for stimuli og utforskning for å kunne utvikle seg. Barnet har behov for følelse av trygghet og kjennskap til en voksen person som kan være denne tryggheten. Dette gjør dem i stand til å kunne utforske uten bekymringer og redsel. Uten denne trygghetsfølelsen kan det lett føre til årvåkenhetstilstand hos barnet der det konstant er på utkikk etter om det finnes fare som ligger på lur, samt at de er usikre på hvordan de kan søke trygghet hos, og om det vil få trygghet, dersom noe truende skulle skje (Brantzæg et.al 2011; Broberg, 2005; Kvello 2011).

Den viktigste faktor som påvirker etablering av tilknytning er barnets opplevelse med omsorgsgivere (George & Solomon, 2008).

3.1.1 Tilknytningsstiler

Mary Main (1990, i Brantdzæg et al., 2011, s.84) hadde en antagelse om at barns grunnleggende og primære tilknytningsstil er den trygge, og at de utrygge tilknytningsstilene er forbeholdne former som gjør det er mulig for barnet å knytte seg og føle nærhet til forelderen når det er forhold som ikke er optimale.

Bowlby mente, i motsetning til for eksempel Freud, at en ikke skulle legge vekt på instinktive drifter og konflikter innad i psyken, men heller på betydningen av erfaringer barnet gjør i de nære relasjonene barnet er en del av og hvordan relasjonserfaringene er med på å forme barnets opplevelse og følelse av seg selv. Videre danner barnet et bilde av hvem det er og hvor mye det fortjener foreldrenes oppmerksomhet og kjærlighet, gjennom relasjonserfaringene med foreldrene sine. Dette legger grunnlaget for handlingsplaner hos barnet for hvordan det skal oppleve trygghet, kontakt og nærhet hos sine omsorgspersoner. Når barnet føler seg utrygt, stresset eller truet, aktiveres det strategier for å takle disse situasjonene basert på forventningene (Brandtzæg et al., 2011).

Det er vanlig å skille mellom tilknytning og tilknytningsatferd innenfor tilknytningssystemet (Brandtzæg et al., 2011). Kvello (2010) skriver bl.a. om tilknytningsstil. Tidlig i det første leveåret begynner barn å vise atferd som signaliserer ønske om kontakt og nærhet til sine omsorgsgivere, og de vil foretrekke å henvende seg til dem allerede fra spedbarnsalderen. Dette er signalatferd, som for eksempel gråt, smil, lyder, orienteringsatferd (for eksempel følge etter) og aktiv fysisk nærhet (trekke seg opp etter morens bein eller omklamre henne). Barnets signalatferd vil igjen utløse reaksjoner hos den voksne, som forhåpentligvis er en inntonet reaksjon. Barnet kan ikke regulere den fysiske avstanden til den voksne, men signalatferden og orienteringsatferden gir den voksne signaler på hva barnet ønsker, og om det bl.a. ønsker nærhet og kontakt. Denne type atferd gir grunnlag for tilknytning, sammen med andre former for atferd senere.

Barnet etablerer tilknytningsstiler på bakgrunn av respons og reaksjoner det får fra sine foreldre når barnet gir uttrykk for at det vil ha en eller annen form for oppmerksomhet, omsorg eller trygghet. Mary Ainsworth (i Brandtzæg et al., 2011; Kvello, 2010) var en av nøkkelpersonene som identifiserte 4 ulike tilknytningsstiler ved hjelp av en metode som kalles «fremmedsituasjonen». Dette er en metode som er utformet for å teste hvordan barnet reagerer når det er i en fremmed situasjon først sammen med forelderen sin, når det er alene, og når det er alene med en fremmed. Tilknytningen til barnet vurderes også på grunnlag av reaksjoner barnet viser ved gjenforeningen mellom forelder og barnet, etter barnet har vært alene og alene med en fremmed. Det er identifisert fire ulike tilknytningsstiler: trygg tilknytning, utrygg, unnvikende tilknytning, utrygg, ambivalent tilknytning og desorganisert tilknytning.

3.1.1.1 Trygg tilknytning

Barn som kategoriseres til å ha trygg tilknytning har erfaringer med sine foreldre at de er sensitive overfor barnet og barnets behov, at barnet opplever at det kan søke trygghet, trøst og anerkjennelse hos sin forelder, samt at forelderen klarer å hjelpe barnet ved å regulere det. Dette er med på å skape forutsigbarhet og stabilitet for barnet. Barnet vil oppleve trygghet i å vite og forvente at mor eller far vil reagere på lignende måter flere ganger. Barnet vil vite at foreldrene vil beskytte barnet fra fare, foreldrene vil se barnet, vil forstå det som barnet kan ha opplevd som skummelt og vil trygge barnet på at det helt fritt kan gå tilbake og utforske. Barnet er nysgjerrig av natur og ønsker å tilfredsstille nysgjerrigheten gjennom utforsking. Barnet vil oppleve mestring. Når barnet opplever foreldre som er tilgjengelige på denne måten, vil utvikle et selv bilde der de ser på seg selv som et verdifullt menneske; verdig for sine personlighetstrekk, tanker og kjærlighet.

3.1.1.2 Utrygg unnvikende tilknytning

Utrygge barn opplever foreldre som er skriftende i sin tilgjengelighet og responser i forhold til barnet. Barnet vil dermed bruke mye av sin kognitive kapasitet til å være årvåken overfor forelderens tilstand, væremåte og hva de tror forelderen kommer til å gjøre (Brandtzæg et al., 2011). Utrygg tilknytning deles i unnvikende og ambivalent, men fellesnevneren «utrygg» vitner stort sett om barn som bruker mye av sin energi til å tilpasse seg forelderen og til å regulere seg selv. De utrygge tilknytningsstilene anses som organiserte, der barnet får en relasjon til forelderen til tross for at forelderen i visse elementer i omsorgen er utilgjengelig. Barnet vil være i stand til å følge en utviklet og organisert strategi, selv om ikke alle behovene er dekte, men det vil være en viss form for forutsigbarhet for barnet i forhold til forelderens responser og tilgjengelighet (Brandtzæg et al., 2011).

Barn med unnvikende tilknytning har opplevd foreldre som stort sett avviser dem, og de har erfaring med foreldre som ikke anerkjenner deres behov for emosjonell støtte eller trygghet. Barnet opplever at det ikke kan søke trygghet hos forelderen. Barnet vil nedtone eller ikke vise tilknytningsatferd i situasjoner som barnet opplever som truende; barnet overregulerer sine følelser og nedtoner atferd som de forventer at foreldrene ser på som uønsket, siden de har opplevd at foreldrene har avvist dem flere ganger tidligere når de har uttrykt lignende behov. Selve strategien er å nedtone tilknytningsatferden, og tilpasse sin oppførsel til slik barnet vil tro at forelderen ønsker eller tåler. For andre vil disse barna lett kunne fremstå som

selvstendige og selvhjulpne, og vil ha vansker med å ha tilgang til emosjonsopplevelser og vil finne det vanskelig å snakke om og uttrykke følelser (Brandtzæg et al., 2011; Kvello, 2010).

3.1.1.3 Utrygg ambivalent tilknytning

Barn som har etablert denne tilknytningsstilen har opplevd foreldre som på grunn av stor usikkerhet, er skiftende og ujevn i forhold til sin omsorgsutøvelse. Barn opplever foreldre som vil søke anerkjennelse hos dem, for å bygge opp sin egen sikkerhet. Barnet vil dermed bygge opp en strategi der det vil gjøre alt det kan for å bli lagt merke til. Barnet opplever ikke forelderen sin som sensitiv til dets behov, eller en forelder som reagerer på en måte som står i stil med det barnet har forsøkt å gi signal om. Barnet opplever foreldre som ikke klarer å støtte barnets utforskning. Samtidig som barnet ønsker fokus på seg selv, vet det at det ikke får det av forelderen. Barnet vil dermed både ha sinne og tristhet fordi det vet at det ikke kan søke nærhet hos forelderen sin eller ta forelderens omsorg for gitt. Barnet vil motsette seg trøst og regulering fra forelderen på grunn av denne ambivalensen barnet har inni seg i forhold til forelderen (Brandtzæg et al., 2011).

Barn med denne tilknytningsstilen vil søke seg til nærhet, men de vil forvente avvísning. I motsetning til mønstre en ser hos barn med unnvikende tilknytning, så er barn med ambivalent tilknytning preget av emosjoner og affekter, og vil gjerne overdrive disse ved enten å bli veldig sutrete, klengete, sinte, osv. De vil ha tendenser til å ha signalatferd som ikke står i stil med hvordan de egentlig føler sine behov. Når de har et ønske om å utforske og når de ikke opplever å bli utfordret gjennom fare, gir de signaler til foreldrene som at de har behov for oppmerksomhet, regulering eller trøst. Når barnet opplever behov for trygghet, viser de ikke signaler på dette, men dekker heller over (Brandtzæg et al., 2011; Kvello, 2010).

3.1.1.4 Desorganisert tilknytning

Barn som etablerer desorganisert tilknytningsstil har opplevd en forelder som skremmer dem og som virker skremmende i kontakten med barnet. Dette fører til stor emosjonell uro og usikkerhet hos barnet. Barnet opplever at det ikke har noen sted å søke trøst, samtidig som det må forholde seg til forelderen som viser en eller annen form for skremmende atferd (Brandtzæg et al., 2011; Kvello, 2010). I følge Kvello (2010) er en veldig høy andel av barna som er i kontakt med barnevernet klassifisert med denne tilknytningsstilen. Barn som har denne tilknytningsstilen har både opplevd skremmende foreldre og opplevd reell fare, samt at de mangler atferdsstrategi når tilknytningssystemet aktiveres (Brandtzæg et al., 2011). Dette fører til at barna er skremte, redde og føler seg psykologisk og emosjonelt forlatt. Den

personen som skal være deres trygge base og havn er den som utviser den største faren. Barna blir i mangel av strategier til å kunne takle vanskelige situasjoner, og dermed vanskelig for å etablere en organisert indre, emosjonelt liv. Disse barna er i høy risiko for å utvikle senskader og senere psykiske vansker (Brandtzæg et al., 2011; Kvello, 2010; NOU 2012:5; Skogli & Øie, 2010; Slinning et al., 2010).

Desorganiserte barn vil kunne ha preg av å ville kontrollere situasjoner. Et eksempel på dette er at barn som er utsatt for overgrep til kunne fremprovosere overgrepene for på denne måten å ha kontroll over situasjonen. For barnet vil uvissheten og ventingen på overgrepet være en større belastning, og vil dermed ty til å fremprovosere overgrepet selv (Kvello, 2010).

3.1.2 Indre arbeidsmodeller og indre representasjoner

Begrepet indre arbeidsmodell er utviklet av John Bowlby (Hart & Schwartz, 2009). Andre forskere og teoretikere har lignende begreper der de mener at barn utvikler indre representasjoner gjennom samspill og interaksjon med sine mødre eller omsorgsgivere. Disse indre representasjonene blir så integrert i barnet, og er noe barnet bruker til å få en forståelse av seg selv, og forståelse av andre. Donald Winnicott (i Hart & Schwartz, 2009) skrev i sin teori om barnets utvikling om lignende indre representasjoner. Det samme har Daniel Stern brukt i sin teori, der han bl.a. mener at utviklingen av disse indre representasjonene er en forutsetning for personlighetsutviklingen.

Indre arbeidsmodeller kan bli beskrevet på følgende måte:

«Bowlby (1969/1982) proposed that the attachment behavioral system is regulated by internal working models that evaluate, emotionally appraise, and organize the infant's real-life experience. (...) ...these models are updated and reworked to achieve internal consistency and available for use in novel situations or at the basis of future plans.»
(George & Solomon, 2008:840).

Arbeidsmodeller er strukturer som er konklusjon eller abstraksjon ut fra relasjonserfaringer. De består av kognisjon, emosjoner, tanker og konstruksjon på bakgrunn av de relasjonserfaringene en har til bestemte personer.⁵ Videre fungerer de generaliserende både i forhold til ens selvbylde og selvoppfatning, samt hvordan andre mennesker vil oppføre seg og hvordan en vil forvente andre vil tenke om en selv. Denne abstraksjonen kan ligne noe på den Daniel Stern (1985) skriver om, som handler om at det enkelte barn drar en slutning eller et gjennomsnitt på bakgrunn av sine relasjonserfaringer som forteller barnet noe om hva det skal

⁵ Seminar med Øyvind Kvello på Olavsgaard konferansehotell, 16.01.13

tenke, hvordan det skal agere, hva det skal føle om seg selv og andre på bakgrunn av hvordan de har blitt møtt av de signifikante voksenpersonene i livet. Det forfatterne i sitatet overfor får frem av Bolwbys beskrivelse er at indre arbeidsmodeller evaluerer, organiserer og setter en emosjonell verdi på barnets opplevelse. På denne måten hjelper det barnet å finne ut hvordan det skal organisere sin tilknytningsatferd.

Barnet etablerer arbeidsmodellen gjennom hele oppveksten. Arbeidsmodellen er en indre struktur som er en ubevisst struktur, men som enkelte forfattere hevder vil kunne være tilgjengelig gjennom bl.a. psykoedukasjon (Brandtzæg et al., 2011; Kvello, 2010). De indre arbeidsmodellene vil prege en utover voksenlivet, samt hvordan en selv vil være som forelder. Disse arbeidsmodellene legger grunnlaget for de store strukturene hos mennesket som identitet, selvbilde, egenverdi, opplevd mental helse og livskvalitet (NOU 2012:5).

I den første fasen av etableringen av arbeidsmodellen handler det om fysisk tilværelse av voksne som kan være der for barnet for å bl.a. trøste det og trygge det i situasjoner som vekker redsel hos dem. Barnet vil da utvikle arbeidsmodeller på om voksne i nettverket er til å stole på eller ikke (NOU 2012:5). Nærmere treårsalderen har barnet utviklet en følelse av hvem det skal stole på av voksne når det har behov for det. Ut fra disse erfaringene, trekker barnet en slutning på sin egenverdi (NOU 2012:5). Spørsmålet er her om det føler at det er verd omsorg eller ikke. Dette har betydning for hvordan barnet kommer til å utvikle eget selvbilde. Et trygt et eller vaklende selvbilde? Egenverdien vil handle om hvor mye en føler at ens følelser, tanker, handlinger og ønsker er verdt. Dette ut fra måten en har opplevd at foreldre har respondert på de uttrykkene som har blitt gitt, samt hvor psykologisk tilgjengelige foreldre selv har vært bl.a. i forhold til sensitivitet og mentalisering.

På samme måte som det finnes indre arbeidsmodeller som beskriver hvordan barnet bl.a. utvikler en tilknytningsstrategi, finnes det også forfattere som har argumentert for at det finnes tilsvarende arbeidsmodeller i forhold til omsorgssystemet (George & Solomon, 2008). Disse forfatterne hevder at omsorgspersoner etablerer indre arbeidsmodeller som skiller seg fra de arbeidsmodellene som de selv har knyttet til sitt tilknytningssystem. Disse kan betegnes som representasjoner av omsorg. Det finnes omfattende forskningsresultater som viser til at mennesker gjennom livet blir påvirket av bl.a. tidlige relasjonserfaringer (Brandtzæg et al., 2011; George & Solomon, 1996, 2008; Kvello, 2010). George & Solomon (2008) hevder at foreldres omsorgssystem blir til som en blanding av etablerte indre arbeidsmodeller (altså egne relasjonserfaringer og tilknytning), synet på rollen som forelder og av selve barnet.

Min forståelse er at indre arbeidsmodeller er med på å skape bilder av hva en selv fortjener som person, som også til legge grunnlag for hva en forventer av andre mennesker og hvordan en oppfører seg mot andre rundt seg. De indre arbeidsmodellene vil være styrende for bl.a. barns atferd, og valg av tilknytningsstil og atferd.

3.1.3 Sensitivitet

Kvalitet på foreldrenes sensitivitet har vist seg å ha sterk sammenheng med barns tilknytningsstil (Kvello, 2011). Sensitivitet kan være vanskelig å definere, men den kan beskrives som «en aksept av barnets behov, som å vise mange positive emosjoner og affekter, støtte barnets oppmerksomhetsfokus og samtale, gi bekræftelser og positiv imitering av barnets atferd.» (Kvello, 2011, s. 61). Sensitivitet handler om at foreldrene klarer å fange opp og forstå barns signaler på en nyansert og fleksibel måte, og klarer å respondere på dem på en inntonet, tilpasset og velregulert måte. Sensitivitet innebærer at forelderen klarer å være oppmerksom på barnet sitt, gi barnet tid til å formidle det som barnet ønsker eller vil, og respondere på barnet på en måte som er tilpasset barnets signaler. Donald Winnicott (i Hart & Schwartz, 2009) skriver om en moderlig funksjon og om barnets fasiliterende omverden. Min forståelse er at den moderlige funksjonen kan sammenstilles med hva sensitivitet betyr. Winnicott skriver at denne moderlige funksjonen vekkes i svangerskapet og den gjør mor i stand til å vekke en form for opptatthet hos mor. Denne «opptattheten» gjør at mor klarer å tilpasse seg barnet sitt, og være ett med barnet sitt slik at hun er lydhør for alle barnets behov, særlig i barseltiden. Mor har en evne til sensitivitet ved at hun klarer å flytte fokuset fra seg selv over på barnet, slik at hun er i stand til å tolke barnets signaler som noe som kommer fra barnet og ikke henne selv.

Grad av sensitivitet vises gjennom foreldrenes samspill, bl.a. gjennom blikkontakt, regulering av samspillsaktivitet med barnet, inntoner overfor barnet og måten foreldre håndterer barnet på (Azak, 2010; Hart & Schwartz, 2009; Kvello, 2010). Sensitivitet innebærer at foreldrene er emosjonelt og psykisk tilgjengelige og tilstedeværende i samspillet med barnet. Foreldrenes evne og grad av sensitivitet kan påvirke i hvor stor grad de klarer å være psykologisk tilgjengelig for barnet da det trenger nærhet, trøst, bekræftelse og trygghet. Grad av sensitivitet vil ha sammenheng med omsorgssystemet. Dersom foreldre ikke er sensitive, vil dette kunne føre til at omsorgssystemet ikke aktiveres. Dette fordi foreldrene ikke klarer å være sensitive og oppmerksomme på situasjoner som kan være truende for barnets trygghet. På denne måten vil grad og evne til sensitivitet hos forelderen ha påvirkning på barnets

tilknytning, siden barnet etablerer en tilknytningsstil ut fra hvordan det opplever forelderens tilgjengelighet og mulighet for å finne trygghet, bekreftelse og beskyttelse.

3.1.4 Omsorgssystem –«Caregiving system»

På samme måte som det finnes en organisert tilknytningsatferd, har forskning vist at det finnes tilsvarende omsorgsatferd. Videre finnes det omsorgsstil, som er tilsvarende til tilknytningsstil. Det finnes sammenheng mellom omsorgsstil og tilknytningsstil hos foreldre og barn (George & Solomon, 2008). Daniel Stern (1985) har fokus på viktigheten av foreldres inntoning overfor barnet og hvor stor betydning denne har for å regulere «arousal» nivået hos barn og dermed deres utvikling av selvforneemmelser. Winnicott har også skrevet om viktigheten av inntoning og sensitivitet hos foreldre for å hjelpe barn til å kunne «være alene» med seg selv (Hart & Schwartz, 2009). Dette er tegn på foreldres omsorgsutøvelse eller «caregiving» som også brukes til å måle hvorvidt foreldre klarer å ha en type omsorg for barnet sitt, for å tilrettelegge for trygg tilknytning hos barnet. Donald Winnicott (i Hart & Schwartz, 2009) fokuserte på hvordan barnets «fasiliterende omverden» er i stand til å være helt tilpasset barnet i dets første levemåneder og at dette begrepet innebærer «den gode mor-funksjonen». Donald Winnicotts teori om barns utvikling var banebrytende i sin tid på grunn av hans mening om at barnet utvikles i relasjon til andre, og primært sin mor. Winnicott skrev om den fasiliterende omverden for barnet, som innebærer at mor er i stand til å være helt tilpasset barnet, særlig i barseltiden. Dette innebærer evne til sensitivitet hos mor, og evne til å sette seg inn i barnets livsverden. Mødre som er nyanserte og reflekterte vil i større grad kunne tilpasse seg barnet, etter barnets behov. Barnet vil sannsynligvis utvikle trygg tilknytning, og en opplevelse av at det er et eget individ med egne behov. Winnicotts fasiliterende omverden består av flere funksjoner som holding, håndtering, objektpresentasjon og speiling. Dette synet kan bidra med en større forståelse av hva som er viktige komponenter innenfor omsorgsatferden. Funksjonene vil kunne gjøre det lettere å beskrive hvordan samspill mellom foreldre og barnet er. Både det verbale og nonverbale samspillet. I selve samspillet er komponenter som hvordan mor holder sitt barn, hvordan hun spiller sitt barn, om hun er sensitiv eller ikke, deler som utgjør denne fasiliterende omverden, og dermed en omsorgsatferd.

Atferdssystemer kan sies å være medfødte, og kvaliteten av hvordan de utvikles henger sammen med miljøet de får etablert seg i. Atferdssystemer går gjennom en modningsprosess, der noen atferdssystemer modnes raskere enn andre. Omsorgssystemet er eksempel på et

atferdssystem, og det er antatt at det modnes fra barndommen og særlig når en blir forelder selv. Et tegn på et system som er modnet er at det foreligger mulighet for fleksibilitet og tilpasning ved ulike type stimuli (George & Solomon, 2008). Et modent omsorgssystem vil for eksempel ha egenskaper av å kunne tilpasse seg til de forandringer som følger med barnets utvikling.

Den største endringen og utviklingen av omsorgssystemet kommer i løpet av graviditet, fødsel og kontakt med spedbarnet. Det skjer forandringer på et biologisk nivå i kvinnens kropp i løpet av svangerskapet. Hormonforandringer er vanlig og er med på å påvirke mors følelsesliv, tanker og opplevelser om både seg selv, om menneskene rundt, om hvordan verden er her og nå og hvordan den vil kunne være for barnet (George & Solomon, 2008; Slinning & Eberhard-Gran, 2010). Kvaliteten på omsorgssystemet kan undersøkes og registreres (George & Solomon, 2008). Et viktig element i forhold til å registrere kvaliteten av omsorgssystemet er ved å undersøke hvordan foreldre tenker om barnet sitt (både før og etter fødsel), hvordan synet på barnet og forelderrolle er betont (positivt eller negativt), og foreldrenes påvirkning av barnets fødsel. Selve fødselen kan ha en innvirkning på mors videre omsorgsutøvelse, selv om det ikke har blitt funnet sammenheng mellom mors «bonding» opplevelse under fødselen og barns tilknytningsstil senere (George & Solomon, 2008).

Det som fremstår som at den sterkeste påvirkning på *modning* av omsorgssystemet er barnet selv. Inntil barnets fødsel har omsorgssystemet vært i en modningsprosess gjennom flere faser tidligere i livet, og vil påvirkes av de erfaringene og opplevelsene foreldre selv har hatt fra barndom og frem til voksenlivet. Det er påvist at dersom mødre ser på sine barn som fysisk inattraktive innebærer det risiko for vanskjøtsel, avvisning og avkall. Videre har det blitt vist at tolkningen mor har av barnet og deres relasjon påvirker sterkere hvordan mor er overfor barnet enn noen av barnets egenskaper, som for eksempel temperament (George & Solomon, 2008). Tolkningene foreldre gjør i slike situasjoner kan i sin tur påvirke og vekke egne barndomsminner og egne tilknytningserfaringer. Dersom en mor tolker og tillegger barnet egenskaper som det ikke har, kan dette både være utløst av tidligere tilknytningserfaringer (triggere), og av hvordan omsorgssystemet har modnet og utviklet seg.

George & Solomon (2008) presenterer begrepet indre *representasjoner av omsorg* (min oversettelse) når de kategoriserer foreldres omsorgsstiler. Representasjonene viser primært til hvordan foreldre forteller om sin omsorgsutøvelse gjennom flere intervjuformer, både ut fra seg selv, hvordan de ser på barnet og hvordan de ser på relasjonen mellom seg og barnet.

Representasjonene handler om måten foreldrenes innstilling til seg selv som forelder er, innstilling til hvordan forelderens er for den andre (altså barnet) og en innstilling til relasjonen mellom forelder og barnet. Et element som George og Solomon (2008) har benyttet seg av, er å tolke foreldrenes representasjoner gjennom å plassere fortellingene eller innstillingene på en dimensjon av psykologiske prosesser. Det vil si at fortellingene har blitt tolket og analysert gjennom prosess av hvorvidt foreldre har bevissthet rundt sine strategier og handlinger mot barnet, og hvordan handlinger kan påvirke relasjonen mellom forelderens og barnet (George & Solomon, 2008). Foreldrenes egne tilknytningserfaringer vil være av relevans for å få et bedre bilde av representasjonene. Jeg vil legge til grunn en slik tilnærming til å forstå og presentere omsorgssystemet og omsorgsstiler. Denne forståelsen vil ikke nødvendigvis være lik hvordan foreldres atferd overfor barnet er, selv om den har en sammenheng med representasjonene og omsorgsstilen. En viktig faktor er å se på hvordan foreldrene selv oppfatter og forstår seg selv, barnet og relasjonen, sammenlignet med foreldres faktiske væremåte overfor barnet.

Ut fra foreldrenes fortellinger, kan en trekke ut det som Kvello (2010) betegner som attribusjonsstil, eller mønster. Det er måten foreldre forteller om og beskriver på dimensjonene og faktorene nevnt over, hva de vektlegger, hvordan de forklarer sine handlinger og hvordan de ser på seg selv som omsorgsgivere. Tillegger foreldrene sine meninger eller handlinger på noe som er utenfor dem selv, eller forhold som gjelder dem selv og deres egen personlighet? Eller viser de lite innsikt i forhold til egen påvirkning på relasjonen mellom seg og barnet? Forskning har vist at det er sammenheng mellom hvordan foreldre attribuerer og barns tilknytningsstiler (George & Solomon, 1996; Kvello 2010).

Jeg vil i det følgende gi en kort presentasjon av aktuelle og relevante omsorgsstiler og omsorgsatferd som er vist gjennom studie gjort av George og Solomon (1996, 2008).

3.1.4.1 Fleksibel og tilpasningsdyktig omsorgsstil (trygg tilknytning)

Bowlby (i George & Solomon, 2008) mente, i tråd med biologiske teorier, at kropp og nevrobiologi jobber og kompenserer for at mennesket skal oppnå en tilstand av homeostase, eller balanse. For å relatere dette til omsorgssystemet, så vil forelderens søke å oppnå en slik balansert tilstand. Videre vil slike tilstander innebære evne til fleksibilitet og tilpasning. Slike prosesser er ikke nødvendigvis bevisste prosesser. Indre arbeidsmodeller er ubevisste prosesser som blir synlige gjennom atferd, og det er vanskelig å endre indre arbeidsmodeller, nettopp fordi det er ubevisste strukturer og prosesser som må hentes frem på spesifikke måter (Kvello, 2010). Det har blitt påvist at barn som blir kategorisert med trygg tilknytning, har

opplevd foreldre med en omsorgsstil og atferd preget av at de klarer å moderere og tilpasse stimulering av barnet, at de klarer å respondere barnet når det uttrykker usikkerhet, at de har varme og er involverte i barnet sitt (Belsky & Fearon, 2008).

Hos foreldre med representasjoner som preges av fleksibilitet, positivitet og tilpasning, vil de ubevisste prosesser ha rom til at foreldres omsorgsutøvelse kan tilpasses og endres i takt med barnets modning, utvikling og vekst. Når foreldre har representasjoner som vitner om prosesser som er åpne for forandring, gjør det foreldrene mer i stand til å kunne være oppmerksomme, sensitive og vare for barnet og hva barnet uttrykker at det trenger. De vil kunne se det positive ved både barnet og ved seg selv som omsorgsgivere, men de vil også kunne se det som ikke fungerer eller som ikke er bra. De vil dermed være mer oppmerksomme og årvåkne i forhold til barnet, og barnet vil dermed erfare en forelder som er i stand til å støtte, trygge og regulere det i hverdagen.

3.1.4.2 Avvisende omsorgsstil (utrygg/unnvikende tilknytning)

Da George & Solomon (1996, 2008) skulle forske på dette emnet, utredet de omsorgssystemet både gjennom måten foreldrene fortalte om sin foreldreskap (altså selve representasjonene), men også gjennom prosess. Prosessene i denne forstand vil gå mer direkte på og utforske hvordan de indre representasjonene er etablert og hvordan de blir fremtredende gjennom både foreldrenes fortellinger, men også deres handlinger i sin omsorgsutøvelse (George & Solomon, 1996, 2008).

Forsvarsprosesser i denne sammenhengen handler om foreldre som på en eller annen måte etablerer prosesser som enten handler om at de ubevisst (eller bevisst) enten avviser barna sine, og er psykologisk utilgjengelige (unnvikende barn), eller har ubetingede responser i forhold til barnas signaler og behov (ambivalente barn). Ved barn som organiserer sin tilknytning som utrygg og unnvikende, vises en omsorgsstil hos foreldre som preges av at de har vært påtrengende overfor barnet, overstimulert barnet og er kontrollerende (Belsky & Fearon, 2008). Dette kan til dels stå i kontrast til det som George & Solomon (1996) hevder, i form av at barn som utvikler trygg og unnvikende tilknytning opplever mødre som er avvisende. Avvisende vil i denne forstand ikke forstås som fysisk avvisende, men at prosessene hos foreldrene er av avvisende karakter. Det kan likevel trekkes paralleller mellom de ovennevnte beskrivelsene fordi foreldre blir beskrevet med en stil der de er psykologisk utilgjengelige for barna, og vil dermed vanskeligere kunne regulere hvor mye stimuli de utsetter barnet for – om det enten er for mye eller for lite. Strategien i denne omsorgsstilen

fremstår å være indre avvisning av særlig negative følelser som preger deres omsorgsutøvelse. Representasjonene (og omsorgsstilen) innebærer lite fleksibilitet og nyansering i foreldrenes fortellinger om seg selv i sin omsorgsutøvelse. De psykologiske prosessene bidrar til en forståelse av denne manglende nyanseringen og fleksibiliteten, og viser til bevisste avvisninger av negative følelser knyttet til omsorgsutøvelsen. Foreldrene betoner foreldrerollen, barnet og relasjonen noe negativt, men dette kan tenkes til å henge sammen med de avvisende strategiene (George & Solomon, 2008).

3.1.4.3 Usikker omsorgstil (utrygg ambivalent tilknytning)

Belsky og Fearon (2008) hevder ved å vise til annen forskning, at barn som har utrygg og ambivalent tilknytning kan ha opplevd foreldre som ikke responderer på barnet, som ikke er involvert i barnet og i sin rolle som omsorgsgiver. Dette kan stemme overens med tilknytningsstilen som barnet etablerer. George & Solomon (1996, 2008) hevder at foreldrene med denne omsorgsstilen gir upassende og ubetingede responser til barns gråt og annen signalatferd. Foreldrene fremstår gjennom sin atferd som at de er insensitive overfor barnet, og at de ikke er tilgjengelige for barnets behov, eller at de er overtilgjengelige og ser farer overalt. Det har blitt foreslått at underliggende prosesser for denne utilgjengeligheten/overtilgjengeligheten og inkompetansen til å oppfatte barnets reelle behov bunner i en usikkerhet hos forelderens. Foreldre som kan kategoriseres med usikker omsorgstil viste i sine representasjoner og fortellinger at de ubevisst blokkerer ute alle negative følelser, som signaler fra barnet som de kan tolke som avvisning eller som på en eller annen måte tester og truer deres egen selvfølelse og syn på seg selv som forelder (George & Solomon, 2008). Representasjonene og fortellingene bærer også preg av en form for usikkerhet. Det betyr dermed ikke at de fremstår som usikre i atferden overfor barnet, men i forhold til representasjoner og psykologiske prosesser i forhold til omorgssystemet.

3.1.4.4 Hjelpeløs og desorganisert omsorgstil (desorganisert tilknytning)

Barn som kategoriseres som desorganiserte har ofte etablert denne tilknytningsstilen på grunn av at de opplever at de er utsatt for reell fare (Belsky & Fearon, 2008; Kvello, 2010). Dette innebærer en omsorgsattferd med foreldre som bl.a. utøver psykisk eller fysisk vold enten mot barnet eller mot hverandre. George & Solomon (1996) viser til at foreldrenes omsorgstil og prosesser bærer preg av hjelpeløshet. Omsorgsstilen er også skiftende i og med at foreldrene er ustabile og skiftende i sin omsorg overfor barnet. Med hensyn til voldsutøvelse, vil

opplevelse av hjelpeløshet i omsorgsrollen og mangel på andre strategier til å betrakte og forholde seg til barnet, kunne utløse vold mot barnet.

George & Solomon (1996) fant at mødre evaluerte seg selv som hjelpeløse til å være i stand til å beskytte barnet sitt eller i forhold til hvordan de skulle gi omsorg til barnet. Foreldre selv sitter med opplevelsen at de mangler strategier for å gi barnet det det trenger. Når foreldre sitter med opplevelse av hjelpeløshet, klarer de ikke å regulere seg selv eller barnet på en hensiktsmessig måte, og dette kan føre til at foreldre tyr til forsvarsstrategier. Dette kan også forklare foreldrene skiftende og desorganiserte omsorgsutøvelse (George & Solomon, 1996, 2008).

3.1.5 Trygghetssirkelen – Circle of security (COS)

Trygghetssirkelen, eller Circle of Security (COS) er utarbeidet på bakgrunn av antagelse om at psykoedukasjon vil kunne bidra til å synliggjøre, lære og bevisstgjøre foreldre de emosjonelle behovene deres barn har, ved å skape et kart som vil være enkelt for de fleste å forstå. Gjennom å gi foreldrene informasjon og lære de i forhold til hvilke emosjonelle behov barnet har, samt hvordan foreldrenes rolle er viktig for å fylle disse behovene, var antagelsen at foreldre ville få et emosjonelt språk og en forståelse basert på tilknytning (Brandtzæg et al., 2011)

Trygghetssirkelen innebærer prinsipper som handler om at forelderen er den som er en trygg base for barnet, som tillater barnet å utforske verden rundt det. Barnet er nysgjerrig av natur, og trenger å tilfredsstille nysgjerrigheten sin, men også for å lære å utvikle seg, gjennom utforsking. Foreldre som gjennomgår dette programmet vil bevisstgjøres «sirkelen» som hjelper de å se hvordan barns emosjonelle behov er når de er «oppe på sirkelen», og når de er «nede på sirkelen».

Hovedprinsippene som trygghetssirkelen formidler er at barnet, som har en trygg tilknytning, vet at det har en trygg base hos forelderen som støtter barnets utforsking gjennom å passe på, være god, hjelpe barnet og fryde seg. Videre, mens barnet utforsker og er komfortabel, betegnes dette som at barnet befinner seg oppe på trygghetssirkelen. Barnet føler seg komfortabel og klarer å fokusere på det som er spennende og stimulerende på en god måte. Når barnet betegnes som nede på sirkelen, opplever det en eller annen form for ubehag, og ved trygt tilknyttede barn vil de kunne vise signaler på at de er ukomfortable og at de ønsker støtte og trygghet. Barnet signaliserer først, og søker forelderens oppmerksomhet. Barnet vil

så normalt sett forsøke å nærme seg forelderen, og gå til det som betegnes som trygg havn. Den trygge havnen er stedet der barnet får en følelse av å være trygt og sikkert, og kan få anerkjent det som var skummelt, men at det er greit å gå ut og forsøke igjen.

Kunnskap om prinsippene i trygghetssirkelen vil kunne gjøre det lettere å se om barn har slike intervaller, og om barn bruker sine foreldre som trygg base og trygg havn. Sirkelen vil være enkelt for de fleste å ha som referanse. I forhold til min oppgave vil det være relevant basis kunnskap, spesielt da helsesøstre observerer samspill mellom foreldre og barn.

3.2 Mentalisering

Jeg ønsker i denne delen å gi en kort presentasjon av mentaliseringsbegrepet. Mentalisering har blitt et begrep som omfatter mange områder, både i forhold til å forstå mennesket, men også i klinisk og terapeutisk sammenheng (Bateman & Fonagy, 2012). Mentalisering i denne oppgaven vil knyttes til en måte å forstå og betrakte mennesket på, og ikke i en klinisk sammenheng.

Det har blitt funnet sammenheng mellom tilknytning hos barn og mentaliseringsevne hos foreldre (Kvvello, 2010; Wallroth, 2011). Mentalisering handler om «... å forstå seg selv og andre ut fra mentale tilstander som tanker, følelser, impulser og ønsker.» (Wallroth, 2011, s. 11). Videre forklarer Wallroth (2011, s. 18) at «Mentaliseringsevnen (og den generelle evnen til refleksjon) hjelper deg å stoppe opp og vurdere både konsekvenser for deg selv og hensynet til andre menneskers følelser.» Mentaliseringsevne betyr en form for refleksjonsevne, der en er i stand til å både se og reflektere over egne tanker, handlinger og følelser, men også kunne sette seg inn i andres. Det er den refleksive funksjonen som er kilden til mentalisering (Bateman & Fonagy, 2012). Den refleksive funksjonen viser til grad av mentaliseringsevne og hvordan en forelder er konsistent i sine refleksjoner, og hvor mye en forelder klarer å reflektere. En vellykket metode for å undersøke dette er gjennom å benytte tilknytningsintervju for foreldre. Mentaliseringsevne kan knyttes til omsorgstilene presentert tidligere. Graden av mentalisering kan bl.a. knyttes til foreldres nyanseringer og fleksibilitet i omsorgsforståelsen og omsorgsutøvelsen, men også av barnet og barnets uttrykk.

De som betegnes til å ha god mentaliseringsevne er reflekterte og nyanserte når de skal forstå barnet og seg selv (Kvvello, 2010). Foreldre som har god mentaliseringsevne er sensitive overfor barnet og er emosjonelt tilgjengelige for barnets signaler og behov. Mentalisering vil ha stor betydning i forhold til å kunne vite hvor mye man som forelder skal stimulere sitt

barn, hvordan en skal støtte barnets utvikling (f.eks. gjennom lek som er tilpasset alder og modenhet på barnet) og å kunne lese og tolke når barnet er oppe eller nede på sirkelen i forhold til behov for trygghet.

Foreldre som har god mentaliseringsevne, vil være mest mulig nyanserte, fleksible og tilpasningsdyktige i sin omsorgsutøvelse. Hypermentalisering og foreldre som er overmentaliserende, vil også kunne være skadelig for samspillet og tilknytningen, og ikke kun foreldre som har lav mentaliseringsevne (Bateman & Fonagy, 2012; Kvello, 2010). Dette bl.a. på grunn av feilinnstilling og overstimulering. Alle vil oppleve at mentaliseringsevnen svikter av og til (Wallroth, 2011). Mentalisering er overskuddsfenomen og påvirkes av affekt, som påvirker foreldres evne til å reflektere (Wallroth, 2011). Når en har evne til mentalisering, vil en også kunne se tilbake på denne «svikten» og reflektere over hva en selv sa og gjorde, samt klare å sette seg i den andres indre mentale tilstand. For å sammenligne grad av mentalisering med omsorgssystem og omsorgsstiler, så vil foreldre med lav evne til mentalisering være mindre tilgjengelige og mindre sensitive overfor barnet. Dette vil kunne føre til flere mistolkninger av både barnets atferd og signaler, slik at det er større sannsynlighet for inadekvat respons fra forelderens. Med lite rom for å utforske hva barnets signaler kan bety, vil forelderens raskt kunne skape seg bilder av barnet som ikke står i sammenheng med hva barnet trenger. Dette vil igjen legge grunnlag for hvordan barnet etablerer indre arbeidsmodeller, og videre sin selvfølelse og identitet. Det er sannsynlig at barn vil få en lik og tilsvarende mentaliseringsevne som sine foreldre, og dette vil bl.a. kunne påvirke deres sosiale fungering og videre utvikling (Wallroth, 2011).

Jeg har tidligere skrevet om veiledning gitt av helsesøstre, som en del av de oppgavene de skal gjøre. Gjennom veiledning vil helsesøstre kunne stimulere mentaliseringsevne hos foreldre, da det vil kunne tydeliggjøres om foreldre er i stand til å reflektere og være nyanserte i forhold til beskrivelsene av både barnet, relasjonen og hvordan de ser på seg selv som foreldre. Det er funn som tyder på at opparbeiding av mentaliseringsevne vil forbedre omsorgsutøvelsen og tilknytningen mellom forelder og barn (Bateman & Fonagy, 2012; Kvello, 2010; Slinning et al., 2010). Kvello (2010) viser til at en måte å undersøke foreldres mentaliseringsevne er å be de beskrive barnet sitt, samt beskrive seg selv og relasjonen mellom forelderens og barnet. Han setter kriterier om at dersom foreldre har en god mentaliseringsevne så klarer de å gi minst 5 adjektiver på hver av disse beskrivelsene, samt gi nyanserte og reflekterte beskrivelser av disse.

Kunnskap om mentalisering, vil være relevant for helsesøstres møter med de minste barna. Det vil være relevant både i forhold til observasjoner, men også i forhold til at en av helsesøstrenes oppgaver er veiledning som er basert på en antagelse om at foreldre *har* evne til mentalisering.

3.3 Daniel Stern

Daniel Stern (1985) har stilt flere spørsmål om hvordan en skal forstå utvikling hos spedbarn, og hvordan barn blir til personer. Han er opptatt av identitetsutvikling hos barnet, og hvordan barnet får fornemmelser av hvem det er gjennom samhandling og relasjon til nære omsorgspersoner. Hans forskning er i hovedsak basert på observasjoner og analyser av samspillssekvenser mellom mødre og barn (Susan Hart & Rikke Schwartz, 2009).

Stern har også skrevet om betydningen av regulering av barnet, stimulering av barnet, viktigheten av hvordan affekter i barnet vekkes ved enten for mye eller for lite stimulering og hvordan dette kan videre påvirke hvor mye barnet er i stand til å regulere seg selv. Dersom barnet må regulere seg selv i for stor grad, gir dette mindre anledning til glede hos barnet. Dette fordi barnets fokus er på hvordan det skal regulere seg selv for å føle seg trygg eller mindre angstfylt. Det glade barnet kan tåle høyt aktiveringsnivå, og denne gleden hos barn er sentral for utviklingen av sosiale bånd og tilknytning. «... angst er låsen til og latter nøkkelen til hjertet.» (Hart & Schwartz, 2009, s. 105). Målet er at barnet skal være glad. På denne måten har den best potensiale for sunn psykologisk utvikling.

3.3.1 Indre strukturer – grunnlag for selvopplevelse

Stern har med årene blitt interessert i forskning om speilnevroner (Hart & Schwartz, 2009). Kunnskap om speilnevroner vil i denne sammenheng være relevant i forhold til hvordan foreldres omsorgssystem kan påvirkes av barnets signaler. Funksjonen til speilnevronene er at de aktiveres når en annen person utfører visse målrettede handlinger, og en selv utfører de samme handlingene (Hart & Schwartz, 2009). Stern er opptatt av hvordan omsorgsgivere og barn har koordinerte samspillsmønstre, som er timet, og det er gjennom slike samspillsmønstre at speilnevronene kan aktiveres og gir grunnlag for å utvikle bl.a. sympati, empati. Dette på grunn av at man utfører handlinger på samme måte som den andre, med alle de følelsene og atferden dette måtte innebære. Stern mener at en synkronisering og tidsmessig koordinering i interaksjonen mellom barnet og omsorgspersonen skaper aktivering av disse speilnevronene og gir hver av dem en anledning til å ta del i hverandres opplevelser (Hart & Schwartz, 2009). Viten om aktivering av speilnevroner viser også til Winnicotts (i Hart &

Schwartz, 2009) beskrivelse av hvordan mor klarer å synkronisere seg fullstendig med det nyfødte barnet, slik at barnet har en opplevelse av en fasiliterende omverden. Dette er interessant med tanke på både hvordan omsorgssystemet hos omsorgsgiveren kan være med på å innvirke hvordan interaksjonen med barnet blir, samt i hvor stor grad omsorgsgiveren klarer å ta innover seg barnets opplevelse. Det kan antas at dette vil vekke glede, varme og kjærlighet hos foreldre hvis' omsorgssystem gjør dem i stand til å kunne inntone seg på barnet sitt og gjøre nytte av at speilnevronene gjør sitt arbeid. I situasjoner hvor foreldre er i stand til å bl.a. mentalisere, vil dette igjen gi barnet anledning til å utvikle denne evnen. På samme måte fungerer dette omvendt; dersom forelderen ikke er i stand til å ha koordinert interaksjon sammen med barnet sitt, eller være i stand til å synkronisere seg med barnet sitt, vil det være mindre anledning for hver av dem å aktivere speilnevroner og dermed vanskeligere for å utvikle evnen til sympati, empati og god mentalisering.

Med barnets medfødte evne til å imitere og til å synkronisere har barn potensiale allerede i det første halvår til å utvikle et repertoar i forhold til samspillsekvenser, som det senere vil kunne anvende i andre mellommenneskelige relasjoner (Stern, 1985). Noe av målsettingen er hvordan disse repertoarene påvirker barnets følelse og opplevelse av hvem det er og at det er en egen person, uavhengig av de andre. For å vise til begrepet speiling, så fortalte Winnicott (i Hart & Schwartz, 2009) at barnet ser på sin mor og ser seg selv, mens mødre som ikke klarer å speile sitt barn fører til at barnet ikke ser seg selv men sin mor. Barnet har behov for hjelp fra forelderen til å finne ut av hvem det er og hva det ønsker, og ikke hva forelderen ønsker. Barnet må få hjelp til å utvikle en tydelig fornemmelse av hvem det selv er i verden.

Stern stiller bl.a. spørsmål om hvordan barnet klarer å utvikle en slik fornemmelse, og hvilke indre og ytre strukturer som spiller en rolle i forhold til dette (Hart & Schwartz, 2009; Stern, 1985). Når barnet har utvidet og hele tiden tilpasset sitt repertoar i forhold til samspill og relasjon til forelderen, danner dette grunnlag for indre representasjoner eller varige mentale bilder for relasjonen til forelderen. Det er tidligere skrevet om indre arbeidsmodeller, som kan minne om dette. Disse representasjonene er det som er et viktig fundament som muliggjør barnet å relatere seg, samt danne en individuell personlighet (Hart & Schwartz, 2009). Indre arbeidsmodeller kan ha en lignende funksjon. I tilknytningsteorien er det de indre arbeidsmodellene som består av følelser, minner, samspills- og relasjonserfaringer, som også er mentale strukturer og kognisjoner som er vanskelig å endre, men som er mulig å endre. De legger grunnlag for tilknytningsstiler. På samme måte som Sterns forståelse av indre representasjoner, danner de indre arbeidsmodellene grunnlaget for hvordan barnet forstår seg

selv som et individ i verden, mens tilknytningsteori også knytter etableringene av arbeidsmodellene til opplevelse av selvverd og hvor mye barnet opplever det er verdt oppmerksomhet, kjærlighet og trygghet. Det som skiller hvordan Bowlby og Stern beskriver disse indre representasjonene eller arbeidsmodellene er at Stern mener at de ikke er en internalisering av personer eller ytre handlinger og opplevelser, men hvordan identiteten og selvopplevelsen ved å være med en annen er. Stern har mer fokus på hvordan opplevelsen av selvet utvikles i disse indre representasjonene og betegner det bl.a. som at barnet etablerer «skjemaer-for-å-være-sammen-med» (Hart & Schwartz, 2009:134). Forståelsen av Sterns representasjoner er når barnet bruker de for å etablere et selv, mens indre arbeidsmodeller brukes til å generalisere forventninger til andre, og andres forventninger til en selv, for så å danne et bilde av seg selv.

3.3.2 RIG-er

Hvordan samspill oppleves dreier seg om handlinger, følelser og sanseinntrykk. Stern (1985) har vært opptatt av å vise til hvordan hukommelsesstrukturer er viktige for utvikling av de ulike fornemmelsene av selvet, som er en del av utviklingen av det han kaller for barnets interpersonlige verden. Den interpersonlige verden viser til hvordan barnet klarer å etablere et selv og en selvfornemmelse, sammen med foreldres. Når barnet har opplevd samspill og relasjon med foreldre som er inntonet på barnet, som er sensitive og utviklingsstøttende, legges grunnlaget for at barnet får en fornemmelse av seg selv som en aktør og produkt av sine relasjoner. Altså at barnet utvikler en «mellom personer» indre verden (Stern, 1985).

Stern (1985) mener at hukommelsestrukturer har en viktig rolle i forhold til hvordan barn utvikler selvforannelser og en interpersonlig verden. Han legger spesielt vekt på den delen av hukommelsen som han kaller for episodisk hukommelse når han skal forklare hvordan strukturene for etablering og utvikling av indre representasjoner er (Hart & Schwartz, 2009; Stern, 1985). Med episodisk hukommelse mente Stern (i Hart & Schwartz, 2009) at det var spesifikke enkelthendelser som hver for seg utgjør enkeltepisoder. Innenfor disse episodene, og relatert til spedbarn, er det forventet at det er et samspill mellom spedbarnet og en omsorgsperson, som igjen dreier seg om handlinger, følelser og sanseinntrykk. Etter at barnet har opplevd flere slike enkeltepisoder, fungerer hukommelsen og de nevralt strukturene på en slik måte at barnet vil sammen med sin opplevelse av disse episodene finne et gjennomsnitt som generaliserer dem og lager det Stern (1985) betegner som *representasjoner av interaksjoner* som har blitt *generaliserte*, forkortet RIG (Hart & Schwartz, 2009). Videre

hevder Stern at alle enkeltepisoder aldri kan være helt like på grunn av at de kommer med ulike variasjoner, men at RIG-er tilpasser seg og oppdateres jo flere av disse variasjonene oppstår. Enkeltminner og spesifikke hendelser har ikke like stor betydning som gjennomsnittlige generaliseringer og går ofte tapt på grunn av dette. Når minner skal trekkes frem eller gjenkalles så er det RIG-er som gjenkalles og ikke nødvendigvis enkelthendelser. Dette fordi enkelthendelser uansett vil farges av egne oppfatninger og følelser. Samtidig mener Stern at det mest sannsynlig innenfor disse enkelthendelsene også blitt gjort en generalisert opplevelse og minne, på grunn av at minner bl.a. er prototypiske (Hart & Schwartz, 2009). RIG-er oppdateres langsomt med enkelthendelser som fører til endring og en omstrukturering. Stern hevder også at mens RIG-er oppdateres og barnet får og opplever nye erfaringer, viskes tidligere minner ut. På denne måten fungerer strukturen at det er de opplevde og gjennomsnittlige minnene som blir igjen og integreres hos barnet. Det er også slik at dette er en dynamisk prosess der et menneske konstant oppdaterer sine RIG-er, også i voksenlivet.

Grunnen til at jeg ønsker å gi en presentasjon av dette er for å belyse hvordan tilknytning kan forstås, også med kunnskap fra andre perspektiver. Forståelsen av RIG kan utvide forståelsen i forhold til indre representasjoner og arbeidsmodeller, men også til å betrakte hvordan foreldre organiserer sine omsorgssystemer. Det kan antas RIG-er også vil gjelde for foreldre som utøver omsorg for sine barn, og at de vil på samme måte som barna lage RIG-er, men det interessante er å anvende RIG-er til å få et innblikk i hvordan foreldre etablerer en selvfornemmelse av et selv, som er knyttet til det å være forelder. Stern (1985) mener at selvet tilpasser seg og endrer seg utover livet, og i takt med modenhet og de fasene i livet som en befinner seg i. Omsorgssystemet er et atferdssystem som er under utvikling i flere faser av livet, men mest under svangerskap og etter barnet blir født. RIG-er vil kunne hjelpe til å forklare hvordan en mor vil skape en representasjon av seg selv som omsorgsgiver, både med en generalisert hukommelse og opplevelse knyttet til seg selv, knyttet til barnet og relasjonen mellom seg selv og barnet.

3.3.3 Betydning av inntoning

Stern (1985) har utviklet en stadiemodell som viser hva han mener er viktige komponenter for at barnet skal utvikle selvfornemmelser som vil bidra til sunn psykisk helse (Hart & Schwartz, 2009; Stern, 1985). For at barnet skal kunne utvikle disse fornemmelsene på en mest mulig hensiktsmessig måte, er det viktig at forholdene er lagt til rette for å støtte, forme og fremme

denne utviklingen. Innenfor disse fasene finnes det utviklingstemaer som må bearbeides i forholdet mellom barnet og mor, slik at tilpasningen mellom dem kan fortsette og barnet kan utvikles på en mest mulig sunn måte (Hart & Schwartz, 2009). Modellen er utviklet på den måten at hver fase er i utvikling og tilpasning, men at de på et vis legger seg opp på hverandre og fyller inn deler av selvet hos barnet. Barnet er født med visse predisposisjoner og egenskaper som gjør det mottagelig for å kunne utvikles på en sunn måte, deriblant barnets søken etter læring. Dette bruker Stern som argument for at barnet i de sensitive periodene hvor de ulike selvformannelsene utvikles, går gjennom flere tilpasningsoppgaver ettersom barnet modnes både fysisk og psykisk. Han forklarer hvordan barnet tar til seg læring gjennom samspill og adekvat stimulering. Det er i forhold til denne stimuleringen at Stern vektlegger viktigheten av inntoning overfor barnet, som er adekvat i forhold til barns arousal nivå. Stern (1985) legger vekt på viktigheten av barnets spenningsnivå eller arousal, og at dette er en gjensidig prosess mellom forelder og barnet. Det er opp til for eksempel mor å vite når hun skal stimulere barnet, på hvilke måter, men også å se på barnet når det har fått nok. På samme måte er barnet selv i stand til å gi uttrykk for når det har fått nok stimuli, eller når det ønsker stimuli. Betydningen av inntoning i denne sammenhengen vil bety en mulighet for å hjelpe barnet ved å utfordre seg selv gjennom stimulering til å utvikle seg videre, samt at inntoningen vil være med på å bekrefte og hjelpe barnet til å integrere inntrykkene det får gjennom stimuleringen (Hart & Schwartz, 2009). Det finnes skille mellom inntoningskapasiteter og regulering av arousal hos barnet. Mitt inntrykk er at inntoningskapasitet vil være bestemmende for om foreldre vil overstimulere eller understimulere barnet (Hart & Schwartz, 2009). Inntoning, samt feilinntoning, selektiv inntoning og affektinntoning, er viktige egenskaper som hjelper til å regulere barnet dersom kapasitetene for det meste anvendes på en hensiktsmessig måte i samspillet. Her kan en hevde at sensitivitet og mentalisering er viktige egenskaper.

Dersom barn blir overstimulert, vil det gi barn lite anledning til å finne et ekte selv. Foreldrene vil være styrende og blande seg inn i de fleste aspektene ved barnet. Det vil føre til at barnet ikke vil finne seg selv, men vil få et selv basert på forelderen. Understimulerte barn opplever det motsatte. Barna blir ikke tilstrekkelig stimulert og vil dermed kunne bære preg ved forsinket utvikling. Barn som lever med deprimerte mødre vil være i risiko for å bli understimulerte. Mødrene fanger enten ikke opp barnets signaler på ønske om stimuli, og når mor først gir barnet oppmerksomhet, er den ikke inntonet på en god nok måte, og den varer ofte ikke lenge nok (Azak, 2010; Hart & Schwartz, 2009). Kvaliteten på samspillet vil bære

preg av at mor ikke er emosjonelt tilgjengelig for barnet, slik at det vil kunne utvikle seg til et samspill mellom et falskt selv hos mor og et falskt selv hos barnet. Dette vil vanskeliggjøre for barnet å kunne utvikle et følelsesrepertoar som det vil kunne identifisere og gjenkjenne, for så å kunne uttrykke det.

De teoretiske perspektiver som jeg har presentert i dette kapittelet, har flere fellestrekk. I forhold til å se hvordan barnet utvikler seg sammen med sine mest sentrale tilknytningspersoner, er det viktig å se på hvilke egenskaper som er viktige for at barnet vil tilknytte seg på en trygg måte, for så å ha best mulig grunnlag for en sunn utvikling. Samtidig har hvert av perspektivene bidrag som vil kunne utvide forståelsen av tilknytning og av omsorg hos foreldre. Disse temaene er viktig for mitt tema, og vil brukes i den senere tolkningen av datamaterialet.

4 Metode

4.1 Innledning

En kan si at vitenskap er fordelt på ulike forklaringsområder; den som har til formål å forklare, den som har til formål å forstå og den som har til formål å fortelle (Thomassen 2006). Videre kan en si at flere forfattere har en enighet om en todeling for å skille disse vitenskapsretningene; naturvitenskaper og samfunnsvitenskaper (eller humanvitenskaper) (Alvesson & Sköldberg 2008; Garsjø 2001; Ringdal, 2007; Thomassen 2006). Valg av metode for å undersøke fenomener deles inn i kvantitativ metode og kvalitativ metode. Vitenskapen stiller krav til at undersøkelser gjennomføres på bestemte måter, og at enhver som skal undersøke fenomener skal kunne begrunne hvorfor undersøkelse ble gjennomført på den måten som den har blitt.

4.1.1 Valg av metode og design

Da formålet med studien er å utvide forståelsen om et fenomen, og ikke finne kausalitetsforhold falt valget på kvalitativ metode, i stedet for kvantitativ metode (Ryen, 2002). Kvantitativ metode vil kunne egne seg best til å undersøke fenomener for å belyse og finne sammenhenger mellom ulike variabler, men uten å gå inn i hvert enkelt fenomen for å se hva som ligger bak de viste resultatene. Kvantitativ metode anvender statistiske tallanalyser til

å presentere og drøfte funn. Det er her kvalitativ metode anses som bedre egnet, siden målet er å kunne fordype seg og øke forståelsen rundt et fenomen.

Kvalitativ metode egner seg best til min studie på grunn av at det er helsesøstres opplevelser jeg har ønsket å undersøke, samt utvide forståelsen på hvordan disse opplevelsene er med på å prege de avgjørelsene de tar i arbeidet sitt. Bruk av for eksempel spørreundersøkelse som ville krevd operasjonaliseringer av variabler og tallanalyse, ville ikke kunne undersøkt tilstrekkelig hva som er deres opplevelser. Det vil ikke kunne synliggjort hva de er opptatt av, uten at jeg på forhånd hadde bestemt dette for dem. Forskningsdesignet har vært bruk av intervju med hver enkelt av informantene. Bruk av observasjoner eller andre type design, som for eksempel innhenting av journaler ville vært overflødig i forhold til mitt tema (Malterud, 2008).

Intervjuene har vært semistrukturerte, der jeg har utarbeidet en intervjuguide som består av temaer som jeg har ønsket å snakke med helsesøstrene om (Vedlegg 2). Malterud (2008, s. 129) skriver «Når formålet er å få vite noe vi ikke visste fra før, eller å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig ikke å gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk.». Bruk av semistrukturert intervju som design vil egne seg best for studien min fordi ønsket er å få vite noe jeg ikke har visst fra før.

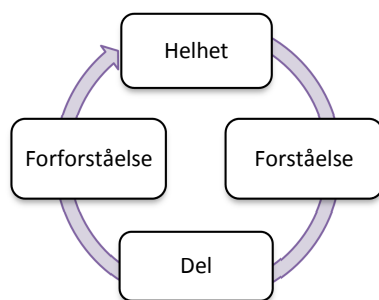
Fordel med valget kvalitativ metode og bruk av intervju, er at det er rom for tilpasning underveis i undersøkelsen, og at fokuset blir å tilpasse seg informantene i så stor grad som det ville latt seg gjøre, samtidig som en har strukturen ved hjelp av intervjuguiden som vil hjelpe forskeren til å holde seg på rett spor (Ryen, 2002). Det er viktig å ha en bevissthet i forhold til hvordan de ulike trekkene ved en slik frihet kan påvirke analyse og tolkning (Malterud, 2008). Her vil dynamikken mellom intervjuer og informant være viktig å ha en bevissthet over, noe jeg vil komme tilbake til senere i kapitlet.

4.2 Vitenskapssyn

«Kvalitative metoder (...), bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk).» (Malterud, 2008, s. 31). Jeg legger til grunn de hermeneutiske og fenomenologiske teorier for hva som er viktige momenter både i forhold til selve gjennomføringen av datainnsamlingen, men også for tolkningen og analysen av resultatene. En gjennomgang av disse momentene, sammen med kort presentasjon av de vitenskapelige teoriene, vil være viktige for bevisstgjøringen og et kritisk blikk på hvordan studien har blitt gjennomført, samt hvor valid og reliabelt studien kan anses til å være.

4.2.1 Hermeneutikk

Termen ”hermeneutikk” kommer fra det greske ordet ”hermeneuein”, som betyr å fortolke eller å tolke. ”Den betegner en sammensatt tradisjon av teorier om nettopp fortolkning og forståelse” (Thomassen 2006, s 157). Hermeneutikken søker å forstå og danne et meningsinnhold (Thomassen 2006), som er i tråd med det kvalitative intervjuets ambisjon om å finne bredere forståelse eller en forklaring på en dypere mening (Ryen 2006). Fortolkningen gjennom den hermeneutiske sirkel består av både del og helhet, og av forståelse og forforståelse (Alvesson & Sköldberg, 2008; Thomassen, 2006).



Som figuren viser er dette en kontinuerlig prosess der alle delene til slutt vil påvirke hvordan fortolkningen blir. Hvordan en betrakter et fenomen, som her vil være møtet med informantene, og deres fortellinger vil avhenge av både hvordan deres opplevelse av f.eks. intervjusituasjonen er, men også av den forståelsen og forforståelsen de har som bakgrunn for hva de sier i intervjusituasjonen. Det informantene videre forteller vil være avhengig av hvor mye de vet om hva som er bakgrunnen for intervjuet og hva som skal være temaet for intervjuet. Når informantene kun vet en del (at de er del av en undersøkelse), vil dette kunne påvirke det de forteller. På samme måte vil helheten også kunne være med å påvirke det de forteller. Videre har det vært viktig for meg som forsker å ha en bevissthet på dette under tolknings- og analyseprosessen. For meg har det vært viktig å kunne se på informantenes forståelse og forforståelse av de temaene vi har snakket om, spesielt da vi har ulike bakgrunn. Vi vil betrakte de samme fenomener på ulike måter, bl.a. på grunn av de ulike delene som er erfaring, kultur i faget, teoretiske perspektiver, mandater, m.m.

4.2.2 Fenomenologi

Fenomenologi er utviklet av Edmund Husserl (i Alvesson & Sköldberg, 2008; Thomassen, 2006). Han vektla viktigheten av at studiet av mennesker måtte ivareta det spesielle og særegne ved mennesket og dets erfaring. Cecilie Neumann og Iver Neumann (2012) skriver om fenomenologi og at fortid og fremtid alltid er til stede i nåtiden, slik som erfaringer og

forventninger om konsekvenser, i tråd med fenomenologisk vitenskapsteori. «I fenomenologiske undersøkelser rettes oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra et subjektperspektiv...» (Thomassen, 2006, s. 83). For min studie har dette vært viktig og relevant bakgrunn, særlig siden målsettingen er å dra forståelse ut fra informantenes fortellinger. Dette viktig med tanke på min bakgrunn, forståelse, og hvordan denne skiller seg fra informantenes. Relevante betraktninger i forhold til informantene har vært hvordan utvikling av deres yrke historisk sett har vært; dette for å skape en erfaringsforståelse. Videre har denne kunnet hjelpe meg å skape et bilde av de nåtidige fortellingene, mandatene informantene jobber etter, osv. Det har også vært viktig å ta i betraktning den enkeltes bakgrunn og subjektive erfaringer, og ha bevissthet om at disse er særegne for denne personen, slik mine erfaringer er særegne for meg og er med på å skape forutsetning for hvordan verden betraktes, tolkes og forstås.

4.3 Utvalg

Et utvalg er kilden som vil kunne gi forskeren svar på det fenomenet som skal undersøkes, uavhengig av metode eller design (Malterud, 2008). Målsettingen ved studiet har ikke vært overførbarhet til populasjonsnivå eller å teste hypoteser. Anne Ryen (2002) skriver om viktigheten av både hvordan en velger riktig populasjon for utvalget, men også hvor stort utvalget bør være. Det finnes ingen klare fasitsvar på dette, og alt kommer an på hvor mange informanter som skal til for å kunne belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene på best mulig måte. Det finnes også et punkt forskeren kommer til når informantene ikke har rikere eller flere data å gi. Jeg hadde i første omgang sett for meg et utvalg på maks 10 informanter. Valget falt kun på helsesøstre og ikke de andre faggruppene på helsestasjonen. Dette var av flere grunner. Mitt interesseområde er de aller minste barna, og den gruppen som treffer dem flest ganger er helsesøstre. Jordmødre hadde eventuelt vært aktuelle med tanke på oppfølgingen av svangerskap, men jeg har avgrenset aldersgruppen for barna til 0-18 måneder, og ikke i fosterstadiet. Dette er dermed et strategisk utvalg (Malterud, 2008). Størrelsen på utvalget ble minket til 7 helsesøstre, etter råd fra min veileder. Dette valget begrunnes i hvor omfattende undersøkelsen skulle bli, at det ville være mindre tidkrevende å intervjuer færre enn 10 på grunn av tidsfrist, samt på grunn av en mulig metthetsfaktor i forhold til empiriske data. Jeg valgte å intervjuer 3 helsesøstre hver i 2 ulike kommuner, i tillegg til ledende helsesøster i den ene av kommunene. Dette for å få større variasjon i utvalget. Variasjon i utvalget kan være viktig i forhold til å få frem data og nyanser som vil kunne åpne opp for ny forståelse og nye spørsmål. Et strategisk utvalg, som har med

mangfold vil kunne levere mere stoff, og vil kunne gi grunnlag for å beskrive samme fenomen med ulike variasjoner (Malterud, 2008). Den ene kommunen jeg har valgt er en kommune med ca 33000 innbyggere og har 2 helsestasjoner. Jeg intervjuet 3 helsesøstre i denne kommunen og alle jobber på samme helsestasjon, som også er den største. Jeg intervjuet 3 helsesøstre i en annen kommune med ca. 21 500 innbyggere. Denne kommunen har en helsestasjon, med til sammen 6 helsesøstre.

Grunnen for valget av helsestasjoner var i hovedsak geografisk nærhet. Grunnen til valget av kommuner, var for å få variasjon som eventuelt kunne vise forskjeller eller likheter i forhold til problemstillingen min. Dette igjen for å ha mest mulig nyansert datamateriale. Jeg har ikke hatt klare kriterier i forhold til alder, utdanning eller erfaring, annet enn at de er helsesøstre som jobber på helsestasjon, men jeg hadde kriterier i forhold til ønske om å snakke med en ledende helsesøster. Dette bl.a. for å kunne snakke om organisatoriske rammer. På denne måten ble utvalget også inntil en viss grad tilfeldig. Utvalget ble bestående av variasjon i forhold til disse dimensjonene også. Jeg har snakket med helsesøstre som er nyutdannede, og snakket med helsesøstre som har jobbet 10 år, og helt opptil 30 år. Dette har vært med på å berike datamaterialet.

Min første kontakt i rekrutteringsprosessen var direkte kontakt med den som var ledende helsesøster i begge kommunene. Jeg kontaktet først helsestasjonen i den mindre kommunen ved å ta direkte kontakt med ledende helsesøster per e-post, og tok direkte telefonkontakt med ledende helsesøster i den andre kommunen. Jeg beskrev mitt prosjekt og sendte kopi av prosjektskisse som jeg utarbeidet i forbindelse med informasjon til den ansvarlige institusjonen. Ledende helsesøster skulle så presentere dette videre til utvalget. Da jeg fikk klarsignal fra kommunene at det var greit, fikk jeg i den ene kommunen beskjed om at jeg ville få en liste over navn jeg kunne kontakte for å sette opp tid til intervju. Jeg fikk 3 navn, derav den ene hadde ledende ansvar. I den andre kommunen dro jeg fysisk til helsestasjonen og presenterte meg selv og prosjektet før jeg fikk endelig bekreftelse om de var villige til å være informanter. Etter denne presentasjonen, fikk jeg 3 navn fra den ledende helsesøster på helsesøstre jeg kunne kontakte. Jeg inviterte også henne til å delta, noe hun sa ja til.

På dette tidspunktet hadde jeg sendt meldeskjema til NSD og ventet på godkjenning før jeg kunne starte prosessen med gjennomføring av intervjuene. Jeg kontaktet informantene og satte opp tidspunkter for intervju. Sted for å gjennomføre intervjuene ble også avklart før selve gjennomføringen. I den ene kommunen ble det valgt et sted utenfor helsestasjonen, men

som var tilknyttet helsestasjonen og var i umiddelbar nærhet, mens det i den andre kommunen ble gjennomført intervju på kontorene til helsesøstre, etter deres eget ønske. Jeg ønsket å komme på arenaen til helsesøstre, bl.a. for å skape en trygghet og avslappethet i forhold til selve intervjusituasjonen (Ryen, 2002).

Utvalget kan først kategoriseres i 2 ulike kommuner, som jeg velger å kalle kommune A og B. Den større kommunen er kommune A og den mindre er kommune B. Jeg gikk først frem i å benevne helsesøstre som helsesøster A1, A2, osv. Jeg har videre gitt navn til alle helsesøstre. Fra kommune A er det helsesøstre Ane, Bea og Cecilie. Fra kommune B er det helsesøstre Dina, Eli og Frida. Grunnen til at jeg har gitt navn til informantene er for å få frem at dette er subjektive fortellinger av individer. Det er velkjent at engasjement og holdninger overfor mennesker er annerledes når de betraktes som subjekter enn som objekter (Røkenes & Hanssen, 2002). Denne tenkemåten er også i tråd med de fenomenologiske og hermeneutiske prinsipper, og begrunner derfor valget av å bruke navn i stedet for symboler.

Mitt utvalg består av 7 informanter, men det ble gjennomført intervju med 6. Den ene informanten fikk jeg ikke tak i. Jeg hadde kontaktet informanten ved hjelp av kontaktinformasjonen jeg fikk, og hadde 3 forsøk på dette uten respons. På grunn av at studiet er grunnlagt på informert samtykke (vedlegg 1), ønsket jeg ikke å kontakte informanten flere ganger.

4.4 Datainnsamlingsmåter

Datainnsamling har som målsetting å gi et grunnlag av informasjon som forskeren så skal benytte til å få svar på eller til å belyse sin problemstilling (Malterud, 2008).

Datainnsamlingen ble gjennomført da godkjenning fra NSD forelå (Vedlegg 3), og ble gjennomført over en periode på ca. halvannen måned, fra november og halvveis ut i desember 2012. Jeg valgte å foreta ett og ett intervju med ca. en uke mellom hvert intervju. Dette på grunn av tid, og ønske om å transkribere intervjuene mellom hver. Dette anbefales av Ryen (2002) som skriver at en slik variant vil kunne gi rom for tilpasning til informantene underveis, samt til å se om visse trekk ville synliggjøres underveis slik at intervjuene vil kunne tilpasses til prosessen. Det som kan være en utfordring ved valget av denne måten å gjennomføre intervjuene på er kravet om validitet og reliabilitet, altså gyldighet og overførbarhet (Malterud, 2008; Ryen, 2002). Jeg har under gjennomføringen av datainnsamlingen forsøkt å holde bevisstheten oppe vedrørende dette, og ikke endret på

intervjuguiden, men heller underveis lært mer om meg selv som forsker og tilpasset måten jeg har stilt spørsmål på, eller hvilken rekkefølge som har kunnet føre til rikere data (Ryen, 2002).

4.4.1 Litteratursøk

Som en del av datainnsamlingen, har det vært relevant å søke opp aktuell og relevant forskning. Jeg har i hovedsak benyttet databaser til litteratursøk etter forskning. Databaser på norsk og skandinavisk forskning: idunn.no, Swepub, og scholar.google.no. Søkeord som er brukt: helsesøster/helsestasjon, paret med samspill, tilknytning, risikoutsatte barn, omsorgssvikt, kartlegging. De første treffene jeg fikk var noen få master- og hovedfagsoppgaver. Da jeg fjernet helsestasjon eller helsesøstre og kun benyttet tilknytning og risikoutsatte barn, fikk jeg opp flere resultater. Da jeg søkte etter helsestasjon og kartlegging, var det vanskelig å finne forskning av nyere dato. Internasjonale databaser jeg har søkt i er: Academic search primer, Ebrary, scholar.google.com, Sage Journals. Søkeord som er brukt: public health nurses, paret sammen med attachment, interaction, child development, depression. Jeg har også søkt direkte på forfatternavn. Bl.a. Kari Glavin, og ut fra resultater funnet annen og lignende relevant forskning. De første forsøkene på søk i internasjonale databaser var vanskelig fordi jeg var usikker på det riktige begrepet for helsesøster på engelsk. Da dette løste seg, var tilgangen til nyere forskning på området lettere å lete opp.

4.4.2 Intervjuer og intervjuguide

Temaene i intervjuguiden (vedlegg 2) ble laget på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål som jeg hadde utarbeidet på det tidspunktet. Intervjuguiden består av 5 temaer som alle vil kunne belyse problemstillingen på best mulig måte. For at datamaterialet skal bli mest mulig nyansert, var det viktig for meg å komme inn i intervjusituasjonen med mest mulig åpent sinn, og en bevissthet rundt mine erfaringer, min kunnskap, min forståelse og forforståelse. Slik vil det også være for informantene. «Informanten som på forhånd har sagt ja til å la seg intervjuer, har svært ofte gjort seg noen tanker i forkant av intervjuet. Hun har et visst inntrykk av hva du vil snakke med henne om, og hun har tenkt på hva hun vil si på forhånd.» (Neumann og Neumann 2012, s 66). Dette har også vært en viktig betraktning i forhold til selve gjennomføringen av datainnsamlingen, men også tolkningsarbeidet og analysearbeidet.

Jeg brukte båndopptaker for å kunne skape en mest mulig dialog med informanten i intervjusituasjonen, og for å kunne være konsentrert om samtalen og det som informanten formidlet til meg i løpet av intervjuet. Jeg begrunner bruk av båndopptaker videre til at det

ville bidra til å samle mest mulig data, også uten å bli filtrert eller påvirket av mine fortolkninger. Dette kunne vært et faremoment dersom jeg hadde notert alt fra intervjuene selv. En kritikk til bruk av båndopptaker er at informanten kan føle seg utrygg, bli forstyrret og ledet til å fortelle det som han eller hun tror er riktige svar. En måte for meg å løse dette på var å informere om at opptaket ville bli slettet, samt at det var innelåst og kun jeg hadde adgang til den (Ryen, 2002). Under intervjuene bemerket jeg meg at noen informanter hadde tendens til å titte bort på båndopptakeren, noe som kunne tolkes som en form for usikkerhet eller engstelighet ved bruk av den. Det ble likevel, etter min oppfatning, lettere underveis i intervjusituasjonen og informanten fremstod ikke som preget av båndopptakeren. Det er likevel viktig å regne med at denne vil ha påvirkning på overførbarhet og gyldighet av datamaterialet.

Intervjuene opplevde jeg som en utviklingsprosess. De første intervjuene var jeg selv mer usikker, og redd for å løsrive meg for mye fra intervjuguiden. Etter hvert ble jeg tryggere og de siste intervjuene bar mer preg av å følge informanten, og å være opptatt av viktigheten av å ha gode oppfølgende spørsmål. Samtidig var jeg opptatt av å ikke være engstelig for å forsøke og gå mer i dybden av det informantene fortalte.

Målet var å transkribere mellom hvert intervju, hvilket jeg oppnådde inntil en viss grad. Jeg hadde ikke fullført transkriberingen mellom intervjuene, men hadde transkribert mesteparten. Målet om å ha alle intervjuene ferdig transkribert før utgangen av desember 2012 ble oppnådd. Transkriberingsarbeidet igangsatte refleksjoner rettet både mot meg selv som forsker og synliggjorde hvordan jeg kommuniserte med informantene. Transkriberingen synliggjorde også hvordan min forforståelse og målsetting med datainnsamlingen kunne til tider påvirke valg av oppfølgende spørsmål til informantene. Min forforståelse og yrkesfaglige bakgrunn kunne også påvirke hvordan jeg stilte selve spørsmålene, noe som vil kunne påvirke svarene i en viss retning. Jeg anser likevel ikke dette som gjennomgående for hele datainnsamlingen. For hvert intervju ble det mindre og mindre av denne tendensen. Kritikk mot kvalitativ metode og intervju som datainnsamlingsmåte er i stor grad påvirkningen forskeren selv har på datamaterialet (Malterud, 2008; Neumann & Neumann, 2012; Ryen, 2002).

Under datainnsamlingen var jeg selv delvis sykmeldt. Jeg anser dette som relevant informasjon på grunn av den påvirkningen min helsetilstand kan ha hatt på datainnsamlingen.

Jeg har reflektert rundt at den kan ha påvirket gyldigheten og overførbarheten til resultatene, på lik linje som for eksempel forforståelse og holdninger (Ryen, 2002).

4.5 Analyse

Analyse skal bidra til at det materialet som er samlet inn i løpet av studien kan gi nye beskrivelser, nye begreper eller nye teoretiske modeller (Malterud, 2008). Mitt ambisjonsnivå i forhold til analysen har ikke nødvendigvis vært å finne nye teoretiske modeller, men å finne en dypere forståelse av helsesøstres arbeid med de minste barna. Hvordan en velger å analysere sitt datamateriale, avhenger igjen av denne målsettingen. Det finnes ulike måter å analysere datamateriale på, men den vanligste er en form for reduksjonell metode (Malterud, 2008). Dette innebærer at en i første omgang sitter med et hav av datamateriale. Ut fra dette «havet» skal en komme frem til det som er hovedbudskapene, gjennom en form for reduksjonsprosess. Jeg tok utgangspunkt i en metode presentert av Malterud (2008), som beskriver en prosess som går fra helhet til å finne temaer og meningsbærende enheter. Gjennom hele denne prosessen er det viktig å kunne følge de fenomenologiske og hermeneutiske prinsipper, som å legge sin egen forforståelse, kunnskap og erfaring til side for å kunne se på datamaterialet med mest mulig åpent sinn. På denne måten vil sannheten slik den hermeneutiske tradisjonen benevner, være mulig å oppnå (Alvesson & Sköldberg, 2008). En metode utviklet av Giorgi (i Malterud, 2008) foreslår følgende trinn i analyseprosessen: 1) helhetsinntrykk, 2) finne meningsbærende enheter, 3) redusere innholdet i enhetene og 4) sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2008). En slik metode vil kunne egne seg godt til min studie, selv om analysen er gjennomført med en modifikasjon. Analysen har også gått frem og tilbake mellom disse punktene flere ganger, men prinsippene i den ble fulgt. Dette vil være med på å styrke gyldigheten og overførbarheten i materialet.

Analyseprosessen har blitt gjennomført over flere måneder. Jeg gikk først gjennom alle intervjuene og uthevet det som var gjentakende i forhold til temaer og uttalelser. Etter å ha lest gjennom intervjuene en gang, leste jeg gjennom de samme intervjuene igjen. Denne gangen fokuserte jeg enda mer på temaer som var blitt fremtredende og kontrollerte om jeg overså informasjon som kunne være relevant for de fremtredende temaer etter å ha lest gjennom den første gangen. Etter dette satt jeg fortsatt igjen med mye materiale som hadde behov for å siles ut ytterligere. Jeg kunne se gjennomgående temaer, som det var mange av.

Etter denne prosessen satt jeg fortsatt igjen med mange temaer. Deretter besluttet jeg å lage en tabell med mål om å klare å sette sammen disse temaene innenfor kategorier. Jeg laget en

tabell for hver av kommunene. Jeg sorterte ut materialet og laget tabellkolonner med disse overskriftene: *den enkeltes helsesøsters bakgrunn, hva som vekker vond magefølelse, oppfølging og tiltak, hva som hindrer handling og hva som hjelper utover magefølelsen*. Jeg gikk så systematisk gjennom alle intervjuene igjen og fylte inn det som var relevant inn i denne tabellen. Etter denne prosessen satt jeg fortsatt igjen med mye materiale, men det ble lettere visuelt sett å utheve og komme frem mot danning av kategorier. Jeg skrev ut tabellene og festet de på kontorveggen hjemme. Etter dette gikk jeg gjennom ark for ark med forskjellige fargemarkører og streket under temaer som lignet på hverandre. På denne måten fikk jeg kuttet ut irrelevante temaer, samt at jeg fant lignende temaer som kunne gå inn under bestemte kategorier.

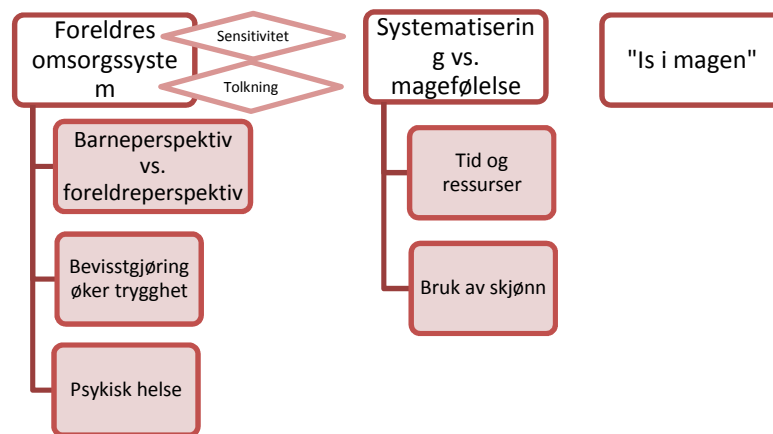
Utformingen av kategoriene var en tidskrevende og omfattende prosess. Etter den første presiseringen av materialet, satt jeg igjen med mange kategorier. Da jeg forsøkte å skrive noe om dem, så jeg at det ikke var treffende nok og at det ikke var tilstrekkelig presist. Jeg utarbeidet flere skisser, tegnet opp flere ark med forslag til kategorier ut fra de daværende temaene. Bearbeidingen av materialet har vært tidskrevende, og jeg mente at jeg fortsatt ikke hadde presisert datamaterialet på en god nok måte. På dette stadiet hadde jeg parallelt sett på temaene, lest litteratur, og skrev. Etter hvert klarte jeg å se at flere av temaene dreide seg om foreldrene. Jeg var selv opptatt av tilknytning hos barna, i en så stor grad at det hindret meg fra å oppdage dette.

4.5.1 Kategorier og underkategorier

Jeg velger å presentere mine funn i kategorier og underkategorier. Det er allerede redegjort for hvordan det er kommet frem til kategoriene og hovedkategoriene. Jeg ønsker i denne delen å presisere hva som er kategoriene og hva som er underkategoriene og hvorfor valget falt på denne måten å analysere datamaterialet på. Underkategorier er faktorer som er tilhørende sin kategori. Underkategoriene er i større grad knyttet til helsesøstrenes direkte fortellinger. Underkategoriene har kategorien som «overskrift» og overordnet tema, og som tydeliggjør de enkelte delene innenfor helheten i kategorien. Jeg har kommet frem til 3 hovedkategorier:

- Foreldrenes omsorgssystem
- Systematisering vs. Magefølelse, og
- «Is i magen»

Kategoriene har sammenheng med problemstillingene, og de viser alle hva som er helsesøstres opplevelser av sitt arbeid i møte med de minste barna og deres familier. Problemstillingen belyses ved at helsesøstrenes fortellinger og opplevelser belyses. I neste kapittel, som er presentasjon og drøfting av funn, legger jeg frem måten helsesøstrene har snakket om sine møter med barna og deres foreldre; hva de er opptatte av, og hvordan de gjør arbeidet sitt, samt faktorer som jeg har funnet som kan ha implikasjoner for hvordan de kan gjøre arbeidet sitt, som igjen vil kunne ha betydning for muligheten til å oppdage risikoutsatte barn. Alt dette er altså mine tolkninger ut fra deres fortellinger. Jeg har laget en oversikt over hva som er hovedkategorier og hva som er tilhørende underkategorier til hver av hovedkategoriene. Se figur under.



I den første kategorien (foreldres omsorgssystem) har jeg i tillegg til underkategoriene uthevet sensitivitet og tolkning som egne faktorer. Jeg har ikke ansett dem som underkategorier som kan stå for seg selv fordi jeg anser dem som veldig tett forbundet med omsorgssystemet. Grunnen til at jeg har uthevet dem er for å tydeliggjøre ytterligere og konkretisere hva helsesøstre er opptatte av i møte med foreldre og barn, men sett i sammenheng med omsorgssystemet. Underkategoriene er temaer og faktorer som kan stå for seg selv, men som likevel kategoriseres, her med relevans til omsorgssystemet. Kategoriene vil kunne sees i sammenheng, og vil påvirke hverandre.

4.6 Forskningsetikk (forskerrollen)

Neumann og Neumann (2012) har fokus på forskeren i forskningsprosessen, og skriver om i hvilken grad forskeren vil være i stand til å forholde seg stille og tilbaketrukket i

intervjusituasjonen. Å være tilbaketrukket og stille har vært en utfordring, og har hele tiden krevd en bevissthet og refleksjon. Ikke bare i selve intervjuene, men også i tolkningen av datamaterialet. Neumann og Neumann (2012) trekker frem en diskusjon omkring dette temaet og at det må drøftes hvorvidt dette skal sees på som negativt eller ikke. Det vil til en viss grad være viktig å være deltakende i intervjuet fordi noe av forskerrollen nettopp er å stille spørsmål og snakke med informanten for å få informasjon om det forskeren ønsker. Det har vært diskutert om ikke det er et for positivistisk syn og preg på at forskeren skal være nøytral og blande seg minst mulig inn under selve datainnsamlingsprosessen, og at dette ikke samsvarer med kvalitativ forskning. Ryen (2002) skriver også om et lignende syn. Neumann og Neumann (2012) skriver videre at forskeren i stor grad er klar over å ha påvirket intervjuene, men ikke hvordan hun eller han har påvirket, og at dette er en stor svakhet ved vitenskapelige arbeider. Dette har vært viktig kunnskap for meg å ha under gjennomføringen av studien. Jeg har ikke ønsket å fremstå helt nøytral, og ser ikke at jeg har gjort det i intervjuene heller. Jeg ønsket å få til en dialog med informantene, for å tilfredsstille kravene i henhold til kvalitative intervjuer som sier noe om at menneskelighet vil kunne bidra til mest mulig nyansert og bredt datamateriale (Malterud, 2008; Ryen, 2002).

Neumann og Neumann (2012) bruker begrepet situering da de skriver om forskerrollen, som betyr å plassere noe (i forhold til noe). I dette tilfellet vil det være å plassere seg fysisk i forhold til selve intervjuet, men også hvordan en betrakter det som har kommet frem i intervjuet. De skriver videre at det i samfunnsvitenskapen dreier seg om situering på tre måter; feltsituering, tekstsituering og selvbiografisk situering (Neumann og Neumann 2012). Feltsituering dreier seg om hvordan forskeren plasseres i feltet han eller hun studerer, og hvordan denne feltplasseringen igjen påvirker datainnsamlingen. I forhold til min studie så har jeg plassert med selv i et annet felt enn det jeg er kjent med og har en bedre forforståelse på. Det har derfor vært viktig for meg å ha mye bevissthet rundt dette, og respektere det informantene har sagt og være ydmyk overfor deres felt og deres kunnskap. Selvbiografisk plassering innebærer at forskeren tar med seg, både i forkant av innsamling, under selve datainnsamlingsprosessen, og senere en forståelse og syn på seg selv av hvordan hun eller han er preget av sine erfaringer, meninger, m.m. Videre hvordan denne igjen vil kunne påvirke møte med informanter. Tekstsituering innebærer et reflektert forhold til det en publiserer, og at forskeren har reflektert godt over de etiske dilemmaer, samt på hvilken måte innholdet i publikasjonen vil kunne gå utover de menneskene som befinner seg på arenaen forskeren skriver om (Neumann & Neumann, 2012). Etter råd fra min veileder har jeg ført en såkalt

forskningsprotokoll. I denne har jeg skrevet mine refleksjoner i forkant og etterkant av intervjuene. Allerede i første intervju hadde jeg problemer med feltsitueringen og selvbiografisk situering som påvirket valg av temaer jeg gikk mer inn i, og hvordan jeg følte med i selve situasjonen. Jeg har skrevet at barnevernpedagogen i meg ble såret på grunn av at informanten ikke så på barneverntjenesten som en viktig samarbeidspartner. Allerede på neste intervju hadde jeg åpnet mere opp i forhold til dette, og kunne gå dypere inn i visse temaer og begreper, uten å la mine forforståelser hindre meg i altfor stor grad. Motsatt så hadde jeg bemerket med at informantene kunne bli preget av sin situering og at min faglige bakgrunn og yrke var et forstyrrende og hemmende moment i forhold til å kunne gå i dybden på tidlig intervensjon og barn som det var knyttet bekymring til. Jeg lurer på om min stadig større åpenhet og trygghet i forskerrollen hadde denne effekten på helsesøstrene, men jeg så også at datamaterialet ble rikere jo lenger ut i intervjuene jeg kom.

Neumann og Neumann (2012) skriver om viktigheten av at forskeren er klar og bevisst over sin forforståelse i forskningssituasjonen. De skriver at det er viktig at «...forskeren er så bevisst som mulig på hva han eller hun bringer med seg inn i forskningssituasjonen av oppfatninger, meninger, kunnskap, erfaringer og fordommer.» (Neumann og Neumann 2012, s 26). Videre bruker de gestalttradisjonen til å belyse hvordan forskeren plasserer seg selv i de ulike delene av en forskningsprosess. De viser til at gestalttradisjonen har fenomenologien som sitt filosofiske grunnlag, og presenterer derfor begrepene side, aspekt og profil som er med på å beskrive og forklare hvordan mennesker sanser og persiperer ting. For meg er bevissthet om dette viktig, både med tanke på forberedelsene til innsamling av data, selve gjennomføringen av intervjuene, analysen, tolkningen, og skrivingen. Gjennom hele denne prosessen har jeg erfart hvor viktig det er å være klar over hva som er mitt eget ståsted, med alt det det innebærer og måter det kan påvirke mitt arbeid med denne studien på. Jeg har sett graden av påvirkning min forforståelse har hatt for datamaterialet og hvordan jeg har tolket datamaterialet. Jeg kan ikke fullstendig legge til side meg selv og min egen erfaring og forforståelse, men jeg synes likevel at jeg har klart å ha et reflektert forhold til det. Det er viktig med et kritisk blikk på alle delene av en studie, og jeg vil skrive om dette i neste avsnitt.

4.7 Metodekritikk

Min egen fremgangsmåte og valg av metode for å undersøke problemstillingen, kunne blitt gjennomført på en annen måte. Bruk av kvalitativ metode anser jeg som best egnet til å

undersøke en problemstilling som er ment til å få frem helsesøstres opplevelser. Det kan likevel tenkes at spørreundersøkelser kunne vært egnet som tillegg til samtaleintervju, eller utgangspunkt for intervju. Spørreundersøkelsene kunne knyttet seg opp mot eksempelvis arbeidsforhold, hvordan den praktiske hverdagen og oppfølgingen vurderes av helsesøstre, men også hvilke forhold som ville kunne utløse bekymring for barn og foreldre.

I studien er det benyttet samtaleintervju med 6 informanter. For å styrke gyldigheten og overførbarheten i studien, ville det kunne benyttes oppfølgende fokusgruppeintervju. Dette kunne vært hensiktsmessig i forhold til å nyansere og tydeliggjøre hva som er individuelle variasjoner og hva som er gruppeerfaringer og variasjoner (Malterud, 2008). Utgangspunktet for studien var å gjennomføre slike fokusgruppeintervju, særlig fordi det ble forsket på en spesifikk yrkesgruppe. En kombinasjon av individuelle intervju og fokusgruppeintervju ville bidratt til å styrke funn og resultater i denne studien. Det ble dermed ikke gjennomført fokusgruppeintervju på grunn av råd fra veileder, samt at dette hadde vært tidkrevende og bidratt til at datamaterialet ble enda større og bredere. I henhold til datametning, kunne individuelle samtaler og fokusgruppeintervju også vist at det ikke ble tydeliggjort flere sentrale temaer enn de som studien trekker frem.

Bruk av observasjoner, tilgang til journaler, og andre supplerende og dekkende fremgangsmåter for datainnsamlingen, i tillegg til intervju, kunne også styrket funnene og nyansert problemstillingen (Malterud, 2008; Ryen, 2002). På grunn av formålet og størrelsen med studien og lite tid til rådighet ble ikke disse alternativene valgt. Dersom forskeren ville ha tilgang til konsultasjoner og taubelagte opplysninger, hadde dette også krevd sentral godkjenning, og samtykke fra foreldre i konsultasjonene hos helsesøstre i tillegg til helsesøstrene. Observasjoner ville ikke egnet seg best i forhold til denne studien på grunn av bias om at observasjonene vil kunne påvirkes av forskeren seg og forskerens tolkning. På samme måte som gjennomlesing av journaler ville vært. Denne studiens formål har vært å fordype seg i hva som er *informantenes* opplevelser, og for at dette skal ha minst mulig påvirkning av forskeren, så vil de enkeltes fortellinger gjennom intervju gi størst grunnlag for gyldigheten av datamaterialet. Forskeren vil likevel kunne ha påvirkning på innsamlingen og tolkningen av dataene, men det er i denne sammenheng viktig å ha et bevisst forhold til seg selv i løpet av disse undersøkelsesfasene, slik det allerede er redegjort for tidligere i kapitlet.

4.7.1 Validitet og reliabilitet

«Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig om og hva er betingelser?» (Malterud, 2008, s. 178). Dersom det skal anføres hva studien og resultatene angir mest gyldighet om, så er det de enkelte helsesøstrenes erfaringer og opplevelser i arbeidet med de yngste barna og deres familier. Gyldighet som kan overføres til å gjelde generelt alle helsesøstre vil være vanskelig å oppfylle. Dette på grunn av utvalgets størrelse, variasjon og geografiske begrensning. Det kan likevel hevdes at noen av funnene vil kunne gjelde den generelle populasjonen av helsesøstre. Arbeidsforhold, mangel på tid og ressurser og store variasjoner som er resultat av bruk av skjønn i arbeidet er temaer som studien har vist har blitt funnet i annen forskning, ved siden av denne studien (Andrews, 2002; Dolonen & Helmers, 2012). For å styrke gyldigheten i forhold til resten av funnene, vil studien måtte etterprøves. Jeg mener at det ved å følge samme fremgangsmåten som er redegjort for i dette kapitlet vil gjøre mulig å finne frem til samme funn. Dette ikke utelukkende på bakgrunn av fortellingene, men også den yrkesfaglige forståelsesrammen og utviklingsteoretiske forståelsesrammen.

For å undersøke reliabiliteten, eller påliteligheten, vil det være relevant å se på intervjuguiden, og måten intervjuene har blitt gjennomført på. Intervjuguiden er utarbeidet for å bl.a. tilfredsstille kravet om å overprøve resultatene, for å vise om studien oppfyller kravet om overprøvbarehet. Dette vil si at dersom en annen skulle forske på det den samme problemstillingen, ville kunne fått tilnærmede resultater og funn ved bruk av samme fremgangsmåte og samme intervjuguide. Forhold som kan ha påvirket reliabiliteten er forskerens «menneskelighet» og subjektive tolkninger, forforståelser og meninger under selve intervjusituasjonen, men også under analyse- og tolkningsarbeidet. Forskerens helsetilstand i perioden for datainnsamlingen vil også måtte anføres som en påvirkning på gjennomføringen av intervjuene.

Studiens relevans og gyldighet må også sees i sammenligning med andre forskningsresultater som foreligger på lignende temaer. Studien bekreftes bl.a. ved at den viser paralleller til både hva som er helsesøstres mandater og anbefalinger av temaer i henhold til helsestasjonsprogrammet. I oppgaven er det redegjort for relevant forskning, og denne dreier seg i hovedsak om helsesøstre som i større grad bør benytte kartleggingsverktøy for å imøtekomme de stadig større kravene til arbeidet sitt. Min studie får bekreftet gyldighet ved at

tema om systematisering av arbeidet og arbeidshverdagen blir fremlagt og drøftet som en del av funnene.

5 Presentasjon og drøfting av funn

I dette kapitlet skal jeg presentere og drøfte funn, i lys av et barnevernfaglig perspektiv og i hovedsak gjennom tilknytningsteori. Arbeidet med analyse og tolkning av resultatene har vært en utfordrende og spennende prosess, som har innebært en stor grad av bevissthet om hvordan jeg har lest intervjuene og videre tolket de gjennom både mine egne og helsesøstrenes øyne. Teamet for oppgaven og studien har vært helsesøstres opplevelser i deres møte med de aller minste barna. Fortellingene er altså helsesøstrenes, men de er sett gjennom mine øyne med de forutsetningene jeg har til å tolke det de har fortalt.

Jeg skal drøfte og diskutere noe underveis, men jeg vil også ha en oppsummerende drøfting av resultatene i neste kapittel. Dette for å forsøke å samle resultatene og de kategoriene jeg presenterer i dette kapitlet.

5.1 Foreldres omsorgssystem

«Jeg tenker jo på en måte det å observere da, på en måte se hvordan samhandler mor og barn (...) hva gjør mor når gutten (...) blir opphengt av ett eller annet ... hvordan setter hun grenser, hvordan ser hun gutten sin, søker han tilbake til mor. (...) prøve å finne ut av hvorfor har denne moren vanskelig for eventuelt å sette grenser eller hvorfor forteller hun om det her.»
Eli.

Dette sitatet belyser godt hva kategorien *foreldres omsorgssystem* handler om. Sitatet betegner de ulike aspektene i det som helsesøstre formidlet til meg, med et særlig fokus på foreldrenes væremåte overfor barnet. Eli viser at hun har et blikk på og ser etter hva både mor og barn gjør hver for seg, men hun ser også hva de gjør i forhold til hverandre. Eli viser i første del av sitatet et blikk på mor, og hvordan hennes omsorgssystem kommer til syne, men også barnet og hvordan barnets atferd er, der Eli virker til å se på tilknytningen til barnet. Atferden til barnet og opptattheten av hvordan denne atferden er, viser til perspektiv på tilknytning. Hovedfokuset til Eli er likevel på mor og hvordan barnets atferd kan ha blitt som resultat av tilknytningen til mor, gjennom mors omsorgsutøvelse. Min studie viser at helsesøstre er mest opptatte av foreldrenes omsorg overfor barnet. Ane sier

«...det er jo det vi ser etter hele tiden ... hvordan er samspillet på helsestasjonen, ser mor på barnet sitt, spør barnet om oppmerksomhet, reagerer mor på det? Det er jo sånn vi gjør hele tiden. Også er det en mor som bare er opptatt av sine egne problemer og barnet sitter bare der...»

Dette utdraget viser fokus på relasjonen mellom forelder og barn, og hvordan både mor og barn er oppmerksomme overfor hverandre hos helsesøster. I den siste setningen så tenker jeg at helsesøster har både et blikk på barnet, men ansvaret for relasjonen legger hun på mor fordi hun i størst grad ser på mor og hvordan hun ser på og er overfor barnet sitt. Det tolker jeg når fokuset er på at mor er opptatt av seg selv og har dermed ikke rom for å ta innover seg hva barnet gjør eller hva barnets behov er.

Jeg betegner denne kategorien foreldres omsorgssystem, gjennom en tolkning av hvordan helsesøstrene ser på og forstår relasjonen mellom barn og forelder. Dette er et begrep som er en del av tilknytningsteoretiske perspektiv, men også teoretikere som Donald Winnicott og Daniel Stern har skrevet mye om foreldreorganisering og -atferd. Jeg tenker at dette viser til at helsesøstre både har en kunnskap om og et blikk på nettopp dette, selv om det ikke er noe de uttaler eller benevner konkret som foreldrenes omsorgssystem (Brandtzæg et al., 2011). Det som helsesøstre har fortalt meg, om hvordan de opplever og tenker rundt relasjonene mellom barna og foreldrene deres, har i veldig stor grad dreid seg om foreldrenes sensitivitet, speiling, mentalisering og respondering overfor barnet. Med andre ord, hvordan foreldrenes instinkt og omsorgssystem er organisert og hvordan det aktiveres (Brandtzæg et al., 2011; George & Solomon, 1996). Det er flere faktorer som spiller inn på hvordan foreldres omsorgssystem aktiveres, og hvordan foreldrenes organisering har sammenheng med deres atferd overfor barnet ut fra hvordan relasjonen til barnet er (Brandtzæg et al., 2011). Noen av disse er foreldres egne tilknytningserfaringer og evne til å mentalisere (George & Solomon, 2008; Kvello, 2010). Bea gir et eksempel som viser hva helsesøstre er opptatte av å se etter i møte med barnet og familien, og forteller:

«Hvis et barn er ute og krabber rundt her da og kommer bort til mor og mor ikke tar barnet opp da, eller det gråter for eksempel etter vaksinerings. Der har vi jo en helt unik mulighet til å observere hva skjer ... da at man oppfordrer de til å prøve å trøste og snakke om hvor viktig det er når barnet kommer til deg og vil opp og trøstes, mens ikke alle gjør det da. Det skal avledes med en gang og smukken inn og, ja... Når barnet er lei seg, at man snakker om det at nå er barnet ditt lei seg, nå trenger det at du trøster det, ta det inn til deg, kos med det, la det skrike, det gjør ikke noe liksom.»

Bea er først opptatt av sensitiviteten hos mor. I denne sammenhengen snakket vi om observasjoner i konsultasjoner. Hun lurer på hvor mor er i forhold til barnet, om hun ser etter hva barnet gjør og hvor det er. Samtidig inneholder den første setningen mors handling, eller mors manglende handling, overfor barnet. Hvordan handler mor når barnet gir uttrykk for sine behov gjennom signalatferden 'nå krabber jeg bort til deg'. Her har helsesøster en forventning om at mor burde tatt opp barnet. Videre beveger helsesøster seg over på å se hvordan mor

klarer å trøste barnet. Hun oppfordrer mor til å trøste barnet, altså på en måte kompensere for at mor av ulike grunner ikke gjør dette selv på en måte som barnet har behov for. Min fortolkning er at helsesøstre tar utgangspunkt i at trøst i stor grad handler om å inntone seg på barnets indre følelsesliv, og en evne til å sette seg inn i barnets «sinn» (Wallroth, 2011). Dette oppfatter jeg er et «ideal» mor, og eventuelt far, skal kunne oppnå, sett fra helsesøsters ståsted. Dette er også det som er ideelt i forhold til barnet og barnets forutsetninger for å oppleve trygghet med andre og så med seg selv. Et slikt behov for trøst, forstås av sensitive og mentaliserende foreldre som tegn fra barnet på at nå føler jeg meg ikke trygg og trenger deg. Det er her det også forventes at omsorgssystemet aktiveres. Noen foreldre kan føle seg hjelpeløse slik at de ikke responderer på barnet slik det trenger (Brantzæg et.al 2011). Andre kan føle seg usikre og utrygge selv, mens noen ikke klarer å ta innover seg barnets uttrykk. De finner andre strategier, i dette sitatet å avlede med smokk. Min tolkning er at Bea ser på at foreldrene gir barnet smokk som en feilvurdering av barnets signalatferd, og at det utløser behovet for å samtale med foreldrene. Det som vil kunne utgjøre en forskjell i forhold til å oppdage risikoutsatte barn er hvor fleksible foreldre er til å tilpasse sin omsorgsutøvelse og – atferd etter en bevisstgjøring rundt barnets signalatferd. Videre virker det at Bea jobber med å øke foreldrenes mentaliseringsevne (George & Solomon, 1996; Wallroth, 2011).

Ved en sammenligning av sitatene, ser jeg at de første har et større fokus på mor og mors indre følelsesliv, mens det siste sitatet har noe større vekt på barnet og barnets indre, og hvor viktig det er at foreldre klarer å se inn i dette følelseslivet.

I alle mine intervju, og gjennom flere temaer som jeg hadde i intervjuguiden min, svarte helsesøstrene ofte på den måten at de snakket om hvordan forelderen var overfor barnet sitt i ulike settinger de observerte og veiledet de i. Det kunne være spørsmål fra meg som dreide seg om alt fra hvordan deres kontakt med familien foregår til hva som vekker bekymring hos dem. Jeg har underveis i hele prosessen spurt meg selv hvor mye fokus helsesøstrene egentlig har på andre ting enn å sjekke at barnet utvikler seg slik det skal. Da jeg har snakket med helsesøstrene om tilknytning har flere av dem sagt at de har dette perspektivet med seg i møtet med barna og deres foreldre som «...en bærebjelke...». Dette er sagt av Dina. Et eksempel på bruk av tilknytningsperspektivet i arbeidet sitt er når Dina forteller om hvordan hun prater med en mor som hadde planer om å reise bort i flere dager uten barnet sitt som var et par uker gammelt. Dina forteller at hun spurte mor om

«...tilknytning med barnet allerede når det var i magen og at det nå var i ferd med å vise det med tilknytningen, å jobbe seg sterkere med å vise hvorfor barnet trengte mor. Det var ikke

bare med amming, spesielt det med tilknytningen (...) mor opplevde at hun vokste på det ...at ...så mye betyr jeg for barnet mitt... så viktig person er jeg...».

Min tolkning er at Dina er opptatt av hvordan morens bånd til barnet er. Dina stiller spørsmålsteget ved at mor vurderer å skilles fra barnet over flere dager. Dette tyder på et perspektiv på og kunnskap om tilknytning og hvor vanskelig en slik adskillelse kan være både for mor og barn i spedbarntiden. Samtidig blir det et varsko når mor i det hele tatt vurderer dette, og det er der fokuset på omsorgssystemet kommer inn igjen mener jeg. Her kommer en oppøving av mentaliseringsevnen igjen frem, på samme måte som Bea belyste i forrige avsnitt. Disse helsesøstrene jobber i ulike kommuner. Dina mener det er viktig å samtale med mor, og at hun ut fra dette ser hvorvidt mor klarer å reflektere selv rundt det som ble tatt opp og forsøke å sette seg inn i hvordan denne adskillelsen faktisk hadde blitt for barnet. Denne måten å samtale med foreldre på virker forenlig med hvordan helsesøstre oppfatter deres rolle skal være (Kari Wærness & Therese Andrews, 2004). Det er en støttende, motiverende og kunnskapsrik helsesøster, bl.a.

I forhold til kunnskap om et tema som helsesøstre trekker frem som veldig viktig del av arbeidet deres, så viser denne formuleringen at begrepet tilknytning brukes fra både forelder og fra barn, noe som ikke henger sammen med teoriens opprinnelige betydning.

Jeg ønsker å gå tilbake til begynnelsen av dette avsnittet og trekke frem sitatet fra intervjuet med Eli. Hun starter med å se på hva mor gjør når gutten blir opphengt av noe, og hvordan hun ser på gutten sin. Min tolkning er at hun er opptatt av mors sensitivitet overfor gutten. Sensitivitet er en viktig del av samspillet mellom forelder og barn, og noe som henger tett sammen med forelderens omsorgsfølelse (Hart og Schwartz 2009). Når hun videre forteller at hun er opptatt av å se hvordan mor setter grenser for gutten, så er opptatt av å se hvordan mor regulerer barnet, som igjen vil legge grunnlag for hvordan barnet vil knytte seg til mor. For helsesøstrene i studien er et av vurderingselementene for barns utvikling hvordan barn og foreldre klarer å etablere relasjonene mellom seg. Å se på sensitiviteten foreldereren har overfor barnet er i studien et viktig element innenfor denne vurderingen, og noe helsesøstre konkret observerer.

Sensitivitet

Grunnen til at jeg velger å skille ut sensitivitet er for det første fordi det er en av de grunnleggende funksjonene som en ser hos foreldre og som er bestemmende for hvilken tilknytningsstil barnet vil tilegne seg, samt hvordan barnet etablerer sine indre

arbeidsmodeller og senere identitet og selvforneemmelse (Kvello 2011; Stern, 1985). Det er selvfølgelig flere funksjoner som er veldig viktige for dette, men sensitivitet er det som trekkes frem i denne studien. Sensitivitet har også over lengre tid hatt en stor og viktig plass i faglitteratur om barns utvikling. Forskning har vist at det er sammenheng mellom foreldrenes sensitivitet og barnets tilknytning (Brantzæg et al., 2011; Kvello, 2010). Hos helsesøstrene i studien er fokuset på forelderen og hvordan, primært mor, er overfor barnet sitt, men det er det også i litteraturen som beskriver denne funksjonen i samspill mellom foreldre og barn (Brandzæg et.al 2011; Hart & Schwartz, 2009; Kvello 2010).

Dina forteller om en mor som hun har hatt kontakt med og hvordan hun tolket dette møtet med henne og hennes barn, samt hvordan mor var overfor barnet sitt. I denne situasjonen snakket hun med mor om hvor mye barnet tåler av stimuli.

«... fare for overstimulering. Å kunne prøve også kunne lære seg å tyde signalene til barnet når det har fått nok og er sliten samtidig også besvare barnet og regulere barnet...»

Daniel Stern (1985) vektlegger særlig det å inneha egenskap som forelder til å kunne regulere barnets *arousal* nivå, samt hvor belastende det kan være for barnets utvikling når foreldre ikke evner å vite når nok er nok for barnet. Dina snakker med mor om viktigheten av å kunne inntone seg på barnet og vite når noe blir for mye for barnet, men også når barnet trenger stimuli. Her er fokuset på sensitivitet hos mor, men gjennom stimuleringen av barnet. Dina har en mening om at barnet gir fra seg signaler på dette. Når hun sier at det er viktig å lære seg når mor skal besvare barnet, opplever jeg som en pekepinn for mor at hun må være var og oppmerksom på hva barnet gjør, og videre tolke og besvare barnet. Helsesøster sier ikke noe om hvordan mor skal besvare barnet, dette viser studien at helsesøstre lar mødre og foreldre prøve seg frem til selv.

Et spørsmål jeg stilte meg selv før samtalene med helsesøstrene var hvor mye helsesøstre faktisk har anledning til å se og observere. Jeg hadde en hypotese om at det var begrenset, og inntil en viss grad så stemmer det. Men jeg tenker ut fra min posisjon der jeg har anledning til å treffe foreldre over lengre tidsintervaller, hyppigere møter, lengre observasjoner, mulighet til å samarbeide med andre instanser og innhente informasjon om foreldre og barn fra andre instanser. Helsesøstre har et annet mandat enn barnevernkonsulenter, og de har anledning til å observere barn og foreldre i flere settinger innenfor den tidsrammen de har. Ane viser noe av dette:

«(...) når du kommer og skal hente familien, så ser jeg liksom hvordan du tar med barnet ditt. Lar du det avslutte eller er du så ivrig å skynde deg og du bare river med deg barnet og barnet gråter og spreller og vil ikke og, du ser mye ja. Hvordan foreldrene tar de situasjonene da. Det gjør du... i forhold til ja, gi barnet ditt trygghet da...»

Denne situasjonen finner jeg interessant av flere grunner. En er hvordan helsesøster vurderer denne familien hun treffer, og hvordan hun ser på alt hva de gjør fra første øyeblikk de ser familien. En annen grunn er i forhold til selve tegnene som handler om en observasjon og vurdering av foreldrenes sensitivitet overfor barnet. Hvor avgjørende slike situasjoner og slike vurderinger om foreldrenes sensitivitet er for det videre møtet med familien avhenger av tidligere kjennskap til barnet, foreldrene og andre forhold som jeg kommer tilbake til senere i kapitlet, bl.a. det som omhandler selve arbeidet og oppfølgingen av barn og familier. Det jeg blir veldig opptatt av i dette utdraget er når Ane trekker frem å gi barnet trygghet. Hun er opptatt av at foreldrenes sensitivitet, eller mangel på sensitivitet i denne settingen, gjør noe med hvordan det skapes trygghet rundt barnet i situasjoner som er utrygge for barnet. Blikket på viktigheten av trygghet for barnet er interessant av flere grunner, spesielt sett i forhold til at trygghet er en av grunnpilarene i hvilken tilknytningsstrategi barn etablerer overfor sine foreldre for eksempel. Når barnet senser eller oppfatter fare, er den instinktive reaksjonen å søke trygghet. Videre også hvordan barnet lager RIG-er om lignende situasjoner som senere vil ha innvirkning på hvordan de utvikler sin identitet og selvopplevelse (Stern, 1985).

Frida snakket også om viktighet av trygghet for barnet:

«(...) det å legge til rette for læring og være opptatt av ting, og dette med tit tei lek og sånn, ja, ritualer, gjentakelser og rutine. Det skaper trygghet for de og det skaper trygghet for barnet...så vi snakker veldig mye om det egentlig...»

Jeg oppfatter at Frida snakker om samme ting som Ane, men fra et annet utgangspunkt. Jeg tenker likevel budskapet og grunnlaget er det samme. Begge viser en måte å vektlegge foreldrenes sensitivitet og oppmerksomhet overfor barnet slik at de gjennom å skape rutiner, eller gjenta det samme i lek flere ganger vil skape et miljø for barnet som det vil oppfatte som forutsigbart og trygt. Barnet vil etablere indre arbeidsmodeller om sine foreldre om at når mamma har lagt seg på sofaen med ryggen til meg i en viss setting, så er dette en del av leken der mamma vil jeg skal klatre opp på henne, eller klappe henne på ryggen. Da vet jeg at mamma vil snu seg.

Til sammenligning med Dina, så hadde hun større fokus på å lese barnets signaler i forhold til stimulering og arousal, mens Ane viser mer til det å være sensitiv overfor at barnet kan befinne seg i en ukjent situasjon, med ukjente mennesker og at det kan være viktig å forberede

barnet på hva som skal skje. Videre at forelderen er sensitiv overfor hvor barnet befinner seg i utforskning og lek, der mitt inntrykk av Ane er at hun tenker at en sensitiv forelder hadde latt barnet avslutte og forberedt det på at det skal inn til helsesøster og ikke blitt stresset og tatt det med seg. Jeg syns videre Ane selv viser en sensitivitet og mentalisering overfor forelderen i denne settingen. Dette med måten hun ordlegger seg på ved å forklare hvorfor forelderen dro med seg barnet, og det var fordi hun eller han ble stresset og følte de måtte skynde seg. Denne måten å tolke foreldrenes atferd på vil legge grunnlaget for hvordan hun selv møter familien og observerer og tolker barnets atferd.

En annen måte Ane ser etter sensitivitet hos foreldre er hvordan de er oppmerksomme på hva barnet foretar seg

«... de fleste er veldig lydhøre og vare for barnet når dem har det med seg når det krabber rundt eller det har begynt å reise seg eller. Farer er det jo liksom overalt så når foreldra ikke ser det så er det litt bekymringsfullt. Det er det.»

Her beskriver Ane det jeg tolker som sensitivitet som å være lydhør og vare for barnet, bl.a. fordi det finnes farer der barnet kan slå seg eller skade seg. For å videreføre tanken om helsesøstres sensitivitet overfor foreldre, så kan en undre seg om Anes omsorgssystem ble aktivert i forhold til dette barnet, nettopp fordi det en naturlig setting hvor en voksen omsorgsperson vil reagere med å beskytte barnet mot fare. Ane er også sensitiv i forhold til foreldrenes omsorgsaktivering. Når hun ser på foreldrenes uoppmerksomme holdning overfor sitt barn, er dette noe hun ser på som bekymringsfullt og noe som er et konkret varseltegn.

Cecilie viser også til dette da hun sier

«(...) det med samspill da... Dårlig samspill da er risiko faktor hvis man ser at foreldrene ikke klarer å tolke barnets signaler eller se barnets behov og følge det. Så er det alvorlige tegn da.»

Hun nevner her også i hvor stor grad forelderen evner til å forstå barnets signaler eller se barnets behov. I forhold til neste avsnitt som vil handle om tolkning av barnet, mener jeg dette utsagnet hører til under sensitivitet fordi denne måten hun snakker om tolkning på forstår jeg til at forelderen ikke er oppmerksom nok på barnet til å kunne være i stand til å tolke det og dets signaler. Dette her er igjen klare varselstegn som helsesøstre ser etter. En annen måte å se foreldrenes sensitivitet overfor barnet på er det Frida trekker frem i dette sitatet:

«Det med ernæring går ofte på det når foreldrene ikke er sensitive for barnas signal, og ... putter i de brystet med en gang ... de kan ikke helt skjønne... Da blir du litt bekymret og ... Som kobler på brystet med en gang barnet gir lyd fra seg, også vil ikke nødvendigvis barnet spise, også blir barnet urolig ... Du blir jo litt urolig av at de tror det er mat hele tiden, men ellers så blir ikke barnet stimulert skikkelig.»

Dette sitatet fører meg inn i grenselandet mellom sensitivitet og mentaliseringsevne. Dette i forhold til hvordan tolke hva dette i det hele tatt handler om hos forelderen. Eller rettere sagt, hva det er denne forelderen ser ut til å mangle? Det er ikke automatisk at Frida mener at forelderen mangler sensitivitet eller mentaliseringsevne overfor barnet sitt, men at det er et varselstegn når mor reagerer på barnets signal kun ved å gi mat. Forskning viser at evne til mentalisering og sensitivitet på et vis utfyller hverandre. Men det har også vært diskutert om mentaliseringsbegrepet kan erstatte sensitivitet (Brandzæg et al., 2011; Kvello, 2010). Mentaliseringsevne vil kunne innebære at en har evnen til å være sensitiv. Det er vanskelig å tolke og å sette seg inn i barnets ståsted når en ikke klarer å være emosjonelt eller psykisk tilgjengelig for barnet i utgangspunktet. I forhold til varseltegn så vektlegger Frida både foreldrenes lavere nivå av mentalisering og at barnet heller ikke blir tilstrekkelig stimulert.

Tolkning av barnet

Et annet tegn på helsesøstres blikk på omsorgssystemet som har blitt funnet i studien er foreldrenes tolkning og omtale av barnet. Med dette mener jeg hvordan foreldre på en side er oppmerksomme på barnet og hva det gjør (sensitivitet), men tolkningen forelderen har av barnet vil påvirke hvordan det forstår barnet, dets signaler og senere handler overfor barnet. Dette ligger igjen nær til mentalisering, men jeg ønsker å se dette i lys av tilknytningsteori og omsorgsstiler foreldre utvikler i forhold til sin omsorgsutøvelse og indre arbeidsmodeller. Det vil også ha betydning for hvordan relasjonen mellom forelderen og barnet utvikles, og hvordan barnets tilknytning til forelderen blir (Brantzæg et.al 2011; George & Solomon, 1996; Kvello 2010).

En måte å se foreldrenes tolkning av barnet på, er gjennom hvordan forelderen omtaler barnet sitt. Dette er igjen ut fra helsesøstrenes fortellinger. Denne tolkningen vil da påvirke og bli påvirket av de andre faktorene innenfor denne kategorien (bl.a. foreldrenes psykiske helse, og hvordan foreldre evner til å se på sin egen foreldrerolle), som igjen har implikasjoner for hvordan de handler overfor barnet ut fra den omsorgsstilen som de har etablert. Det jeg har funnet i studien er i hvor stor grad helsesøstre faktisk er opptatte av dette, noe jeg har sett helsesøstre fra begge kommunene har vært. I flere sammenhenger og i flere av temaene vi snakket om, kom det ofte eksempler på dette. Spesielt da vi har snakket om de tilfellene der helsesøstre bemerket seg noe eller ble bekymret, så har samtlige nevnt eksempler der forelderen ikke har vært i stand til å tolke barnets signaler på en hensiktsmessig og adekvat måte. Cecilie er et eksempel:

«... det kan være måten foreldre kommuniserer med barnet, måten de snakker om barnet. Hvis de snakker noe negativt om barnet så blir jeg bekymra, eller beskriver barnet som veldig sånn vanskelig også bruker sånne negative ordlag om barnet, eller hvis det er mye korrigeringer, mye nei, ikke gjør sånn...»

Jeg har tidligere i oppgaven skrevet om forskning som har vist hvordan foreldres omsorgssystem, på samme måte som barns tilknytningssystem, kan organiseres og kategoriseres, bl.a. fleksibel, avvisende, usikker og hjelpeløs (George & Solomon, 1996, min oversettelse). Omsorgstilene har blitt funnet til å kunne kategoriseres med visse kjennetegn. Disse kjennetegnene registreres ut fra både hvordan en omsorgsgiver er i samspillet med barnet (observasjoner) og hvordan omsorgsgiver forteller om omsorgsoppgaven, barnet og om seg selv i situasjoner med barnet. Altså noe nærliggende til hvordan en attribuerer, dvs. forklarer hendelser, situasjoner og handlinger (Kvello, 2010). Hvordan foreldre omtaler sitt barn og forteller om sitt barn er ett av slike tegn. Sitatet fra intervjuet med Cecilie viser at hun er opptatt av dette fordi det til syvende og sist vil ha noe å si for barnets oppvekstbetingelser og utvikling. Ut fra en forståelse om hva som karakteriserer de ulike omsorgstilene, kan det tolkes at dette barnet er i større risiko for å etablere en utrygg tilknytning siden forelderen ikke viser innsikt og sensitivitet og evne til å reflektere over for eksempel både positive og negative ting som hun eller han opplever at barnet gjør. Når foreldre tolker barnas atferd og personlighet som negativt, kan dette skape mye irritasjon, men også ignorering og avvisning fra foreldrene (Kvello, 2010). Dette vil igjen kunne påvirke om barn får trygge eller utrygge tilknytningsstiler, og dermed er i mindre eller større grad utsatt for risiko i forhold til videre utvikling.

En annen måte å vinkle denne forståelsen og tolkningen forelderen har av barnet viser Ane til:

«Det er jo... noen ganger...hvordan mor omtaler barnet på en måte. Hva slags problemer ... At hun problematiserer det ut fra seg selv på en måte, at barnet er veldig grinete.»

Det både Cecilie og Ane ser etter hos forelderen er det samme, det er tolkningen gjennom hvordan mor omtaler barnet, men det er likevel gjennom forskjellige perspektiver. Det jeg tolker dette som er en mor som ikke klarer å skille sine egne følelser og det hun selv er opptatt av fra barnets følelser og det barnet ønsker. For barnet vil det ut fra teori om speiling kunne oppleves som at mor vil speile seg selv tilbake til barnet, og ikke barnet selv (Hart & Schwartz, 2009). Videre tyder dette på en mor som har lav mentaliseringsevne når hun ikke evner til å oppleve, tolke og forstå barnet ut fra barnet selv. Mor er begrenset i denne evnen i forhold til at hun beskriver barnets reaksjoner, barnets signaler og behov ut fra hva hun selv opplever, tenker og føler. I forhold til omsorgstiler vil denne atferden hos forelderen kunne

tyde på en mor som er avvisende på den måten at hun stenger ute de følelsene og signalene som barnet gir fordi hun ikke klarer å oppfylle det barnet ønsker. Dermed utvikler hun en strategi ved å blokkere både bevisste og ubevisste tanker og følelser fordi hun ellers ville stått i fare for å se på seg selv som en 'dårlig mor' (George & Solomon; 1996; George & Solomon, 2008). Barn som vokser opp med foreldre med denne type omsorgsstil vil sannsynlig etablere en utrygg og unnvikende tilknytningstil (George & Solomon, 1996). Når helsesøstre forteller slike detaljer fra møtene med foreldre og barn, så tolker jeg det som at de innehar denne kunnskapen, og videre ser på dette som tydelige tegn på hvordan et barn vil kunne vokse opp og utvikle seg.

En annen og interessant, vinkling er å finne i eksemplet fra intervjuet med Bea. Hun forteller om en familie hun har vært bekymret for fordi mor over lengre tid har vært syk, men at far har stilt opp for å forsøke å kompensere for det mor ikke har evnet til selv. Hun forteller om hjemmebesøket hun var på hos familien:

«...men samspillet, der var jeg ikke bekymret for samspillet mellom mor og barn, for hun elsket det barnet over alt på hele jord (...) og hun så jo barnets beste at det måtte komme i den barnehagen fordi, hun så jo hvor lite hun kunne gi.»

Dette eksemplet bidrar til en motvekt til forrige eksempel, da helsesøster forteller om en mor som har mentaliseringsevne da hun klarer å se sine begrensninger i forhold til sin omsorgsutøvelse. I forhold til tilknytningsteori, fremstår denne moren som en mor med balansert, fleksibel og integrert omsorgstil. Dette fordi hun viser glede i forhold til forelderrollen, hun snakker positivt om barnet, at hun gjør det hun tror er det beste for barnet sitt selv om det vil kunne «såre» hennes morsfølelse eller moderlige identitet (George & Solomon, 2008). Det Bea har vært bekymret for i denne familien har vært knyttet til mors fysiske helse og hvordan dette har gått utover barnets mulighet til å komme seg i barnehage. Bea vektlegger den emosjonelle omsorgen som mor gir barnet sitt, mer enn de begrensningene hennes fysiske helse vil kunne ha i forhold til den praktiske oppfølgingen av barnet. I forhold til litteratur så er den emosjonelle omsorgen den som har større påvirkningskraft på tilknytningsetablering hos barnet og senere psykisk helse. I henhold til den og grunnlaget for å oppdage risikoutsatte barn, virker Bea til å legge hovedtyngden av vurderingen sin om hvordan hun skal følge opp videre i forhold til hvordan hun anser den emosjonelle omsorgen for barnet virker å være.

Studien har også vist at foreldres tolkning av barnet kommer i form av hvordan barnets væremåte og fremtoning er, slik Cecilie forteller i følgende sitat:

«(...) kanskje man ser mest når barnet blir litt eldre. Noen kan synes det er veldig enkelt å skille forskjellige typer gråt for eksempel. Er han sulten, trøtt, hva, hva trenger barnet. Andre kan synes at det er vanskeligere, men det har jo også litt med barnets temperament å gjøre. I forhold til hvor lett vil er å tolke da...ja.»

Helsesøster snakker her konkret om hvordan barnet gir ulike signaler på de behovene det har. Dette kan kalles en form for signalatferd eller «cues». Det Cecilie viser til her er en forståelse om at temperament hos barnet vil kunne ha påvirkning på hvordan barnet signaliserer om sine ulike behov, og videre hvordan forelderen vil oppfatte og selv agere ut fra hvordan han eller hun forstår disse behovsuttrykkene. Barn har ulike temperament, og Øyvind Kvello (2010) skriver om barns temperamentsstiler og hvordan disse kan ha påvirkning på barns etablering av tilknytningsstiler. Han hevder at barn som blir oppfattet som «vanskelige» og mer krevende kan uttrykke sine behov på måter som kan være vanskeligere for foreldrene å forstå. Dermed kan det føre til at foreldre ikke reagerer adekvat i forhold til det barnet trenger, og at det fort kan hende at forelderen mistolker det barnet forsøker å uttrykke. Noen hevder at personlighet er medfødt, men i følge Kvello (2010) er det temperamentsstil som er medfødt og barnets personlighet blir formet i småbarnstiden. Dersom barnet uttrykker det det ønsker, tenker, føler og trenger på en tydelig måte og som er lett for forelderen å tolke, vil forelderen lettere reagere med å oppfylle disse behovene. Barn som har utydelige signaler kan for eksempel føre til usikkerhet, sinne mot barnet, oppgitthet og en opplevelse av hjelpeløshet hos forelderen som igjen kan tolkes til å påvirke foreldrenes omsorgsstiler og – atferd (George & Solomon, 1996; Kvello, 2010). I forhold til barnets utvikling av selvfølelser så vil inadekvate reaksjoner fra foreldrenes side på det barnet forsøker å formidle gi barnet en fornemmelse og identitetsforståelse om at jeg er vanskelig, eller mine følelser er ikke betydningsfulle og det er best at jeg holder de for meg selv (Hart & Schwartz, 2009; Stern, 1985).

I forhold til tidligere sitater og temaer som har blitt tatt opp i studien, viser Cecilie å ha perspektivet på barnet og forelderen og samspillet og relasjonen dem imellom. Perspektiv på foreldre og på barna har også vært en faktor jeg har funnet i helsesøstres fortellinger om sine møter med de minste barna og deres familier.

5.1.1 Barneperspektiv vs. foreldreperspektiv

Jeg har hittil skrevet en del om hva helsesøstre er opptatte av i sine møter med de minste barna og deres foreldre, som min studie viser er omsorgssystemet men sett i sammenheng med barnets utvikling og tilknytning. Helsesøstrene er videre også opptatt av å se familien i et

større system, bl.a. foreldrenes sosioøkonomiske status, nettverket og psykiske helse. Det er funnet sammenheng mellom samspillsstiler hos mødre og barn og deres tilgang til nettverk (sosial kapital), samt deres sosioøkonomiske status og psykiske helse (Killén, Klette & Arnevik, 2006). Mødre med svake nettverk og bl.a. lavere sosioøkonomisk status ble registrert som mindre sensitive og mer passive i samspill med barna sine.

Det jeg mener med overskriften er helsesøstrenes måter og vekt på å se på både foreldre og på barna. Grunnen til at dette betraktes som et funn er fordi deres perspektiver vil kunne farge deres opplevelse av barnet, foreldre og ha innvirkning på vurdering.

I forhold til fokuset på barn, så finner jeg i studien at de grovt sett deler barneperspektivet i «underkategorier» som inneholder a) hvordan de ser etter barnets utvikling og b) barnets tilknytning, primært sett gjennom atferd. Innenfor barnets tilknytning så virker helsesøstre til å være opptatt av å se dette gjennom primært samspill, og en fornemmelse av relasjonen, ut fra samspillsobservasjonene. Noen eksempler har jeg allerede vist til i forhold til dette.

Blikket på barnet i disse settingene er hvorvidt og hvordan barnet utforsker eller virker til å være opptatt av og utforske, om det søker tilbake til mor med jevne mellomrom, hvordan det reagerer når det gråter, søker han eller hun trøst, er barnet klengete, osv. Dette kan tolkes som et perspektiv på tilknytningsatferd. De er også opptatt av å se på barnets utvikling (a).

Samtlige helsesøstre har fortalt *at* de er, og *hvordan* de er opptatt av barnets utvikling. Jeg har funnet ut at jeg kan dele dette inn i to måter; de har et perspektiv på utvikling gjennom registrering av måleinstrumenter/ verktøy, og ut fra samspill og stimulering. Altså hvordan virker samspillet og er barnet understimulert, overstimulert eller selvstimulert? Dette synet er veldig i tråd med Daniel Sterns (1985) tenkning i forhold til å tilpasse seg barnets arousal nivå, samt støtte barnet i utviklingen gjennom å hjelpe det med å regulere arousalnivået.

Etter disse registreringene og observasjonene vurderes de i forhold til hvorvidt barn når utviklingsmessige milepæler, og at barnets somatiske helse har de beste forutsetninger for å være god, samt å fremme god helse hos barnet. Alle disse delene spiller sammen i forhold til hvordan barn får anledning til å utvikle seg, og min studie viser at helsesøstre ser på alt fra hvordan motorikken til barnet er, til hvordan og om det har utviklet blikkontakt, smil og hvordan barnets atferd er. Et eksempel på dette perspektivet har jeg tatt fra intervju med Bea fra kommune A:

«...for eksempel på 5 måneders kontrollen så har vi alltid barnet nede på gulvet...for å se på motorikk og...og...da får man jo mye med seg i samspill, enten mor sitter rolig og stille og ser

på at jeg leker med barnet, eller at hun kommer på gulvet også, og er med...er med i den undersøkelsen da...».

Her viser Bea til at barnet bevisst legges på gulvet for at hun på den måten skal undersøke barnets motorikk. Min forståelse av det hun sier i forhold til dette er at hun i de situasjonene observerer barnet, både for seg selv og sammen med forelderen, og får et inntrykk av hvor langt barnet har kommet i utviklingen, og at hun gjennom å se på noe så praktisk og tydelig som motorikk kan få noen pekepinn på for eksempel hvordan dette barnet blir stimulert. Videre så trekker hun inn mor i denne delen av undersøkelsen og dette perspektivet på barnet, for igjen å vurdere barnets utvikling. Frida fra kommune B forteller

«(...) og etterhvert at de har livlig bevegelser når de er rundt 5 måneder og at de bruker kroppen. At de ikke er slappe og at de blir stimulert.».

Begge helsesøstrene trekker frem barnets motoriske utvikling som en viktig del av konsultasjon og undersøkelse av barnet ved 5 måneder, og begge virker for meg til å ha samme perspektiv i forhold til å vurdere barnets motorikk i sammenheng med hvordan det har blitt stimulert, ikke kun fysisk, men også gjennom samspill. Slik jeg forstår det, så vil fysisk stimulering av barnet innebære at mor samspiller med barnet ved å for eksempel introdusere leker eller gjenstander barnet kan leke med for å stimulere barnet nok til at det vil kunne bruke kroppen sin på nye og flere måter. Det er på denne måten jeg tolker utsagnene til helsesøstrene overfor. Dette også fortalt i veldig korte trekk. I veilederen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2004) er undersøkelse av barnets fin- og grovmotorikk en del av den somatiske undersøkelsen. Dette sett i sammenheng med det som er veiledende for undersøkelse på for eksempel 5 eller 6 måneder. Konsultasjonene er, etter min forståelse, på et vis todelt i hvordan de fremstilles i veilederen, med en kolonne som handler om veiledning til forelderen og en kolonne som omhandler hva som skal gjennomføres av undersøkelser hos barnet. Her kan det trekkes paralleller og likheter til det som helsesøstrene har presentert og som jeg har forstått som barneperspektiv og foreldreperspektiv.

For å komme tilbake til barneperspektivet hos helsesøster, så er noe av mine inntrykk så langt at dette i stor grad handler om et blikk på hvordan barnet utvikler seg i forhold til hva som blir ansett som et «normale» eller etter hva som kan forventes i forhold til barnets alder. Og dette perspektivet strekker seg både i forhold til barnets fysiske utvikling og helse, men også deres psykiske helse og utvikling og tilknytning til foreldrene. Det neste sitatet opplever jeg viser dette fokuset. Det er tatt fra intervjuet med Bea, der hun fortalte om en familie hvor mor

virket mer tilbaketrukket og en far som hun opplevde kunne ta mye plass i familien. Når hun forteller om hva hun bemerker seg ved barnet sier hun:

«(...) for det var en ettåring som er litt sånn... avmålt og litt sånn... forsiktig, ja (...)».

Hun forteller her om et barn som var til ettårs kontroll. Dette perspektivet opplever jeg er i større grad på barnets indre og relatert til barnets psykiske utvikling og helse, enn på hvordan barnets ytre, fysiske og motoriske utvikling er. I denne sammenhengen fortalte Bea om sin bekymring knyttet til moren til dette barnet som Bea senset ikke hadde en psykisk og emosjonell nærhet til barnet sitt. Å lese dette sitatet uten å kjenne til konteksten som her også handler om hvordan mor oppleves i møtet med helsesøster, kan gjøre at synet på barnet kun blir at dette er et barn som har denne type personlighet.

Cecilie, også fra kommune B, viser til en annen måte å ha perspektiv på barnet for å se på dets psykiske helse, og som jeg tolker til også kan si noe om barnets tilknytning.

«..Hvis ikke barnet smiler på 6 uker, 8 uker, så blir jeg ofte bekymra (...) man kan se det noen ganger hvis mor er deprimert, så ser de litt sånn... nesten litt sånn mimikkfattige, alvorlige, barn. Da blir jeg jo også bekymra.»

Et lignende blikk og fokus har jeg funnet hos flere av de andre helsesøstrene. I helsestasjonsprogrammet (Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2004) er smil hos barnet et av områdene helsesøster skal observere barnet på. Her legger jeg spesielt merke til at helsesøster bemerker seg et nyfødt barn som virker mimikkfattig og alvorlig. Blikk og perspektiv på barn og hvordan de fremstår er viktig tegn bl.a. stimuleringsnivå og foreldrenes sensitivitet og mentaliseringsevne. Dette er tegn som kan si noe om hvorvidt barn er tygge eller utrygge i sin relasjon til forelderen (Brandtzæg, 2011; Hart & Schwartz, 2009; Kvello, 2010). Her trekker Cecilie parallell til deprimerte mødre og det stemmer jo at det finnes en sammenheng mellom deprimerte mødre og mimikkfattige barn. Barn som har deprimerte mødre er i større risiko for å bli understimulert, og for å etablere indre arbeidsmodeller bygd på erfaringer med en mor som har vansker med å være en stabil og kontinuerlig trygg havn og skape nok forutsigbarhet og trygghet for barnet (Brandtzæg et al., 2011; Hart & Schwartz, 2009; Stern, 1985). Barnet kan så bli utilfreds og vise det gjennom å skrike mye, noe som igjen vil være krevende for en mor som er deprimert, og gi mindre anledning for at tilknytningen skal bli trygg for barnet (Raundalen utvalget, 2012). Urolige barn, og barn som det er vanskelig å trøste har samtlige av helsesøstrene trukket frem når de har snakket om hva

som vekker bekymring hos dem. Dette er et viktig punkt fordi det kan være et tegn på at barnet ikke har det bra eller trygt allerede veldig tidlig i livet (Skovgaard, 2010).

Cecilie viser også hvordan hennes barneperspektiv inneholder tenkning om tilknytning når hun forteller dette:

«Altså vi bruker, når barnet blir litt eldre... så ser jeg jo veldig i forhold til om han utforsker med mor, eller har som trygg base, eller søker tilbake til foreldrene og om de da tar imot når barnet kommer. Hvordan de møter barnet og (...) i forhold til de litt mindre så ser vi på det med...snur de seg etter mors stemme hvis jeg står her, og mor står der, ser de da på henne (...)
»

Da Cecilie snakket om dette, fortalte hun at hun aktivt bruker prinsippene i trygghets sirkelen og viser til på hvilken måte hun observerer barnet i sammenheng med de prinsippene. Hun viser til at hun både ser på barnets atferd, men også hvordan forelderen tar imot barnet når det kommer. Dette utsagnet viser hvordan helsesøstre kan se etter konkrete tegn på tilknytning ved og ha et perspektiv på barnets utvikling gjennom hvordan barnets tilknytning til forelderen fremstår å være. Det jeg ønsker å få frem er at barneperspektiv finnes hos helsesøstre. Disse sitatene viser de ulike perspektivene til helsesøstre i studien med hensyn til fordelingen som jeg presenterte i begynnelsen av avsnittet.

Jeg ønsker også å trekke frem at helsesøstre i studien har et barneperspektiv på barnets somatiske helse, som de igjen bruker som et ledd i hvor trygt barnet fremstår å være i forhold til forelderen. Dette for eksempel gjennom vaksinerings av barnet, å sørge for at foreldre klarer å etablere gode rutiner i forhold til hygiene, matvaner, tannhelse osv. I intervjuene var det også flere helsesøstre som trakk frem barn som har enten medfødte sykdommer/syndrom eller funksjonshemninger som vil ha betydning for foreldrene, hvordan de takler foreldrerollen og hvordan disse tilstandene hos barna kan påvirke deres omsorgssystem.

Ane: « Og barn med diagnoser...det er jo sjokket, sorgen å få et barn som ikke er som man tenkte skulle være...og det kan...så er det skuffelser som kanskje hindrer deg i å bli glad i barnet ditt...ja.».

I dette tilfellet snakket vi om hva hun forbinder med risikoutsatte barn. Hun var en av de få som nevnte barn som er født prematur eller med sykdommer eller funksjonshemninger, og som jeg tolker til et blikk på barnets somatiske helse og hvordan denne kan bli styrende for hvordan foreldrenes omsorgsstil og – atferd kan etableres.

Jeg ønsker her også å vende fokuset mot foreldreperspektivet hos helsesøstre.

I forhold til foreldreperspektiv, så har jeg allerede skrevet en del om hvordan fokuset har omhandlet måten forelderen er overfor barnet sitt på gjennom sensitivitet og tolkning av barnet. Her vil det dreie seg om hvordan helsesøster ser på forelderen og hennes og hans kompetanse på barnet, eller en holdning hos helsesøster om se foreldre som mest kompetente på sine barn. Dette er et funn jeg anser som relevant på grunn av påvirkning slike holdninger kan ha i forhold til muligheten til å oppdage risikoutsatte barn. De uttrykker at de stoler på foreldre, og vektlegger det foreldrene sier. Dette begrunnes stort sett i en antagelse om at foreldre føler seg trygge på å kunne være åpne overfor helsesøstre, fordi de har en rolle som baserer seg på å støtte når foreldre finner foreldrerollen vanskelig. Dette er et funn jeg anser som relevant fordi jeg opplever den kan påvirke både helsesøstrenes vurderinger og deres handlingskraft. Uansett så er hovedbudskapet, slik jeg tolker det, at helheten er viktig for å kunne forstå delene av det de ser hos både barn og foreldre. I denne helheten viser Eli bl.a. til at det er viktig å se på foreldres egne relasjons- og tilknytningserfaringer fra oppveksten. Foreldres egne tilknytningserfaringer kan være relevante opplysninger bl.a. på grunn av sammenhengen de kan ha hatt på foreldrenes nåværende fungering og omsorgsstil:

« (...) kan jeg ta vare på barnet som kanskje gjerne går tilbake til egne rollemodeller, hvordan egen oppvekst har vært, kanskje parkonflikter kan ha blitt tydeligere i graviditeten, kanskje man ikke var helt enige om dette barnet (...) men det kan også være hvis man har opplevd at man har vært gravid tidligere og barnet ikke overlevde eller at det døde i magen (...)»

I denne settingen forteller Eli om hva hun bemerker seg som bekymringsfullt i møte med de minste barna og deres foreldre. Eli mener det er viktig å se på forelderens egne erfaringer og nåværende situasjon for å klare å vekke foreldrefølelsen og omsorgssystemet hos forelderen. Foreldreperspektivet i studien er som allerede nevnt satt i et helhetsbilde av foreldrene. Dette sitatet er kun et eksempel på en tolkning av dataene i forhold til hvordan dette helhetsfokuset på foreldrene videre kan forstås i en sammenheng i min oppgave. Helsesøstre i studien har virket til å løfte foreldrenes kompetanse på barnet sitt ved å forsøke å finne flere sammenhenger og faktorer som kan forklare hvorfor mor er slik hun er når hun er i møte med henne, og lignende. Videre har de gjennom sine fortellinger virket tilgivende overfor foreldrene, som for eksempel alle de ulike årsakene som kan forklare hvorfor relasjonen mellom mor og barnet hennes er etablert på en uhensiktsmessig måte. Helsesøstre vektlegger å trekke frem alt som kan belyse og forklare hvorfor en mor eller far eller et barn gjør nettopp det dem gjør.

Helsesøstre har også andre former for foreldreperspektiv når de forteller om møtene med familiene i jobben sin. Et sitat fra intervjuet med Ane viser til et perspektiv som samtlige av

helsesøstrene jeg har snakket med også har vist. Det er et syn på foreldre som ønsker det beste for sine barn, og som vil samarbeide med dem det trengs for at barnet skal få best mulig betingelser i sin oppvekst. I denne settingen snakket jeg og Ane om tverrfaglig samarbeid og hvordan foreldres holdninger i møte med samarbeidende instanser er. Ane forteller:

«(...) det er sjelden man opplever total avvisning altså. Foreldre vil samarbeide om barnet sitt. Det er min erfaring. At de ikke alltid er enig i metodene våre, det får vi, men altså, det må være lov.»

Den siste setningen, spesielt der hun sier at det må være lov at foreldre ikke er enige i metodene eller i det hun og andre instanser sier, viser godt hvordan jeg har oppfattet helsesøstre har perspektiv på foreldre. Mitt inntrykk er at flere har en tanke om at «dette er normalt». Det som kan være skummelt i denne type tenkning og perspektiv er at en har risiko for å overse eller ikke legge merke til tegn som kan være viktige for å avdekke om barn lever i risiko. Her blir skillet mellom barnevernsperspektivet og helsesøsterperspektivet tydelig. Barneverntjenesten kan være mer kritisk og stille flere krav til foreldre, mens sitatet viser til en holdning med mer aksept overfor foreldre. Et skille kan også trekkes her i forhold til helsesøstre ikke har det samme ansvaret og mandatet som barnevernet i forhold til «å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid.» (Lov om barneverntjenester, §1-1, 1. ledd, 2013). Dette er et relevant funn å trekke frem nettopp fordi at slike holdninger og syn kan skape forskjellen for om barn får best mulig utviklingsbetingelser eller ikke. Spesielt når en leser i avisene om barn som forteller sine historier om at de ikke ble sett av noen i hjelpeapparatet eller at ingen så tegnene på omsorgssvikt eller mishandling. Så finner jeg dette utdraget fra intervjuet med Bea:

« (...) men, man kan misforstå selv om man har lang erfaring for at de kommer hit, har en halvtime og tenker no skal jeg si masse ting også. Ja, barnet har det hele tiden, sant, så man kan misforstå og. Ja, sjelden egentlig(...)».

I en annen del av intervjuet viser hun et mer kritisk blikk.

«(...) veldig veltalende far, som ... han er veldig sånn, bestemmer litt over henne, han har vært gift før og har et eldre barn, og det er han som har erfaring og hun blir bare sånn, jeg gjør som du sier. Og han er alltid med. Det er vanskelig, eller så har hun med seg moren sin ja. Så hun må alltid ha med seg en annen voksen...»

I første sitatet snakker hun om en vurdering av omsorgsutøvelsen til foreldre ut fra den anledningen hun faktisk har til å se dem sammen med barnet, mens hun i det andre sitatet ser spesielt på forholdet mellom foreldrene, der varskoet blir at far virker kontrollerende overfor mor og at mor virker usikker og fremstår som utrygg. En måte å tolke dette på er at

misforståelse blir et nøkkelord. Når hun sier at misforståelser oppstår, så kan dette lett så tvil i de umiddelbare varsko. For å se det gjennom tilknytningsteori så kan helsesøstre på denne måten virke til å ha indre representasjoner av foreldre som har skapt et bilde av, jo slike misforståelser skjer i møte med de fleste. Dette på grunn av at de treffer foreldre flere ganger i lignende settinger, og at en vurdering av hvordan helsesøster opplever og forstår forelderen blir et «gjennomsnitt» av de gangene de har truffet hverandre. I forhold til moren som fremstår usikker og far som fremstår kontrollerende, kan dette være tegn på familier som lever med vold (Per Ø. Steinsvåg & Unni Heltne, 2011). Det har vært skrevet en del i mediene om barn som lever med familievold og som ikke blir sett eller får hjelp. En av de alvorligste sakene som har vært omhandlet i media har vært «Christoffer- saken» som handler om gutten som døde på grunn av volden han var blitt utsatt for. Barn som lever med vold mellom foreldre tar veldig stor skade i forhold til utviklingen sin på alle områder. Derfor er det ekstra viktig å ha et kritisk blikk når begrep som misforståelser blir brukt til å heller løfte frem de aller mest positive egenskapene hos forelderen. Samtidig er det også vanskelig å trekke slutninger om noe så alvorlig på bakgrunn av de få gangene en treffer foreldre. Det er likevel slik at det ikke fritar en plikten til å sørge for at barn får trygge og sikre oppvekstbetingelser, slik meldeplikten etter barnevernloven tilsier (lov om barneverntjenester, §6-4, 2. ledd, 2013). I studien ble dette et syn på foreldre som ble trukket frem flere ganger, og som jeg også tenker henger tett sammen med hvordan selve helsesøsterarbeidet er organisert, og at helsesøstre utvikler en holdning om å ha «is i magen». Dette kommer jeg tilbake til senere i kapitlet.

«(...) ja...at hun ikke avviste han for eksempel og...men jeg tror at hvis hun hadde...den mammaen hadde avvist ham når han kom tilbake så var det fordi hun ikke visste ... hvor viktig det var for barnet da.» Bea

Dette sitatet får frem et foreldreperspektiv som uskyldiggjør foreldre. Her fremstår måten hun forteller om mor på som en forståelse av at hun er en «uskyldig» mor. I forhold til å forklare hvorfor mor hadde avvist barnet sitt når det oppsøker mor så har denne forklaringen sammenheng med hvordan helsesøster har opplevd denne moren tidligere. Altså, bilde av helheten rundt barnet og familien er viktig, og det som helsesøster ser i dag blir satt i sammenheng med det hun vet fra tidligere. Det er forståelig at vurderinger ikke kan begrunnes etter en enkeltstående hendelse og situasjon. Det fører dermed til et bilde av en uskyldig og uvitende mor. Her blir altså uskyldighet parett med uvitenhet. Dette foreldreperspektivet er funnet i flere av intervjuene mine, og dette temaet videreføres i neste avsnitt som omhandler hvordan helsesøstre er opptatte av å hjelpe foreldre med denne «uvitenheten» og usikkerheten som er knyttet til omsorgsattferden deres.

5.1.2 Bevisstgjøring øker trygghet

Alle helsesøstrene i studien har fortalt om foreldre som ikke er bevisste over flere ting i forhold til seg selv og i forhold til barnet. Studien viser at det da vektlegges å samtale og arbeide med foreldrene med å bevisstgjøre dem deres egen foreldrerolle. På denne måten forstår jeg at de bygger opp omsorgssystemet og – atferden til foreldrene.

«Det var også en mamma til en ettåring og hun er en godt voksen dame, over 40 år, og har en ettåring og når jeg fortalte henne at det er naturlig at barnet er veldig klengete rundt ettårsalder og kommer ofte til mor og hun sukket og synes det var så slitsomt og jeg fortalte at ta han opp og kos med han. (...) også vil han ut og søke verden igjen og undersøke ting og, vi så det jo her. Han krabbet bort til og hun tok han opp og koste med ham også var det bort og der og stå og titte ut. Åh nei, det synes hun var helt godt, så godt å få vite at det var normalt at han var sånn da for hun var bekymret for at han var så klengete på mamma. For det sa andre også da. Han er jo bare sånn mammadalt, hehe. Da var jo det der med trygghets sirkelen. Komme tilbake og få trøst.» Bea

Dette eksemplet belyser godt hva denne faktoren innenfor blikket på foreldrenes omsorgssystem skal handle om. Bea forteller her om en situasjon med en usikker mor og som er et godt eksempel på hvordan helsesøstrene i studien støtter usikre foreldre. Dette gjennom en bevisstgjøring av og utenfra blick på relasjonen mellom mor og barnet.

Jeg har funnet at helsesøstrene i studien mener at foreldre har et iboende ønske om å ville gjøre det aller beste for barnet sitt, og at de innerst inne har verktøyene til å klare å gjøre det riktige for barnet sitt. I sitatet overfor er det interessant å se på hvordan helsesøsteren velger å ordlegge seg, og jeg synes det får klart frem det jeg nettopp har beskrevet. Hun sier at hun ønsker å styrke foreldrene i deres rolle. Samtidig bruker hun jeg- form som får meg til å undre meg over hvor mye ansvar hun legger på seg selv og at det er hun som skal klare denne oppgaven sammen med foreldrene. Dette kan være en likhet til barnevernsarbeid, da barnevernansatte også kan sitte med ansvarsfølelsen i forhold til å hjelpe og støtte foreldre i en vanskelig og krevende tid og prosess. Eli får også frem synet om den uskyldige og uvitende forelder ved å si

«jeg tenker på en måte at kanskje mor og far har gode intensjoner og virkelig ønsker å gi barnet sitt det den trenger men som ikke klarer det av en eller annen grunn da...».

Av grunner, så mener helsesøstrene ofte parforhold og lignende, og dette får i sin tur frem synet på og viktigheten av kunnskapen om helheten. Det er i noen tilfeller, og de tilfellene som jeg har inntrykk av helsesøstre oppfatter som varsko, slik jeg tolker det, at foreldre er usikre og uvitende i foreldrerollen sin. Noen av helsesøstrene fortalte om unge foreldre og at de blir ekstra oppmerksom når de ikke virker til å ha noen spørsmål om verken barnet eller

hvordan de kan gjøre ting med eller for barnet. Dette utløser i sin tur en type intervensjon enten i form av samtaleveiledning på samspill, der helsesøstre hjelper foreldre i å opparbeide mentaliseringsevne. Dette gjør de ved å vekke refleksjoner hos foreldre. Jeg har vist til lignende eksempler tidligere i kapitlet. Videre anvender helsesøstre i kommune A prinsippene i trygghets sirkelen, og har dermed et større fokus på barnets tilknytning gjennom den samme type samtaleveiledningen som helsesøstrene i kommune B har.

For å vise til et annet eksempel på en type bevisstgjøring av foreldrerollen, så kan foreldre trenge støtte på å etablere trygghet til seg selv og hvordan de skal skape tryggheten gjennom seg selv som de kan overføre til barnet.

«...det med trygghet ikke sant med at foreldrene må tørre å sette de grensene for barnet sitt, å være den veggen som barna kan få lov å lene seg litt til. Det å være trygge og tydelige foreldre i foreldrerollen. Vi ser jo at det er viktig. Det er mange utrygge foreldre som ikke gir (...)»
Dina.

Når de møter disse foreldrene er det min oppfatning at intervensjonen blir bevisstgjøring av deres rolle overfor barnet, og samspillet mellom forelderen og barnet. For eksempel med matinntak, hvordan være sammen med barnet, hvordan mate barnet, hvordan stimulere barnet, hvordan tolke barnet og barnets reaksjoner. Målet er igjen, ut fra min tolkning, å hjelpe til å omorganisere omsorgssystemet og øke mentaliseringsevnen. Det som også er interessant og som studien min viser er at metode for denne bevisstgjøringen er å stimulere foreldrenes mentaliserings- og refleksjonsevne. Men hensyns til kunnskap om tilknytningsteori og omsorgssystemet er dette et viktig bidrag i forhold til å kunne kategorisere foreldrenes omsorgsstil. I sitatet ovenfor snakker Dina mye om trygghet hos foreldrene og hvordan det overføres i trygghet for barnet. Dersom det handler om foreldre som har en «trygg» omsorgsstil så karakteriseres denne ved at foreldre viser tilpasningsdyktighet, fleksibilitet og et positivt syn på det å være forelder til barnet sitt (George & Solomon, 2008). Dersom foreldrene i eksempelet overfor har høyere mentaliseringsevne så kan dette gå hånd i hånd med disse egenskapene som finnes hos foreldre som klarer å tilpasse sin omsorgsutøvelse til barnet sitt, og som også klarer å for eksempel ta imot forslag og veiledning fra andre, som her vil være helsesøster.

Det som gjør helsesøstre bekymret er når foreldre er okkuperte av egne problemer slik at det går på bekostning av den emosjonelle støtten som barnet trenger. Det er i disse tilfellene også en tilnæringsmåte som i andre tilfeller, og det er min forståelse at foreldre som har denne typen forståelse henvises i større grad til andre instanser, enn foreldre nevnt i de foregående

eksemplene. Jeg har ikke gjort statistisk analyse i forhold til denne påstanden ut fra dataene mine, men jeg har gjennomført en kvalitativ analyse hvor jeg har gjennomgått hva som vekker bekymring og hva som utløser videre henvisning til andre instanser. I sitatet under vises hvordan helsesøster forteller om slike tilfeller.

«(...) man synes det er vanskelig å lese behovene til babyen, at det er mye uro også, kanskje man prøver å gi mat (...) kanskje bare bli stilt noen spørsmål (...) (intervjuer sier: Sånn at foreldre begynner å) ...reflektere selv og finne egne ressurser og finne frem til egne svar eller lyste å tørre og prøve noe annet...» Eli.

For å sammenligne med teori, så kan denne type foreldre komme innenfor kategorier av avvisende foreldre, som bl.a. blokkerer ute det som han eller hun opplever som forstyrrende og som vil kunne rokke ved enten tidlige vanskelige opplevelser, eller synet på seg selv som mor eller far (George & Solomon, 2008). Foreldre med denne type omsorgsstil har blitt påvist har barn med utrygg unnvikende tilknytningsstil (George & Solomon, 2008; Kvello, 2010). I dette tilfellet evner ikke forelderen å lese barnets utilfredsstillelse som noe annet enn behov for mat, og viser til å ha fokus på seg selv og se barnet gjennom seg selv og ikke gjennom barnet selv. Og hvordan kan dette igjen oppleves for barnet? Hva slags erfaringer og indre arbeidsmodeller vil barnet etablere med foreldre som ikke evner å bl.a. speile barnet? For å trekke inn Sterns teori om RIG-er, så vil barnet utvikle indre representasjoner og dra ut gjennomsnittsopplevelsen av når det for eksempel gir uttrykk til forelderen at nå trenger jeg deg og forelderen kun responderer med å gi mat. Dersom dette er et fortsettende mønster, så kan barnet utvikle en selvfølelse om at mine tanker, uttrykk og følelser er ikke betydningsfulle og det er ikke vits for meg å uttrykke de. Mat er et aktuelt spørsmål når barnet er i spedbarnsalderen. Når barnet blir større vil den mangelen forelderen har i forhold til å se og tolke barnet sitt bli synlig når barnet uttrykker andre behov og ikke blir anerkjent eller møtt adekvat på disse.

Studien viser at selv om det er et syn på foreldre som kompetente, uskyldig uvitende, så ansvarlig gjøres de også av helsesøstrene med tanke på at de selv skal få til den endringen som trengs. Det er de selv som skal finne løsningen, men med støtte. Dette er i tråd med empowerment prinsipper, noe som er mitt inntrykk er et perspektiv som er høyst aktuelt innenfor helsesøsteryrket, og helse- og sosialfag generelt (Glavin et al., 2007).

«(...)det å gi de kos, ja. Og hvor sint blir du når barnet ikke vil gjøre som du vil ... og hvor ofte er du så sint? (...) og hvor mye skriker du og roper og hoier til barnet ditt (...) så da å klare å beherske seg sjøl eller å bruke mye energi å være sint på barnet i stedet for å se hva er det som er årsaken til at barnet er frustrert, hyler og skriker og det ikke vil og, for sånn er jo barn og. Det er ikke bare sånne greie og små mennesker å takles med.» Bea

Bea viser også denne ansvarliggjøringen, men vektlegger viktigheten av for eksempel gjennom samtale med forelderen å finne ut hvor godt forelderen klarer å sette seg inn i barnets mentale og følelsesmessige tilstand, i stedet for kun være fokusert på og opptatt av barnets atferd. Hun viser til at barn, uansett om de har gode oppvekstvilkår eller ikke kan være utfordrende på sine måter, og at barn trenger fysisk og psykisk nærhet. Ikke kun irettesettelse og irritasjon fra forelderen. Med tanke på oppdaging av risikoutsatte barn, er dette viktig informasjon. Det virker på et vis som om Bea har en «skjult agenda» når hun forteller at hun bruker en vanlig samtale, men gjennom denne vanlige samtalen forsøker å få tak i hvordan foreldrene bl.a. evner til å mentalisere og være sensitive overfor barnet sitt.

Veiledning av foreldre var et sentralt tema i intervjuene generelt. I forbindelse med dette, særlig med tanke på bevisstgjøring av foreldre og deres rolle fortalte flere helsesøstre om at de opplevde foreldre som ikke tok til seg denne veiledningen på en eller annen måte. Frida fra kommune B forteller:

«... Der du ikke føler helt at informasjonen går inn, du føler du gjentar informasjonen gang på gang, men at foreldra ikke er reflekterte nok over ting...»

Studien har også vist at det er helt vesentlig og at det verdsettes å informere foreldre om bl.a. samspill fra første treff. Dette er også anbefalingen i Veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2004).

« (...) spesielt snakker jeg om samspill på hjemmebesøk for å gi informasjon, men når du undersøker barnet så prøver du liksom å snakke om, ser du blikkontakt han gir, og smile flott da. Ja, liksom gi foreldrene positiv tilbakemelding ...har litt med ...deres mestringsfølelse. At vi ser at de har gjort en god jobb...så det syns vi er litt viktig å få fram under konsultasjonene og der spørres jo...hvilken alder barna (...) » Frida.

Her vektlegger Frida spesielt foreldrenes egne mestringsopplevelse. Tilknytningsteoretisk vil dette kunne tolkes at denne tilbakemeldingen er med på å gi positiv påfyll til mor eller far og gi dem en følelse av glede. Dette under normale omstendigheter, og der foreldre kan kategoriseres til å ha trygg omsorgstil. Dette positive påfyllet vil igjen bygge opp under deres egen trygghetsfølelse. Oppbygging av trygghet har jeg også skrevet om tidligere i dette avsnittet. Denne økningen av trygghet hos foreldrene vil videreføres til barnet gjennom glede og overskudd hos forelderen til å kunne for eksempel speile barnet og ikke seg selv. Donald Winnicott (i Hart & Schwartz, 2009) har skrevet mye om viktigheten av speiling, spesielt i barnets første leveår. Hans teori bygger på en forståelse av at det i barnets første levemåned er full synkronisering mellom mor og barnet, og når barnet utvikler seg både fysisk og

psykisk vil målsettingen være større og større for at barnet skal kunne være alene med seg selv.

Frida er fra kommune B. Bea fra kommune A forteller om noe av det samme men på en litt annen måte:

Bea: «... det som er viktig er jo å kanskje si de positive tingene du ser da hjemme. Så fint at du holder sånn og så fint at du tar han opp nå når han gråter og. Gi støtte på det.»

Intervjuer: «Hvorfor tenker du det er viktig?»

Bea: «... ja, at man da får anerkjennelse for at ja, er det greit at jeg gjør det sånn ... nei, det er for å bygge opp ... at mor skal få anerkjennelse at hun gjør det da ... for det er sikkert mange rundt som ... sier du må ikke ta opp så ofte og...»

Her igjen kommer viktigheten av å bygge opp foreldrenes egenverdi og identitet som nybakt forelder. Sterns teori om selvfornevelser er bygget på prinsipper om at selvet hele tiden tilpasser seg den nye læringen og de nye situasjonene som en opplever. Dermed tilpasses selvopplevelsen underveis i livet også. Når noen blir foreldre er det viktig at noen ser dem også, og er en trygg base og havn for dem når de er usikre. Når helsesøstre har slike holdninger og fokuserer på å veilede foreldre med dette fokuset, kan de være denne tryggheten for foreldrene. Veiledning av foreldre har vært et sentralt tema. Hittil har jeg vist flere måter denne veiledningen kan gjøres på, samt hva som kan gi grunnlag for veiledning. Det studien har også vist er at bevisstgjøringen om er ment å gjøre foreldre mer trygge og fleksible, gjøres gjennom å normalisering.. Det vil si å snakke med forelderen, for eksempel si at det barnet gjør i visse situasjoner er normalt, at det er normalt for foreldre å føle seg på måten som de uttrykker eller viser at de gjør, osv. For å avskrekke litt slik at forelderen ikke blir oppslukt i seg selv og bekymringer. Det gir dem større rom for å være glade, positivt innstilt til foreldrerollen, tilgjengelige og sensitive overfor barnet sitt. Dette er også egenskaper som er forenlig med foreldre som har en trygg omsorgsstil (Brantdzæg et al., 2011; George & Solomon, 2008).

Dette forebygger usikkerhet, og at foreldre ikke skal etablere usikker omsorgsstil. I sitatet til Bea vektlegges anerkjennelse, og anerkjennelse anses som en viktig nøkkel for å forhindre usikkerhet. Dersom en type usikkerhet som forbindes med omsorgsutøvelse får anledning til å blomstre, så kan de i verste fall utvikle seg til en form for hjelpeløshet. Jeg har ovenfor skrevet om helsesøstre som møter foreldre er veiledning ikke går inn, eller at foreldrene ikke evner til å reflektere nok over seg selv og barnet sitt til at veiledningen vil ha noe nytte.

«Jeg har snakket veldig mye med denne mor om det med samspill og stimulering, men det er ikke alltid du, jeg føler at det går inn. Uansett hva du snakker om det om igjen, og om igjen så er det ikke alltid du føler at alt går inn.» Frida

I flere av slike tilfeller nevnte helsesøstrene at foreldrene med denne type utfordringer ofte hadde psykiske vansker, for eksempel depresjon hos mor. Dette skal være tema for neste faktor innenfor denne kategorien.

5.1.3 Psykisk helse

Det finnes omfattende litteratur på hvordan foreldre som har psykiske vansker har dårligere forutsetninger for å yte en stabil, trygg og utviklingsstøttende omsorg, samt at barn som vokser opp med foreldre med psykiske vansker er i stor risiko for å etablere en utrygg tilknytning (Azak, 2010; Glavin et al., 2010; Slinning & Eberhard-Gran, 2010; Kvello, 2010; Kvello, 2010; Moe et al., 2010; Moe, Siqveland & Slinning, 2010; Raundalen utvalget, 2012). I denne delen av kapitlet vil depresjon hos mødre stå mest sentralt, men også angst hos foreldre (primært mødre) er rapportert til å forekomme ofte som problemstilling i helsesøstrenes møte med familiene til de minste barna. Hvordan omsorgsgiveren ser på det å være en omsorgsgiver, det å fortelle om barnet, fortelle om hvordan hun/han løser problemer vedrørende barnet sitt, er alle tegn på hvordan ens omsorgssystem har blitt etablert. I forhold til foreldrenes psykiske helse vil denne påvirke hvordan omsorgssystemet både etableres, organiseres og aktiveres. Dette vil igjen være bestemmende hvordan samspillet mellom forelderen og barnet er, hvordan forelderen klarer å tilrettelegge for barnets utvikling gjennom tilstrekkelig stimulering som i sin tur krever både evne til sensitivitet og mentalisering. Barn som vokser opp med deprimerte mødre er i større fare for å bl.a. bli understimulert i det første leveåret. Daniel Stern (i Hart & Schwartz, 2009) er opptatt av hvordan depresjon hos mødre kan påvirke både barnet, men også mor. I første omgang er det viktig at barn ikke understimuleres. Depresjon hos mødre vil vanskeliggjøre å inntone seg barnets behov for oppmerksomhet, aktivisering og affekter. Det vil også være større sannsynlighet for mistolkninger av barnets atferd, og at mor kan føle seg avvist av barnet og dermed legge det fra seg, når barnets signal kun f.eks. dreier seg om en bortvending av blikket for å midlertidig stanse samspillet mellom mor og barnet. Det Stern hevder blir resultatet av et slikt samspill er en manglende nyansering i forhold til inntoning overfor barnet, og at forelder og barnet ikke klarer å koordinere atferden overfor hverandre på en genuin måte. Dermed utvikles det samspill mellom en falsk mor og et falskt selv hos barnet (Hart & Schwartz, 2009). Tilknytningen barnet etablerer til mor vil med stor sannsynlighet bli en utrygg tilknytning, og barnet etablerer indre arbeidsmodeller om samspillet med mor at barnet hele tiden må sette

sine egne affekter, behov og ønsker til side for å klare å beholde mors oppmerksomhet, uansett hvordan den er.

«... mors psykiske helse, det er kjempeviktig for tilknytning og barnets utvikling. Pluss, vi har jo en far ved siden av som er veldig på hugget da, så klarer jo barnet seg, men mors tilknytning er viktig.» Ane

Psykisk helse har også flere ganger blitt nevnt i forbindelse med veiledning, og at helsesøster opplever at mor f.eks. ikke klarer å fokusere på barnet men fokuserer på seg selv. Dette forteller Cecilie noe om:

«Psykisk syke foreldre er jo en gruppe som man vet er jo ekstra sårbare. Rus hos foreldre, depresjon hos mor. Det er jo litt inne når det gjelder psykiske vansker da. Også prøver vi å fange opp det også tidlig, i forhold til at vi vet at det er en risiko for barna hvis man ser at foreldrene ikke klarer å tolke barnets signaler eller se barnets behov og følge det, så er det alvorlige tegn da.»

Psykisk helse kan være så utrolig mye, og det finnes en stor mengde av ulike diagnoser som på hver sin måte kan påvirke hvordan en samhandler med andre mennesker rundt seg.

Da jeg har spurt helsesøstre spørsmål om hva de forstår med begrepet risikoutsatte barn, svarte samtlige at foreldrenes psykiske helse, og spesielt mors, er knyttet til risiko for barns utvikling. Videre fortalte flere også at enslige og familier der foreldre har problemer i forholdet også kan skape risiko for barns utvikling. Flere steder i litteraturen kan man finne at disse forholdene ofte kommer sammen, og kan påvirke hverandre (Kvelling 2011, Borge 2003). Og ofte vil problemer i forholdet kunne føre til brudd, der det igjen er fare for konflikter mellom foreldre som i seg selv vil kunne være en betraktelig risikofaktor for barn (Kvelling 2011). Jeg ønsker kun å belyse at flere av disse faktorene henger ofte sammen, men det viktigste fokuset her vil likevel være foreldrenes psykiske helse. Da jeg stilte spørsmål om hva slags problematikk i forhold til psykisk helse helsesøstre opplevde de kom oftest bort i fortalte Ane:

«(...) det er vel det mest vanlige, angst og depresjon (...) som hindrer foreldre i å se barnets behov.»

Her forteller Ane at de også møter foreldre med problemer knyttet til angst. I forhold til hvor stor andel av befolkningen som kan antas har en eller annen form for psykiske vansker, virker det noe snevert at det er det er denne problematikken helsesøstre kommer mest bort i. Dette mener jeg er viktig å se i sammenheng med hva helsesøstre selv ser på som mest relevant, og hva de selv er mest opptatt av. Fødselsdepresjon er et satsningsområde og et område som det er vist kan både oppdages og forebygges på en hensiktsfull måte på helsestasjonen (Glavin

et al., 2010). Når helsesøstre ble på en eller annen måte kjent med at foreldrene har psykiske vansker, er det mitt inntrykk at de blir henvist til psykiatritjeneste (dersom de allerede ikke er det), eller en annen instans dersom behovet for f.eks. samspillsveiledning blir synlig.

I kommune A anvendes screeningkartlegging av fødselsdepresjon gjennom bruk av Edinburgh Prenatal Depression Scale (EPDS). Screeningkartlegging innebærer en kartlegging rettet mot hele befolkningen, som i dette tilfellet er alle nybakte mødre (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). Dette er et skjema som mor fyller ut selv først med jordmor under svangerskapet, så sammen med helsesøster en bestemt tid etter fødselen. Målsettingen med den er å fange opp om mor har utviklet fødselsdepresjon. Skjemaet, sammen med hjemmebesøk og samtale om psykisk helse og fødselsdepresjon er påvist til å være forebyggende for fødselsdepresjon (Glavin et al., 2010). I kommune B har ledende helsesøster fortalt at det er et ønske om å gjennomføre kurs for så å kunne ta i bruk dette kartleggingsverktøyet, men at de ennå ikke har ressurser til dette pr i dag. I denne kommunen har psykisk helse hos foreldre også vært et aktuelt tema, men helsesøstre har snakket mer åpent om temaet og ikke fremstått knyttet til å snakke om kun f.eks. fødselsdepresjon og at de bruker EPDS. I kommune B opplevde jeg at fortellingene omhandlet flere beskrivelser av hvordan samspillet mellom mor, barn, mor og far ble observert, samt hvordan foreldrene responderte til hva helsesøster og foreldrene snakket om. Her er et sitat fra intervjuet med Cecilie i kommune A:

«Vi bruker et sånn EPDS kartlegging, et skjema som de fyller ut både i svangerskapet og de fyller ut når barnet er 8 uker. Og fanger vi opp noe der, så henviser vi og kan tilby en 4-5 samtaler med psykolog, og hvis ikke det er nok så henviser de videre. Så tanken er at man skal oppdage det tidlig. Vi informerer om det med barseldepresjon allerede ved hjemmebesøket at de gjerne må ta kontakt før og det hender jo at vi får beskjed om at de har hatt det tidligere i svangerskapet og da henviser man bare med en gang...»

Dette er en måte å belyse hvordan helsesøstre fortalte om arbeidet i forhold til foreldre med psykiske vansker. Intervjuet med Dina fra kommune B viser til en annen måte helsesøstre snakket om det på:

«foreldrene som er veldig opptatt av seg sjøl, uten å kunne være så særlig opptatt av å se barnet sitt når de kommer til oss, eller at de er opptatt av sine egne problemer eller sine egne følelser. Det er vi jo litt...der er vi veldig...»

At foreldre hadde vansker med å dra fokuset vekk fra seg selv og over til barnet var et tilbakevendende tema i forbindelse med psykisk helse hos foreldre. Det er flere helsesøstre som sa «forelderen problematiserer ut fra seg selv». Når de tolket foreldre på denne måten, forstår jeg det slik at de blir da bekymret for foreldrenes psykiske helse, og hvordan den vil

påvirke samspillet og relasjonen til barnet og videre barnets utvikling. Et eksempel på hva det å problematisere ut fra seg selv kan bety har jeg tatt ut fra intervju med Frida:

« (...) hvis du ikke ser barnet ditt fordi, det kan være mange grunner til at du ikke gjør det ja. Du på en måte problematiserer ut fra deg selv, ikke ut fra barnet...»

I denne sammenhengen snakket hun om foreldre som ikke klarer å dekke barnets grunnleggende behov og det så hun gjennom at de, slik jeg forstår det, forteller om barnets opplevelse gjennom seg selv og gjennom sine egne problemer og lignende. Forelderen forklarer barnets atferd og væremåte ut fra hvordan en selv opplever verden, og ikke hvordan barnet opplever verden. Altså, mor eller far klarer ikke å se barnet som et individ med sine egne følelser, opplevelsesverden, ønsker og behov. Dette kan sammenlignes med begrepet projisering, der forelderen hele tiden sammenligner barnet med seg selv og dermed tillegger barnet egenskaper som forelderen har i seg selv. Dette hindrer forelderen i så kunne lese og tolke barnet på en måte som barnet har behov for, som øker sannsynligheten for feilinntoninger (Hart & Schwartz, 2009; Stern, 1985). Feilinntoninger påvirker barnet på den måten at det etter en viss periode vil slutte å vise uttrykk for sine ekte behov fordi det opplever å ikke bli matchet på disse. Det får da ikke integrert dette i en del av seg selv på en adekvat måte.

«Det er når foreldrene prater. Det er sånne egne utfordringer, sin egen hverdag som blir et tema. Så prøver vi å pensle det over å fokusere på barnet, vi setter oss ned på matta sammen med barnet og, prate med barnet og pusle litt med det og være sammen med barnet, med foreldrene, også igjen så er det over til sine egne utfordringer. De klarer ikke å pensle over til barnets utvikling og barnets mere...bilde.» Dina.

Dette er et annet eksempel, men som viser det samme temaet. Forelderen evner ikke å sette seg inn i barnets indre og barnets sinn. Dette tyder på lav mentaliseringsevne og refleksiv funksjon (Bateman & Fonagy, 2012).

Et annet varselstegn som helsesøstre knytter til psykisk helse hos foreldre er når de får antydninger at mor viser, enten gjennom samspill med barnet eller fortellinger om barnet, en eller annen form for distanse. Min oppfatning er at denne distansen kan både være knytte til fysisk distanse; altså hvor mye fysisk nærhet virker det som om mor tåler, og en emosjonell og psykisk distanse. Distanse, enten den er fysisk eller psykisk, ønsker risikoen for at barn utvikler trygg eller desorganisert tilknytning (Brantdzæg et al., 2011; Kvello, 2010). Her er noen sitater som viser til denne distansen hos primært mor:

«(...) også det å få sette ord på at jeg føler kanskje at jeg ikke er så til stede som mor som jeg skulle ønske (...)» Eli

«(...) En ting er at man ikke opplever mors glede tidlig. Det er jo noen som ikke gjør, men at det kommer. Men det er jo noen mødre som uttrykker at de ikke helt føler at barnet er deres (...)» Ane

«(...) der har nok...bekymringen økt da...ja...fordi hun har den distansen på en måte...til det...for det var en ettåring som er litt sånn...avmålt og litt sånn...forsiktig og...ja...» Bea

Distanse har jeg allerede skrevet kan øke risikoen for at barn etablerer utrygg eller desorganisert tilknytningsstil. Det finnes omfattende litteratur, og flere utviklingsteoretiske perspektiver, som sier noe om viktigheten av en fysisk og psykisk tilstedeværelse overfor barnet sitt, spesielt det første leveår dersom barnet skal utvikle seg på en trygg og mest mulig optimal måte. Det finnes beviser på at vi er biologisk sett født med allerede programmerte potensialer i forhold til at vi skal kunne fungere på en best mulig måte gjennom livet (Allan Schore, 1994 i Hart & Schwartz, 2009). Innenfor disse potensialene ligger både den motoriske fungeringen, sanse- og persepsjoner, mental fungering, kognitiv fungering, språk, emosjonell fungering og regulering, osv. Kroppen er også utformet på en slik måte at det er visse områder som er mere modne og klare i visse deler av livet for en utvikling. I de første leveår utvikler hjernen seg enormt og på flere områder, eller har potensialet til å utvikle seg. Det er her viktigheten av denne nærheten og tilgjengeligheten hos foreldrene kommer inn.

At helsesøstre er så opptatt av dette som et tema, viser ikke bare all denne kunnskapen og kompetansen de har på tilknytning, men også hvor viktig det er for barnet at det har foreldre som er til stede for det og som vil leke med det og som viser at det liker å være med det.

Grunnen til at foreldrenes psykiske helse er en faktor som jeg velger å legge innenfor kategorien foreldrenes omsorgssystem, er fordi at foreldrenes psykiske fungering vil påvirke hvordan de etablerer omsorgssystemet sitt og organiserer omsorgsstilen sin. Dette vil igjen vise seg i hvordan og når omsorgsatferden overfor barnet aktiveres. Foreldre som er deprimerte eller som har en eller annen form for psykisk vanske vil i mindre grad ha en omsorgsstil som kategoriseres som «trygg». Det er større risiko for, og er påvist at, de tilegner seg omsorgsstiler som enten er kjennetegnet av avvisning av barnet eller en usikkerhet, negativitet eller hjelpeløshet i forhold til det å være forelder for barnet sitt (George & Solomon, 2008).

Avslutningsvis ønsker jeg også å tillegge at helsestasjonstjenesten dokumenterer alt arbeidet sitt i et etablert og sentralt bestemt datasystem. Det har i studien blitt rapportert om at observasjoner nedtegnes i notater, som er i tilknytning til barnets journal, og som helsesøster kan gå tilbake til og lese i ved behov. Når barneverntjenesten eksempelvis anmoder om å

innhente opplysninger i forhold til et barn, er det opplysningene som ligger i selve journalen som barneverntjenesten får tilgang til og ikke disse notatene. Dersom det i notatene er nedtegnet observasjoner i forhold til samspill, tilknytning, foreldrenes psykiske helse og alle de temaene som helsesøstre har fortalt så mye om at de er opptatte av, hva er grunnen til at barneverntjenesten ikke får vite disse opplysningene? Studien har ikke fordypet seg inn i dette temaet, men har oppdaget at dette kan være et tema som er relevant å utforske mer om, spesielt når det gjelder tverrfaglig samarbeid, men hovedsakelig hvordan oppdage risikoutsatte barn tidligst mulig. Forskning har vist at observasjoner på samspillsproblematikk så tidlig som 0-10 måneder som er gjort av helsesøstre, har sammenheng med senere diagnoser hos barnet (Skovgaard, 2010; Skovgaard et al., 2008).

Hittil har jeg skrevet mye om hva helsesøstre er opptatte av i sitt arbeid. Altså, deres egne opplevelser, sett gjennom øynene til en barnevernspedagog. Men hva brukes alle disse observasjonene til? All denne informasjonen, og denne «opptattheten» til, og hvordan? Det er det de neste kategoriene skal handle mer om. Hvordan er det helsesøstre er opptatte av påvirker og blir påvirket av både organisatoriske rammer, deres egne erfaringer og preferanser, følelser og konstante nye krav? Hvordan kan dette eventuelt ha implikasjoner på hvordan helsesøstre har mulighet til å oppdage risikoutsatte barn og familier?

5.2 Systematisering vs. magefølelse

« (...)vi har jo som sagt jobbet med det hele tiden men det har jo ikke, men nå er det litt mere systematisk.» Ane

Som et helhetsinntrykk i flere av intervjuene ble det framtrædende at helsesøstre har en del tanker og meninger om i hvilken grad det arbeidet de gjør er systematisert. Det denne kategorien vil handle mer om er hvordan og hvorfor helsesøstre gjør de ulike delene av arbeidet sitt med de minste barna, mens den forrige kategorien handler mer om innholdet i det helsesøstre gjør, observerer og veileder på. Denne kategorien ble utformet på bakgrunn av fortellinger om kartlegging og oppfølging av disse familiene. I noen tilfeller forteller helsesøstre om bruk av screening, kartleggingsverktøy og en organisering av helsestasjonene som kan virke forholdsvis systematisk. Det jeg skal se på hvor systematisk det faktisk er og hva helsesøstre selv forteller om denne systematiske måten å jobbe på. Hva er fordelene og ulempene, og hva er det som farger denne systematiseringen?

I overskriften skriver jeg systematisering vs. magefølelse. Jeg har valgt denne overskriften fordi det er slik jeg oppfatter det helsesøstre selv må stå og arbeide i. Studien antyder at

helsesøstrene hele tiden balanserer mellom det som er deres magesfølelse, erfaring og skjønnsvurderinger, samtidig som kravene om kunnskap, og om å oppdage skjevutvikling blir større. Derav begrepet systematisering. Dette gjør at de uttrykker et behov for mer systematisert arbeid i forhold til både kartlegging og oppfølging. Videre har jeg funnet tegn på at måleinstrumenter og kartleggingsverktøy har en tendens til å utløse handling hos helsesøstre, kanskje oftere enn hva deres egen vurdering, magesfølelse og kunnskap gjør. I en artikkel skrevet av Wærness & Andrews (2004) som omhandler helsesøsteryrket, hevdes det at yrket har blitt de profesjonalisert det siste tiåret og at helsesøstre ikke viser tegn på at de er imot dette. Dette bl.a. gjennom å bygge opp en holdning hos helsesøstre som handler om å imøtekomme foreldre, å være omsorgsfull overfor foreldre, men ikke kunne ha et makt- eller kontrollerende posisjon slik det har vært tidligere. Det jeg lurer på er om dette er slikt tegn? At dette behovet for mer bruk av verktøy som vil systematisere arbeidet er en måte å bidra til en profesjonalisering av yrket igjen? For meg er dette funnet veldig interessant. Denne kunnskapen fra og om helsesøstre ser jeg på som veldig viktig og innsiktsfull for meg som barnevernspedagog, og en kunnskap som til slutt kan ha påvirkning på for eksempel muligheten til å fange opp risikoutsatte barn. Jeg vil ikke forsøke å gi noe svar på hva som vil være det beste alternativet, ved å for eksempel velge mellom systematisk arbeid eller kunnskap og erfaring til den enkelte, men vise til helsesøstrenes fortellinger om dette.

Systematisert arbeid forstår jeg ut fra datamaterialet, dreier seg om kartleggingsverktøy og undersøkelser/konsultasjoner primært, som er styrt og bestemt av helsestasjonsprogrammet (Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2004). Helsestasjonsprogrammet er ulikt i kommunene i studien. Systematisering er, gjennom min analyse og tolkning, også forstått som hvordan konsultasjonene og observasjonene gjennomføres i praksis, som igjen vil være gjennomført av den enkelte helsesøster. Her vil det naturlig være et skille mellom den enkelte fordi personer er ulike, men det foreligger likevel retningslinjer for hvordan dette skal gjennomføres. Spørsmålet blir om denne systematiseringen (retningslinjene) kan forhindre viktige observasjoner, opplysninger, osv. Mitt inntrykk er at helsesøstrene mener det er viktig å balansere bruken av systematisering i arbeidet sitt, og at de ikke ønsker det skal gå på bekostning av deres egne kompetanse.

Studien viser at den større kommunen, altså kommune A, benytter seg i større grad av kartleggingsverktøy og screening. Helsestasjonsprogrammet til kommunene i studien er begge basert på både individuelle konsultasjoner, ett hjemmebesøk, gruppekonsultasjoner og konsultasjoner hos lege ved siden av helsesøsterkonsultasjonen. Legeundersøkelsen

forekommer 2 ganger i løpet av barnets første leveår. Kommune B benytter seg i større grad enn kommune A av gruppekonsultasjoner. Det helsesøstrene i denne kommunen har sagt at det i gruppekonsultasjonene er mindre anledning til å observere samspillet og tilknytningen like godt som når de har barnet og forelderen inne på kontoret sitt. Dette medfører videre at det er vanskeligere å oppdage f.eks. samspillsvansker. Begge kommunene benytter seg av screeningkartlegging gjennom bruk av Ages and Stages Questionnaire (ASQ). Skjemaet gir en skåre av barnets utvikling på flere utviklingsområder, i forhold til det som anses som adekvat utvikling. Den anvendes på ulike aldersstadier, og det er foreldrene selv som skal fylle ut skjemaene. På bakgrunn av disse har helsesøstrene samtale med foreldrene. Skjemaene gir en pekepinn på hvor barnet er i sin utvikling i forhold til sin alder. Det blir generelt rapportert av alle helsesøstre at bruken av kartleggingsverktøyene er betryggende, men at de ønsker å være bevisste på at det kun skal benyttes som hjelpemiddel og ikke skal være bestemmende for deres egen kompetanse og vurderinger. Her er sitat fra intervju som belyser noe av dette:

«Ja vi bruker ASQ da, men det går jo ikke på noe samspill eller den psykiske helsa, nei det gjør det ikke» Dina.

«Tror at den bevisstheten og refleksjonen er kjempeviktig når man tar i bruk sånne kartleggingsverktøy at det må være en hensikt med den og den må være god. Det kan ikke bare være for at nå skal vi bare gjøre det likt.» Eli.

Ellers trekker samtlige helsesøstre frem hjemmebesøket som det som legger et godt grunnlag for å bli kjent med familien og for å ta opp flere temaer som både står på helsesøstrenes «agenda» og som familien er opptatt av. Dette tolker jeg også som en form for systematisert arbeid. Hjemmebesøket har et formål, og brukes slik jeg forstår det som en del av kartlegging av familien. Temaer som skal være del av konsultasjonene er anbefalt i helsestasjonsprogrammet og helsesøstrene anvender dette som utgangspunkt for konsultasjonen. Når foreldre tar opp spørsmål eller temaer underveis, er helsesøstrene opptatt av å imøtekomme dem og prioriterer temaer foreldrene tar opp foran en mer systematisert gjennomgang av anbefalte temaer. Forskning har vist at denne type konsultasjoner som bærer preg av friere kommunikasjonsform vil vanskeliggjøre en overføring av kunnskap (Kirsten J. Fjetland & Gunn Elisabeth Søreide, 2010). F.eks. dersom helsesøstre skal veilede foreldre, eller forsøke som jeg har skrevet tidligere å hjelpe foreldre til å bygge opp mestringsfølelse gjennom samspillsveiledning, så hevder forskningen at det er mindre overførbart og har mindre effekt med en friere kommunikasjonsform, enn med en semi strukturert form. Det er

her også viktig å legge til at måten konsultasjonene blir gjennomført på er personavhengig, noe jeg vil komme tilbake til senere i kapitlet.

Som sagt er hjemmebesøk trukket frem hos alle helsesøstre i studien som et viktig element i å bli kjent med foreldre og barn. Når jeg har forsøkt å fordype meg i hva det er med hjemmebesøket som gjør det så viktig, har noen fortalt at det er annerledes bl.a. fordi en får sett familien på hjemmebane og dermed får en følelse av å kjenne familien bedre. Videre at en har anledning til å se hvordan hjemmet ser ut, og om det er eventuelle andre forhold som det kan være viktig for helsesøster å vite om. Her kommer viktigheten for helsesøstrene å se helheten rundt familien. Her vil også magefølelsen kunne melde seg. I sitatet under fra intervjuet med Bea forteller hun bl.a. om denne magefølelsen. Hun forteller om noe hun så under hjemmebesøket som fikk henne til å ville se mer av akkurat disse foreldrene og dette barnet, men at hun brukte barnets manglende vektoppgang som en anledning til å innkalle foreldrene til en konsultasjon.

«(...) også ser jeg at det er andre ting man vil observere mens (...) men fra hjemmebesøket så kan man jo se at det er noe jeg vil se mer her ja, og vektøkningen er ikke så bra. Da kaller man det en time for å kontrollere vekta.»

Dette sitatet viser hvordan magefølelsen sier henne at det er noe som ikke stemmer, men instrumentet (her vekten) brukes som unnskyldning for å treffe familien igjen og utenom det avtalte helsestasjonsprogrammet. Noe å undre seg over er hvor mye er det helsesøstre legger på sin egen magefølelse, og hvor mye de legger på systematiserte verktøy som kartleggingsskjemaer? Det er etter mine tolkninger og analyse flere faktorer som spiller inn på dette. På den ene siden er det krav om å ta i bruk verktøy som er utprøvd, og en generell tro og åpenhet i forhold til implementering av disse. Samtidig legges det er mye vekt på skjønn. Som en del av skjønnsvurderingen er det også viktig på å se på helheten rundt både barnet, rundt foreldrene og familien som helhet. Helheten er viktig fordi den setter familien i en kontekst, som da gjør at det kan være enklere å forstå hvorfor barnet og foreldrene er som de er. Som en konklusjon til denne kategorien, vil jeg tørre å si at studien viser at hvorvidt helsesøstre velger å gi en eller annen form for videre oppfølging til en familie, hviler mye på instrumentene de bruker. Dette er alt fra for eksempel EPDS til vekt- og høyde målere. Altså er magefølelsen med på å utløse en skjult og «stille» handling for å finne ut mer, men det er de systematiske verktøy som utløser handling, for eksempel i form av videre henvisning til andre instanser, deriblant barnevernet. De virker ikke til å agere like tydelig på sine egne vurderinger og magefølelse i møtet med familiene. Her ligger også begrensninger i forhold til

holdninger, rolle og mandat. De systematiserte verktøyene virker til å skape mer og større handlingsrom hos helsesøstrene enn deres egne vurderinger og slutninger alene. Det betyr ikke at de ikke handler eller agerer på noe måte. Dersom de prøver med f.eks. samspillsveiledning og ser at dette ikke går, ser de sine begrensninger og henviser videre. Barneverntjenesten nevnes i studien som en «siste utvei» og instansen som kontaktes når andre alternativer er utprøvd. Studien viser at de hele tiden må balansere mellom hvordan de skal gjøre seg opp meninger om de familiene de møter, og hva de skal mene noe ut fra. Videre hvor langt de skal gå for å få vite mere, eller hvor mye de anser at de trenger for å mene noe om familien. Bea belyser denne balansegangen:

«A: Nei, neida, for så har man jo familier som kommer litt ustelt inn og de kommer til litt feil klokkeslett og de kommer og da er liksom... gjør absolutt ikke som de blir råda til, men man ser det jo tydeligere dess eldre barnet blir da.

Intervjuer: At du ser det tydeligere på barnet når det blir. Hva tenker du på da?

A: Ja, de familiene som det kanskje er så mye. Hvor det ikke er så velfungerende og...Og hvis det er noe dårlig samspill da, så er på en måte at da ser du det fortere enn hvis det er en velfungerende smurt, flott familie med bra adresse (hehe) Det er mye sånn ikke sant, de bor i *det* huset»

Bea viser her til hvor vanskelig det faktisk kan være å oppdage hvordan barn har det bestandig, og trekker frem et eksempel som innebærer hvordan en kan være forutinntatt overfor familiene en møter i forhold til hvordan de ser ut, hvilken adresse de har og hva slags hus de bor i. Altså dere sosioøkonomiske status (Neumann 2009). Men hun ser også på hvordan foreldrene fungerer i møte med henne, og hvordan de responderer på det hun forsøker å gi av veiledning. Jeg tolker sitatet overfor til at hun raskere stoler på seg selv og sin magefølelse når hun ser foreldre og barn som kommer mer ustelte inn og som er mindre ressurssterke enn gjennomsnittet, med lavere sosioøkonomisk status enn dersom de fremstår som mer ressurssterke og har bedre økonomi. Forskning viser til at hun kan ha rett i å oppleve dette på denne måte, fordi at det finnes sammenheng mellom dårligere mor-barn samspill og sosioøkonomisk status (Killén et al., 2006). Muligens føler hun også det er lettere å handle, et større handlingsrom og flere «knagger» å henge det hun sier til familiene på, som også gjør det lettere for henne å trekke slutninger om hva som trengs for at barnet får best mulig utviklingsbetingelser? For dette er også viktig. Dersom f.eks. barneverntjenesten skal iverksette undersøkelse etter barnevernloven så må det foreligge forhold som vil kunne gi grunnlag for hjelp etter barnevernloven også. Da kreves det mange nok opplysninger og mange nok observasjoner for at det kan sendes bekymringsmelding til barneverntjenesten.

Jeg har tidligere vist til foreldreperspektivet helsesøstre har og hvordan dette kan påvirke deres observasjoner og arbeid med f.eks. omsorgsutøvelse og omsorgssystemet. Dette foreldreperspektivet er vist til å være en uskyldig og uvitende forelder som har den beste kompetansen på sitt barn. Dette vanskeliggjør et kritisk blikk på foreldre, som kan også oppfattes som negativt tonet. Muligens er det vanskelig å ta opp med foreldre alt det som en har observert som vekker magefølelse på grunn av redsel for at foreldre ikke kommer til helsestasjonen med barnet igjen? Eller at de kommer, men har mistet tillitten til helsesøster og dermed dekker over det som muligens er utfordringene i familien? Dersom foreldre unnlater å komme til helsestasjonen er dette noe som i seg selv utløser stor bekymring og som er rapportert til å være utløsende for bekymringsmelding til barnevernet.

Videre så kommer det klart frem i sitatet ovenfor at Bea føler seg mere handlingslammet når et foreldrepar kommer inn som hun vet har et flott hus og der foreldre har «gode» jobber og flere materielle goder. Men likevel forteller hun til meg tidligere i dette intervjuet om moren i denne familien, at det er noe i dynamikken mellom henne og far som vekker hennes magefølelse og bekymring, og at hun er usikker på grunn av at mor virker til å ha en distanse til barnet sitt.

« (...) jeg var der på hjemmebesøk også. Men der har nok bekymringen økt da fordi hun har den, distansen på en måte til det (...) Ja, det må være noe der men jeg klarer ikke helt å fange hva det er, sette ord på hva det er, men det var veldig fint å se det på det ASQ skjemaet da.»
Bea

Hun sier selv at hun ikke helt klarer å sette ord på hva hun er bekymret for. Min tolkning er at hun overfor meg klarer å sette ord på sine bekymringer. Hun bruker sin kunnskap om tilknytning og hvordan mors distanse kan påvirke relasjonen mellom henne og barnet, og videre barnets muligheter for oppfylle sitt utviklingspotensiale. Beas magefølelse vekkes når hun, etter min tolkning gjennom tilknytningsteori, ser at mors omsorgssystem kan være organisert på en uhensiktsmessig måte i forhold til barnet. Altså at mor har vansker med å bl.a. inntone seg på barnet siden hun har en distanse til deg. Dette øker bl.a. risikoen for feilinntoninger (Hart & Schwartz, 2009). Her finner Bea støtte og hjelp i kartleggings skjemaet, og legger dermed ansvaret bort fra seg selv. Hun klarer ikke å handle før etter at hun får resultatene fra kartleggings skjemaet. Da vil hun bruke det som bekreftelse på sin opprinnelige observasjon, antakelse og vurdering.

Jeg har her kommet inn på et annet tema som er en del av denne balansegangen og overveiningen, som handler om hva som utløser handling hos helsesøstrene. Et eksempel på dette har jeg funnet i intervjuet med Bea:

«Men akkurat det her med å ha god kontakt med familien, men samtidig si at nå er jeg så bekymra at nå må jeg kontakte barnevernet, den er kjempevanskelig også....det skal du bare vite.».

Av de 6 helsesøstre jeg snakket med, var Bea den eneste som sa dette. Selv om hun var den eneste som sa det, så tenker jeg likevel at det er dette som er en viktig del av denne type overveining eller balansegang som helsesøstrene navigerer rundt i. Det er av relevans for studien og den påvirkningen slike holdninger og opplevelser kan ha i forhold til å oppdage risikoutsatte barn. Det kan tenkes at denne balanseringen mellom magesfølelse, verktøy, holdninger og krav som er grunn til at verktøy og måleinstrumenter ofte kan bli en støtte for helsesøstre. Det er noe som ligger utenfor dem selv og som kan knyttes til deres subjektive observasjoner og meninger? Dette gjør det muligens lettere å bevare relasjonen og tillitten til foreldrene når helsesøster må handle ved å f.eks. henvise til andre instanser eller melde bekymring til barnevernet. Jeg vil anta at disse prosessene er omfattende prosesser, der flere forhold er med på å påvirke hvorfor helsesøstrene handler som de gjør. Det er min tolkning, ut fra dataene i studien, at helsesøstrene ikke har en rolle som innebærer kontrollering av foreldre og konfrontasjoner. Dermed legges det stor vekt på verktøy og måleinstrumenter som gjør det lettere å ta vanskelige temaer opp med foreldre, uten at det skal gå på bekostning av mestringsfølelsen til foreldrene i foreldrerollen, og den videre relasjonen mellom helsesøster og foreldre.

Jeg skal videre legge frem faktorer som er viktig for denne kategorien, som bl.a. er med på å bestemme balanseringen av hvor mye en skal legge vekt på magesfølelsen og hvor mye på systematisk arbeid. En av faktorene som er funnet til å påvirke dette er bruk av skjønn; altså at det er noe tilfeldig og personavhengig hvordan dette gjøres.

5.2.1 Tid og ressurser

Jeg leste en artikkel skrevet av Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin B. Helmers i tidsskriftet «Sykepleien» (2013) om at helsesøstre på grunn av mangel på tid og ressurser må prioritere arbeidsoppgaver. Denne prioriteringen innebærer at andre, og viktige, oppgaver blir oversett og unnlatt å gjøres. Noen av de viktige oppgavene gjøres ikke fordi helsesøster vet at hun ikke har tid å følge opp dersom det skulle vært et behov for det. Kari Glavin (2007) skriver at det forebyggende arbeidet ikke har noen effekt dersom oppfølging ikke prioriteres.

Nedprioriteringene gjelder for aldersgruppen fra 2 år og oppover på flere av forholdene. Det virker som om det er de aller minste barna som prioriteres.

Helsesøstrene i min studie fortalte også om lignende arbeidsforhold, og også at de synes de får følge opp tett og har tett kontakt med foreldre og barn frem til barnet blir halvannet år, og at de etter dette ikke treffer de like ofte og dermed ikke får fulgt opp like tett når barnet blir større. Dette gir de mindre anledning til å kunne oppdage risikoutsatte barn, bl.a. på grunn av at det må være flere områder barnet må oppleve risiko på for at for eksempel barneverntjenesten kan bli involvert (Kvillo, 2010).

Helsesøstrene har også fortalt om knapphet i tid og ressurser med tanke på den aldersgruppen jeg fokuserer på i min oppgave, og da forteller om at konsultasjonenes varighet er knapp, der de maksimalt får en halvtime til rådighet. De kan selv sette opp lengre oppfølgingssamtaler eller konsultasjoner når de anser behov for det, men slik Eli sier det så er det likevel at

«... tiden er knapp i forhold til å utvikle relasjonen noen ganger.»

Det rapporteres om at mangel på ressurser skaper en del usikkerhet i forhold til observasjoner og vurderinger i bl.a. samspillet og tilknytningen mellom foreldre og barn. Dette sett i forhold til helsesøstrenes magesfølelse, er mangel på tid med på å belyse hvorfor helsesøstrene ser på bruk av kartleggingsverktøy og måleinstrumenter som mer betryggende. Systematisering kan tenkes å bidra til å konkretisere og gjøre eventuelle utfordringer hos barnet eller foreldre mer tydelige, og dermed bidra til effektivisering (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). Altså, vansker tydeliggjøres raskere enn dersom helsesøstrene kun anvender seg selv og sine egne vurderinger. Samtidig så kan det hevdes at bruk av kartleggingsverktøy som en del av det forebyggende arbeidet ikke vil ha noe effekt dersom det ikke kan følges opp (Glavin, 2007). Når helsesøstrene rapporterer om ressurs- og tidsmangel så vil ikke kartleggingsverktøyene heller virke som støtte eller betryggende fordi de mister noe av sine formål og effekter.

I kommune B har det blitt opprettet et lavterskeltilbud til innbyggerne i kommunen som tilbyr veiledning i familier. Dette tilbudet er knyttet til helsestasjonen, og er et tilbud helsesøstrene forteller at de benytter seg av, bl.a. når de opplever at de selv ikke har tid til å følge opp ofte nok. Det som er interessant her at det ikke er innholdet i utfordringene og mangelen på kompetanse hos helsesøster som er en utløsende faktor for å henvise til dette veiledningstilbudet, men mangel på tid. I visse tilfeller forteller helsesøstrene også om at

problematikken er for omfattende for et tilbud de kunne gitt som også er knyttet til kompetanse, men det er i hovedsak mangel på tid som blir fortalt er utløsende for henvisning til dette lavterskeltilbudet.

« Nei (...) kompetansen (...) vil ikke si stopp, men det er dette her med at det er sjelden tid til å jobbe med disse familiene, vi har ikke tid og må få hjelp utenifra. Da er det klart at da øker jo ikke kompetansen din heller med det du ikke jobber med så blant annet den moren som jeg henviste som hele tiden kanaliserte barnets uro, det var konstant uro dag og natt, men mat ikke sant, matsituasjonen. Jeg skulle ønske jeg kunne ta tak i denne moren sjøl også det å kunne finne andre innfallsvinkler til barnet sitt, men måtte da henvise til familieteamet. Ja, jeg tror vi er ganske gode på å oppdage familiene, men vi er nok ikke like gode på å følge de opp videre.» Dina

Dette sitatet er representativt for det helsesøstrene i studien har tatt opp i forhold til temaet mangel på tid og ressurser. Det jeg finner interessant hos Dinas utsagn er også at kompetansen ikke får utviklet seg når en ikke har anledning til å «stimulere» den. Jeg har tidligere skrevet om hvordan tilgang til kompetanseheving kan påvirke hvordan helsesøstrene arbeider i møte med familiene til de minste barna. Mangel på økonomiske ressurser har av flere helsesøstre blitt trukket frem som både påvirker hvor mange ansatte de er og dermed får anledning til å følge opp sine arbeidsoppgaver, men også hvordan økonomiske ressurser kan gi tilgang til kompetanseheving. Bl.a. har helsesøster i kommune B uttrykt ønske om å innføre kartleggingsverktøy for å øke kompetanse og fokusområde i forhold til fødselsdepresjon men har ikke hatt anledning til dette på grunn av mangel på økonomiske ressurser.

Jeg anser disse forholdene som relevante for min oppgave på grunn flere forhold. En av disse er for å vise til at helsesøstrene virkelig bryr seg om de barna og familiene de møter, og ønsker å hjelpe dem. Den andre er at det i praksis er mange som ikke blir sett for hvordan det virkelig er bl.a. som følge av knapphet i tid og ressurser. Men det er ikke kun dette som kan være med på å påvirke muligheten til å oppdage risikoutsatte barn.

5.2.2 Bruk av skjønn

Bruk av skjønn er en underkategori som inneholder utsagn fra helsesøstre som jeg ser belyser at en del av arbeidet deres er noe tilfeldig og personavhengig. Grunnen til at dette er en underkategori til systematisering vs. magefølelse er fordi at disse faktorene bl.a. er med på å veie disse vurderingene. Disse faktorene er også med på å styre deres interesser for fagområder, med på å styre deres fokus i møte med foreldre og barn, samt med på å styre hvordan de følger opp og veileder foreldre. Dette er med andre ord en viktig del av en diskusjon som omhandler helsesøstrenes observasjoner og handlingsrom.

Et tema som ble framtredd i analysen innenfor denne kategorifaktoren var oppfølgingsarbeidet. Jeg har allerede skrevet noe om det, og hva som er grunnlaget for oppfølging av familier. Det jeg ønsker å vise til her er hvordan bruk av skjønn kan påvirke bl.a. dette oppfølgingstilbudet. Dette vil påvirke hvor mye helsesøster blir kjent med familiene, og i hvor stor grad de får observert hvordan barn og foreldre er sammen.

I studien har det kommet frem at en del av konsultasjonene, og spesielt ekstra konsultasjoner blir brukt når det er noen tegn til at barnet ikke utvikler seg på en adekvat måte. Etter helse- og omsorgstjenesteloven (2013) er dette noe som er lovpålagt med formålet om å forebygge og fremme helse i befolkningen. Jeg har ovenfor skrevet noe om at dette er styrt av både magefølelse hos helsesøstrene, men også de verktøyene og måleinstrumentene de bruker til å følge opp barnets utvikling. Psykisk helse hos foreldrene er også noe jeg har skrevet om tidligere i kapitlet, og noe som kan utløse behov for ekstra konsultasjoner med helsesøstrene i studien. Disse ekstra konsultasjonene blir brukt til en eller annen form for veiledning, men som kommer «pakket inn» som en del av den ekstra oppfølgingen. Veiledningen er i størst grad rettet mot samspillet mellom barnet og foreldrene, der målsettingen er å bygge opp under mestringsfølelsen til foreldrene for å øke trivselen ved å være forelder til sitt barn. Min tolkning er at dette også innebærer bruk av skjønn; altså at det er personavhengig og at det til en viss grad er tilfeldig fordi veiledningen kommer i de fleste tilfellene som helsesøstrene har fortalt om, i en ustrukturert form. Det jeg har funnet og som jeg tolker til å være en påvirkende faktor innenfor denne skjønnsbruken, er tilgang til kompetanse og kompetanseheving. I kommune A har helsesøstrene fortalt at de har fått opplæring i forståelsen og bruk av prinsippene i Trygghets sirkelen, eller Circle Of Security – COS (Brandtzæg et al., 2011). Når helsesøstrene fra denne kommunen har snakket om hvordan de både observerer og hva de snakker med foreldrene som, tolker jeg det til at de anvender prinsippene i denne modellen ofte. Eksempler på dette fokuset er:

«(...) så ser jeg jo veldig i forhold til om han utforsker med mor, eller har som trygg base, eller søker tilbake til foreldrene. Og om de da tar imot når barnet kommer, hvordan de møter barnet. Og de prinsippene synes jeg har vært veldig viktig i forhold til helt konkret å se de intervallene (...) i forhold til de litt mindre så ser vi på det med, snur de seg etter mors stemme hvis jeg står her, og mor står der, ser de da på henne.» Cecilie, kommune A.

« (...) det å legge til rette for læring og være opptatt av ting, og dette her med titt tei lek og sånn, ja, ritualer, gjentakelser og rutine. Det skaper trygghet for dem og det skaper trygghet for barnet. Så vi snakka veldig mye rundt det egentlig.» Frida, kommune B.

I motsetning til dette, tolker jeg at helsesøstrene i kommune B har fokus og blikk på tilknytning, men de ordlegger seg på en annen måte, og som ikke viser til prinsippene i COS.

De vektlegger sensitiviteten hos foreldrene, blikkontakten mellom foreldrene og barna, nærheten, tilgjengeligheten hos foreldrene når barnet krabber på gulvet, etter det har fått sprøytestikk, og lignende.

«Vi beskriver ofte sånn i journalen. Mor støtter ikke barnet etter sprøytestikk, la det fra seg, barnet søkte kontakt, mor ga ikke respons tilbake (...) det med det med trygghet ikke sant med at foreldrene må tørre å sette de grensene for barnet sitt, å være den veggen som barna kan få lov å lene seg litt til. Det å være trygge og tydelige foreldre i foreldrerollen.» Dina, kommune B.

Det vil ikke derimot bety at helsesøstrene i kommune A ikke snakker om samspeillet mellom foreldre og barn på denne måten. Det kan virke som om de i tillegg til dette også er opptatte av å se om foreldrene fremstår som trygg base og trygg havn for barna sine, ved konkret bruk av disse begrepene og gjennom å se om barna bruker foreldrene sine for å føle seg trygg i en ukjent og utrygg situasjon. På denne måten kan det kanskje tenkes at en slik kompetanseheving vil kunne føre til at observasjoner og vurderingen blir mindre personavhengige? Dette er meget vanskelig å argumentere for siden en kompetanseheving ikke umiddelbart innebærer at alle vil bruke den nye kunnskapen på samme måte. I min studie fremstår det derimot slik at helsesøstrene i kommune A benytter seg av trygghetssirkelen med dets begreper og dermed har et mer bevisst forhold til å observere og vurdere tilknytningen mellom barnet og dets foreldre. De har klart å bruke denne kompetansehevingen på så lik måte som det lar seg gjøre, med tanke på at de er ulike individer med individuelle tolkninger og forforståelse. Sammenlignet med dette, kan det videre tolkes og antas at det i kommune B vil være større rom for at observasjoner og vurderinger i forhold til bl.a. tilknytning blir mer personavhengig og tilfeldig.

Et viktig poeng videre er at bruken av skjønn, uansett tilgang til kompetanseheving, er i min studie fortsatt er i stor grad til stede bl.a. på grunn av manglende systematisering. For eksempel så snakket Bea i intervjuet vårt om veiledning i samtaler med foreldre, og bl.a. bruk av trygghetssirkelen:

«(...) temaet blir tatt opp hvis man ser. Vi har vel ikke lagt det inn i noen spesiell prosedyre på noen bestemt alder ennå (...).»

Altså, de organisatoriske rammene mangler og da blir det opp til den enkelte når en vil benytte seg av trygghetssirkelen i veiledning av foreldre. Generelt sett kunne det blitt argumentert for at når helsesøstre vektlegger bevisstgjøring av foreldrerollen for å øke mestringsfølelsen og dermed bygge opp under en trygg omsorgstil, så vil en så enkel modell som beskriver barnas behov for trygghet være en informasjon som både kan forebygges og

være helsefremmende for store deler av befolkningen. Spesielt når helsesøstre selv forteller at det ikke er mye som skal til før foreldre selv klarer å reflektere og benytte seg av det de har snakket om i samtalene og konsultasjonene. Det vil igjen være særdeles viktig i de tilfellene der de ser at foreldrene har behov for veiledning på samspill. Dette kan også være gjeldende for andre temaer.

En annen faktor som er påvirkende på bruken av skjønn er om helsesøstre kjenner til, og hvordan de kjenner til en families historikk. Denne faktoren er viktig her fordi den kan påvirke helsesøstres vurderinger og hvorvidt de vil handle ved å følge opp tettere eller henvise til andre instanser. Som jeg tidligere har skrevet er helsesøstre opptatte av flere forhold rundt barnet og familien som vil påvirke deres måte å møte familien på. Kjent historikk og sosioøkonomiske forhold vil også påvirke både helsesøstrenes observasjoner av familien og vurderinger av familien. Det har i studien kommet frem at når helsesøstrene blir kjent med at en familie tidligere har vært i kontakt med for eksempel barnevernet, eller hvis en mor har hatt depresjon tidligere, og lignende, så fremstår det som om de får et mer kritisk blikk på bl.a. samspill og tilknytning. Jeg tolker det som at det som blir observert får en annerledes kontekst, og for å kunne vurdere atferd generelt, og videre tilknytningsrelasjon, er det viktig med å se det i en kontekst (Brandtzæg et al., 2011; Karlsson, 2012; Kvello, 2010). Jeg mener at dette er med på å påvirke hvordan helsesøstre kan tidligst mulig oppdage risikoutsatte barn. Dersom helsesøster er kjent med at en mor har hatt depresjon tidligere, rapporterer hun en større bevissthet på mors sensitivitet og stimulering av barnet. Så, dersom helsesøster ikke er kjent med denne type informasjon, er hun mindre årvåken og bevisst på å observere nettopp disse tingene. Det som derimot er interessant er at helsesøstrene også har fortalt om situasjoner der de har for eksempel sett at barn ikke smiler ved 6 uker, og i etterkant blitt gjort kjent med at mor tidligere har vært i kontakt med barnevernet. Begge disse situasjonene har vært gjort på en tilfeldig måte; at helsesøster gjennom mor har fått vite at hun tidligere har vært deprimert, at mor tilfeldigvis har fortalt at hun har vært i kontakt med barnevernet. Denne faktoren blir altså en del av skjønnbruken, sammen med organisatoriske rammer, grad av systematisering, helsesøstrenes tilgang til kompetanseheving og deres subjektive interesser for fagområder. En annen faktor som jeg har funnet kan påvirke helsesøstrenes arbeid er tid og ressurser.

5.3 Is i magen

Som jeg har skrevet tidligere, bl.a. i forrige kategori, har jeg funnet tendens til at helsesøstre kan handle i situasjoner der de har hatt støtte fra kartleggingsverktøy og måleinstrumenter som kan hjelpe til å konkretisere og synliggjøre vansker og utfordringer som helsesøster kanskje fra tidligere har hatt magefølelse på. Dersom de har sett noe hos forelderen, opplevd en distansert mor, vært vanskelig for å få smil fra en baby, osv, har de en tendens til å henvise eller lignende dersom de har fått «bekreftelse» i forhold til for eksempel barnets vekt, eller at ASQ viser at barnet ikke er der det burde være i sin utvikling. For å videreføre dette, er det mitt inntrykk at de fleste er opptatt av en «is i magen» holdning og at denne kommer tydelig frem i de situasjonene hvor de ikke har en støtte i måleinstrumenter og måleverktøy fordi barnet fysisk og målbart utvikler seg adekvat, men at de likevel har observert eller opplevd ting hos foreldre som har skapt en bekymringsfølelse hos dem.

I denne kategorien legger jeg frem de dataene som er knyttet primært til de tilfellene som vekker bekymring hos helsesøstre, eller som gjør at de får en «uggen magefølelse» som noen av dem har sagt. Grunnen til at denne kategorien heter «is i magen» er de faktorene som både gjør at helsesøstre bemerker seg noe som ikke stemmer, hva som ligger inne i disse vurderingene, og hvordan denne «avventingen» kommer frem gjennom det de forteller i ulike settinger under intervjuene. De fleste av helsesøstrene har trukket dette frem i intervjuene som en del av vurdering om og et syn på at det er viktig å ha is i magen for å se på hvordan de tingene som vekke bekymring hos dem viser seg å være ved senere konsultasjoner. Det er dette som er kjernen. Det jeg har funnet frem er at helsesøstrene ser på helheten rundt foreldrene og barna for å gjøre seg opp tanker og meninger om dem og at de generelt har en avventende holdning, primært for å se hvor gjentakende for eksempel dårlig samspill er, samt for å se om den veiledningen de har gitt har blitt anvendt av foreldrene mellom de gangene de møtes.

«... en gang kan være greit det, men det at man ser at det er gjentakende at det er vanskelig å roe og foreldrene blir litt stresset og har vanskelig med å roe ned barnet sitt...» Ane.

« (...) 15 måneder er han og da var jo bagasjen at den familien hadde to eldre barn hvor vi hadde vært bekymra for barnet da det gikk i barnehagen. Og vi hadde hatt tverrfaglig møte hvor foreldrene ikke møtte, også var man bekymra på skolen (...) men det var en sånn familie som bare sklei unna. De kom ikke i møter, det var ikke noe. (...) og da var jeg hjemme der og liksom tenkte, nå skal jeg se det. Nå skal jeg se hva som er, men det klarte jeg ikke. Nei. Mor ammet og koste godt med ungen sin og dem var her nå på 15 måneders kontroll og han løp rundt og hun passet på ham. Så ikke vet jeg.» Bea

Videre virker helsesøstrene til å ha et perspektiv på foreldrene og foreldrerollen som at dette er en oppgave som de har all mulig potensiale til å klare, men at de i noen tilfeller trenger hjelp til selv å finne frem til dette potensialet. Det er her jeg forstår at de trekker frem at det er viktig å ha is i magen og la de få tid til å se hvordan de klarer å løse problemet selv, etter råd fra helsesøster. Jeg har tidligere vist til at dette kan vitne om holdninger hos helsesøstre som har sammenheng med empowerment prinsipper og at lært hjelpeløshet skal forhindres (Mæland, 2005). Ane forteller bl.a. om hvor viktig hun mener det er å møte foreldre med respekt og sier

«I utgangspunktet så tenker jeg at det er foreldrene som kan barna sine ... at vi omtaler alle med respekt, det er kjempeviktig ... du kan stå for det du sier og du synser ikke når du snakker. Det skal være så godt fundert som det er mulig da når du sier ting ... at man har respekt for de man skal hjelpe, eller være i sørvis for da...» Ane.

Grunnen til at jeg bruker sitatet ovenfor er for å vise hva jeg har tolket til kan påvirke denne type «is i magen» holdning. Bl.a. er det holdninger og perspektiver på foreldre og hva som skal forventes av dem i foreldrerollen. Ting som sies til foreldre skal være godt gjennomtenkt på grunn av at foreldrene fortjener respekt og ikke at de opplever en belærende forholdsvis ukjent person som skal fortelle dem hvordan de skal være overfor barnet sitt. I henhold til hva Mæland (2005) hevder så er dette helt sentralt dersom bl.a. helsefremmende arbeid skal ha noe effekt. Når helsesøstrene f.eks. har «is i magen» og gir først foreldre noen pekepinn på hvordan samspillet mellom forelder og barnet fremstår, bidrar det til å øke foreldrenes bevissthet rundt sin foreldrerolle. Deretter vil foreldrene få opplevelsen av mestring og eierskap over mestringsopplevelsen sin, når helsesøster har denne avventende holdningen og lar foreldre prøve og både feile og lykkes på egen hånd. Når jeg som barnevernarbeider ser på dette, er det for meg nærliggende å tenke at det ikke er bestandig at barn har så god tid. Dette mener jeg kan komme av at de barna som barnevernet kommer i kontakt med er allerede i en eller annen form for skjevutvikling. Samtidig så har barnevernet fått mye kritikk i forhold til å være avventende bl.a. med tanke på å flytte barn i fosterhjem eller ikke å anvende hjelpetiltak som er treffende nok på det som er ment til å endres eller forebygges (aftenposten.no, 2006). Samtidig som det er flere forhold som viser til at vansker kan oppdages i veldig tidlig alder, og at skjevutvikling kan repareres best så tidlig som mulig i utviklingen, så ser jeg også det store dilemmaet som helsesøstrene med sin forforståelse, holdninger og organisatoriske rammer kan stå i. Min studie viser at helsesøstrene mener det er viktig å gi foreldrene anledning til å prøve seg frem, med bl.a. helsesøstrenes støtte. Studien viser også at de strukturelle og organisatoriske rammene kan forhindre muligheten for å følge opp dette på en

kontinuerlig og hensiktsmessig måte. Derfor kan en stille seg spørsmålet om dette er med på å gjøre at barn som er risikoutsatt ikke blir oppdaget på et tidlig nok stadie? Studien har også vist at helsesøstre ikke nøler med å henvise videre til for eksempel psykiatritjeneste for foreldre eller samspillsveiledning gjennom barnepsykiatrien. Altså, denne «is i magen» holdningen kan strekke seg over lengre tid og over flere instanser.

Videre har jeg vist til at andre forhold som mangel på tid og ressurser, tilgang til kompetanseheving, tilgang til opplæring i og bruk av kartleggingsverktøy, og lignende som jeg også tolker påvirker til at det skapes en slik «is i magen» holdning. Det er viktig å være så sikker som mulig før en gjør noe som kan være ubehagelig for foreldre, men også for helsesøstre selv.

Slik jeg tolker det, så viser helsesøstre at de verdsetter det å ha is i magen og ikke agere før en er sikker i sin sak. Det er viktig å kartlegge mest mulig før noe sies. En longitudonell studie fra Danmark (Skovgaard et al. 2008; Skovgaard, 2010) har vist at samspillsproblematikk i så tidlig alder som 6 til 10 måneder har sammenheng med diagnoser barn har fått ved 3- 4 års alder. Diagnosene har da vært knyttet til både barnet, men også relasjoner. Når fokuset hos helsesøstre er på omsorgsutøvelsen til foreldre, slik jeg har vist tidligere i kapitlet, er det også sentralt og ikke la denne «is i magen» egenskapen føre til for lang ventetid før en gir mulighet til å intervensjon. Dette er i tråd med en tankegang bak prinsipper i tidlig intervensjon, bl.a. fordi at skjevutvikling kan rettes opp jo yngre barnet er. Dette innebærer å oppdage denne skjevutviklingen tidlig nok, som studien fra Danmark viser at er mulig, men under de rette forhold, kompetanse og kartleggingsverktøy. Inntil en viss grad virker det ut fra mine tolkninger som at helsesøstre ikke nøler for lenge med å handle ved å f.eks. sette opp tette ekstrakonsultasjoner, eller henvise til de aller mest nærliggende instanser som er lavterskeltilbud.

6 Avslutning

6.1 Oppsummering

Jeg har i foregående kapittel lagt frem funn og drøftinger av resultatene i studien. Jeg har diskutert underveis i forhold til de enkeltstående kategoriene og faktorene innenfor kategoriene, i forhold til mine problemstillinger. De kategoriene som jeg har kommet frem til henger sammen med hverandre, og har vært en utfordring å se som enkeltstående kategorier,

spesielt i forhold til hvordan helsesøstres opplevelser kan påvirke muligheten til å oppdage risikoutsatte barn. Det er derfor det er viktig å kunne se hvordan alt henger sammen.

Mitt utgangspunkt er helsesøstres opplevelser av deres arbeid, med problemstillinger som handler om i hvilken grad de fokuserer på samspill og tilknytning i møtet med barna og foreldrene, hva som gjør at de blir bekymret og hvordan de følger opp i disse tilfellene. Det er nettopp disse elementene kategoriene har belyst. Det vises til hvordan de områdene helsesøstrene er opptatt av vil, etter min barnevernfaglige tolkning, kunne forstås gjennom primært tilknytningsteorien og som igjen er viktig kunnskap i forhold til å oppdage risikoutsatte barn i så tidlig alder som 0-18 måneder. Mitt ståsted og bakgrunn som barnevernspedagog har påvirket tolkningene siden jeg har både et annet mandat og perspektiv i forhold til hvordan å oppleve å forstå møte med familier med de aller minste barna. I barnevernsarbeidet kommer familiene med allerede store utfordringer som krever til tider store endringer. Problemfokus tar mye plass og min erfaring er at i mange av tilfellene er barna tilknytningsskadet eller har andre vansker som har gått ut over deres psykiske fungering. Helsesøstrene forteller at det er i ytterst sjeldne tilfeller at de ikke ser at noen samtaler kan hjelpe foreldre å komme på rett spor, de har tro på foreldre til at de mestrer omsorgsoppgaven sin og at det er viktig å gi dem tid og tips til å finne ut av dette på egenhånd. Dette er i tråd med formålet med helsefremmende arbeid (Mæland, 2005). For barnevernspedagoger som jobber i barneverntjenesten, er dette ikke en del av hverdagen; en stor del av hverdagen vil handle om foreldre som nettopp ikke klarer dette av ulike grunner. De forskjellige syn på og bakgrunn for arbeidsformål gir forskjellige utgangspunkter i forhold til hvordan en vil møte og hvordan en vil se de familiene som en kommer i kontakt med.

For å samle de presenterte kategoriene, så er det vist til flere forhold som til sammen kan påvirke både hvordan og i hvilken grad helsesøstre *er* opptatte av foreldres omsorgssystem i lys av deres psykiske fungering, helsesøstrenes egne perspektiver på foreldre og troen på endringspotensiale hos foreldrene, samt deres handlingsrom og – potensiale. Helsesøstrene ser mye, og det er deres tolkning av det de ser og følger opp gjennom de avtalte konsultasjoner som hele tiden er i en balansegang mellom magesfølelse, krav, subjektive holdninger og preferanser og organisatoriske rammer. Disse legger mye av utgangspunktet for handlingsrom, men også for hva helsesøstre observerer og hvordan de gjør sine observasjoner om til tolkninger og vurderinger. Studien har ikke som formål å argumentere i forhold til hvorfor helsesøstre ikke melder bekymring til barnevernet.

Studien viser at helsesøstre observerer foreldre, og at de kan ha grunnlag for å kunne observere foreldres omsorgsstiler. Det studien også viser er at de ikke har satt disse observasjonene inn i en strukturert og teoretisk forståelsesramme, som f.eks. tilknytningsteori. Dette ut fra at fortellingene om hvordan de observerer, blir fortalt uten å bruke aktuelle begreper som forklarer foreldres omsorgsstiler, slik jeg har presentert og redegjort for i kapittel tre. Det er altså min tolkning som benevner dette for helsesøstre. Jeg mener at en kan hevde at de ser på foreldrenes omsorgssystem, men uten å være bevisst at det er dette de ser på. Jeg mener ikke at de mangler kompetanse på hvordan det er viktig at foreldre støtter opp under barns utvikling og etablering av trygghet. Tvert imot mener jeg at studien viser deres kompetanse innenfor disse områdene. Jeg ønsker å stille spørsmål om en kompetanseheving innenfor omsorgssystemet og kunnskap om foreldres omsorgsstiler vil kunne gjøre det lettere for helsesøstre å benevne og sette i system det de observerer under konsultasjonene sine. Studien viser at helsesøstre vurderer mye ut fra magesfølelse, men tør ikke å stole på denne uten systematiserende verktøy og måleinstrumenter. Dette kan igjen vise til en form for utrygghet. Jeg ønsker å argumentere i forhold til at bevisstgjøring av foreldres omsorgsstiler og barns tilknytning vil gjøre det lettere å identifisere risikoutsatte barn på et tidlig stadium i barnets utvikling, og dermed øke tryggheten på egen magesfølelse og egne vurderinger. Siden helsesøstre finner større trygghet i strukturerte og systematiserende verktøy, så kan det stilles spørsmål ved om en strukturering vil kunne sette observasjoner og vurderinger i system, og dermed også minke altfor stor grad av bruk av skjønn og at handlingsrom blir opp til den enkelte personen. Det er også viktig å trekke frem at helsesøstre har de synene og meningene om foreldrene som studien har vist at de har. Det er viktig å la ansvaret for å utvikle seg som forelder ligge hos forelder selv, og at en gir henne eller ham tid til å finne ut av utvikle seg og erfare hvordan en kan være en trygg og støttende forelder til barnet sitt. Et spørsmål som kan være aktuelt å stille i denne sammenheng er hvor mye tid de skal få, og har barnet denne tiden før barnet blir så stort at det «glipper» ut av helsesøstrenes tette oppfølging etter at det fyller halvannet år? Dette kan være et tema som det er interessant å utforske videre.

Jeg har tidligere i oppgaven skrevet at ”Helsestasjoners tilbud, arbeidsmetoder og organisering gir et godt utgangspunkt for tidlig identifisering og oppfølging av barn, ungdom og familier med psykososiale problemer.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 34). Studien viser at både tilbud, arbeidsmetoder og organisering legger til rette for tidlig identifisering, men det er usikkert i forhold til hvor mye det legger til rette for oppfølging. Studien viser at

utfordringer i forhold til tid gjør det vanskelig å kunne oppfylle disse kravene, samt at det kan være variasjoner i forhold til hvor 'tidlig' den tidlige identifiseringen og oppfølgingen av barn blir. Tilgang på ressurser og tid har vært uttrykt av helsesøstre som et behov over lengre tid, og det kan virke som om dette behovet ennå ikke er innfridd (Dolonen & Helmers, 2013).

Helsesøstrene fremstår reflekterte og verdsetter det å være bevisst på hvor forskjellige de kan være som personer og hvordan dette kan påvirke måten de treffer barna og familiene på. I forhold til en profesjonalitet er dette en viktig egenskap. Spesielt når en skal kommunisere med andre mennesker og tolke deres fortellinger er det viktig med en bevissthet rundt sine egne meninger og holdninger. Disse vil farge tolkningene av den andre personens fortellinger. Selv om helsesøstrene bruker systematiserende verktøy som hjelp og støtte til sine egne vurderinger, så er det min oppfatning at dette kan ha sammenheng med at de fremstår som så bevisste som de gjør i forhold til å se hvordan deres personlige preferanser kan påvirke hvordan de møter hver enkelt familie. Min tolkning er at bruk av verktøyene sikrer en altfor stor blanding av deres personlige preferanser, selv om de personlige trekkene og preferansene vil påvirke hvordan de tolker resultater på kartleggingsverktøy også.

Måten å arbeide, som er skissert i de siste kapitlene, vil kunne føre til at risikoutsatte barn ikke blir oppdaget tidlig nok, selv om helsesøster kunne hatt forutsetninger til å observere utfordringer og vansker gjennom et veldig klart blikk på samspill og tilknytning. Det er fortsatt mangel på nyere kunnskap i forhold til dette, noe som studien viser som senere relevant undersøkelsestema. Studien viser også til at det vil være relevant å undersøke videre i forhold til hvor strukturert helsesøstre faktisk *ønsker* å arbeide i praksis. Det er tidligere funnet at helsesøstre finner trygghet i strukturerte og systematiserte kartleggingsverktøy, noe studien til dels bekrefter. Studien viser videre at det er forskjeller både mellom kommuner, men også mellom den enkelte i forhold til hva de er mest trygge og komfortable med i forhold til graden av systematisering i arbeidshverdagen.

6.2 Avslutning

Bakgrunnen for studien har vært et ønske om å utvide kunnskap for å få større forståelse av hva som kan påvirke tidlig intervensjon. Dette har blitt gjort gjennom helsesøstres opplevelser av sine møter med de aller minste barna og deres foreldre. Tilknytningsteorien, sammen med mentalisering og teori om utvikling av selvet har blitt brukt til å tolke og drøfte helsesøstrenes

opplevelser. Studien har bekreftet den sentrale rollen helsestasjonen og helsesøstre har som ledd i tidlig avdekking av risikoutsatte barn og muligheten for tidlig intervensjon i forhold til disse barna. Helsesøstrenes primære syn, verdier og mandat kan tolkes som en hindrende faktor i forhold til avdekking og tidlig intervensjon. Helsesøstrenes kunnskap om hva som er viktig for barnets sunne fysiske og psykologiske utvikling blir godt belyst i studien, slik at denne burde ikke stå til hinder for avdekking og tidlig intervensjon. Når formålet med den arbeidsrollen kolliderer med kunnskap om hva som er viktig, kan dette føre til utrygghet og dermed mangel på handling som vil kunne bidra til tidlig intervensjon.

Helsesøstrene i studien har gitt gode eksempler på dette, men de har også vist hvor mye personlig ansvar de tar for barna og familiene de møter, og hvor mye de er samvittighetspreget, særlig i forhold til barna.

Et hovedskille mellom barnevernspedagoger og helsesøstre blir i denne studien vist gjennom at helsesøstre har foreldreperspektivet fremme, mens barnevernspedagoger har barneperspektivet og barnets beste fremme i større grad enn foreldreperspektivet.

Litteraturliste

- Alvesson, Mats, og Kaj Sköldberg. 2008. *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. [Lund]: Studentlitteratur.
- Andrews, Therese. 2002. "Grenseløse krav i helsestasjonstjenesten - dilemmaer og mestringsstrategier." *Sosiologisk tidsskrift* 10 (1):27-47.
- Azak, Schale. 2010. "Sped og småbarn med deprimerte mødre: en multifaktoriell modell for å forstå utviklingsvansker hos barna." I *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*, redigert av Vibeke Moe, Kari Slinning og Marit Bergum Hansen, s. 347-359. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet. 2013. Satsing på barn og ungdom - Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2013. Oslo.
- Bateman, Anthony, og Peter Fonagy, red. 2012. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publ.
- Belsky, Jay, og R. M. Pasco Fearon. 2008. "Precursors of Attachment Security." I *Handbook of attachment - theory, research and clinical implications*, redigert av Jude Cassidy og Phillip. R. Shaver, 295-316. New York: The Guildford Press.
- Blindheim, Arne. 2012. "Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst." *NOU 2012:5*:191-213.
- Blome, Wendy Whiting, Susanne Bennett, og Timothy F. Page. 2010. "Organizational Challenges to Implementing Attachment-Based Practices in Public Child Welfare Agencies: An Example Using the Circle of Security® Model." *Journal of Public Child Welfare* 4 (4):427-449. doi: 10.1080/15548732.2010.526904.
- Borge, Anne Inger H. 2003. *Resiliens: risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal.
- Braarud, Cecilie. 2012. "Oppdatert kunnskap om tidlig utvikling med tanke på kompensierende tiltak, inkludert å hente barnet." *NOU 2012:5*:176-190.
- Brandtzæg, Ida, Lars Smith, og Stig Torsteinson. 2011. *Mikroseparasjoner : tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforl.
- Broberg, Anders G. 2005. *Anknytning, rädsla och omsorgssvikt*. NOVA rapport nr. 7/2005. Oslo: NOVA.
- Cassidy, Jude, og Phillip R. Shaver, red. 2008. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. 2. ed. New York: Guilford Press.
- Cheetham, Nina B, Inger Pauline Landsem, og Jorunn Tunby. 2011. "Øker trygghet hos nybakte foreldre." *Sykepleien* (12):55-57.
- Dolonen, Kari Anne , og Ann-Kristin Bloch Helmers. 2013. "Helsesøstre slår alarm." *Sykepleien* 101 (2):16-24.
- Fauske, Halvor, Willy Lichtwarck, Edgar Marthinsen, Elisabeth Willumsen, Graham Clifford, og Bente Heggem Kojan. 2009. *Det Nye barnevernet: et forsknings- og utviklingsprosjekt i Barnevernet : barnevernet på ny kurs? : sluttrapport fase 1*. Vol. nr. 8/2009. Bodø: Nordlandsforskning.

- Fjetland, Kirsten J., og Gunn Elisabeth Søreide. 2010. "Ethical dilemmas: a resource in public health nurses' everyday work?" *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (1):75-83. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00688.x.
- Foskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2003.
- Garsjø, Olav. 2001. *Sosiologisk tenkemåte: en introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- George, Carol, og Judith Solomon. 1996. "Representational Models of Relationships: Links Between Caregiving and Attachment." *Infant Mental Health Journal* 17 (3):18-36.
- George, Carol, og Judith Solomon. 2008. "The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting." I *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.)*, redigert av J. Cassidy P. R. Shaver, 833-856. New York, NY, US: Guilford Press.
- Gjertsen, Per-Åge, red. 2007. *Forebyggende barnevern: samarbeid for barnets beste*. Bergen: Fagbokforl.
- Glavin, Kari, Sølvi Helseth, og Lisbeth Gravdal Kvarme, red. 2007. *Fra tanke til handling : metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe.
- Glavin, Kari, og Lisbeth Gravdal Kvarme. 2003. *Helsesøstertjenesten : fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.
- Glavin, Kari, Lars Smith, Ragnhild Sørsum, og Bodil Ellefsen. 2010. "Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression." *Journal of Advanced Nursing* 66 (6):1317-1327. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x.
- Gulbrandsen, Liv Mette. 2006. *Oppvekst og psykologisk utvikling*. Oslo: Universitetsforl.
- Hart, Susan, og Heikki Gröhn. 2011. *Den følsomme hjernen : hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhörighetsbånd*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hart, Susan, og Rikke Schwartz. 2009. *Fra interaksjon til relasjon : tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helseth, Sølvi. 2007. "Sykepleiefaglig forankring." I *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*, redigert av Kari Glavin, Sølvi Helseth og Ann-Kristin Bloch Helmers, S. [17]-27. Oslo: Akribe.
- Henmo, Ola. 2006. "- Grip inn når de er 2 år." *Aftenposten*, 18.03.2006. Link: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Grip-inn-nar-de-er-2-ar-6389725.html#.UlpzwVDIZx4>
- Hjälmhult, Esther, og Kirsten Lomborg. 2012. "Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26 (4):654-662.
- Iversen, Hilde H., Olav Holmboe, og Johanne G. Kjøllesdal. 2011. *Kvinnens og partners erfaringer fra svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Resultater fra en pilotundersøkelse*. nr. 590. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Killén, Kari, Tine Klette, og Espen Arnevik. 2006. "Tidlig mor-barn samspill i norske familier." *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening* 43 (7):694-701.
- Kvellido, Øyvind. 2007. *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforl.

- Kvello, Øyvind. 2010. *Barn i risiko : skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Øyvind. 2010. "Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt." I *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*, redigert av Vibeke Moe, Kari Slinning og Marit Bergum Hansen, s. 493-526. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, Kirsti. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Moe, Vibeke, Torill S. Siqveland, og Kari Slinning. 2010. "Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker." I *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*, redigert av Vibeke Moe, Kari Slinning og Marit Bergum Hansen, s. 303-322. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mæland, John Gunnar. 2005. "Forebygging - vakker tanke eller fornuftig handling?" I *Velferdsstaten i endring: Norsk helse-og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*, redigert av Mary Ann Stamsø, 262-282. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2005. *Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, og atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 10. Oslo: www.kunnskapssenteret.no
- Neumann, Cecilie Elisabeth Basberg. 2009. *Det bekymrede blikket : en studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Oslo: Novus forlag.
- Neumann, Cecilie Elisabeth Basberg, og Iver B. Neumann. 2012. *Forskeren i forskningsprosessen : en metodebok om situering*. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Norge. 2012. Barnevernloven med forskrifter : lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester : sist endret ved lov 22 juni 2012 nr. 34. Bergen: Fagbokforlaget.
- NOU 2012:5. 2012. Bedre beskyttelse av barns utvikling : ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet : utredning fra utvalget oppnevnt ved kongelig resolusjon 18. februar 2011 : avgitt til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 6. februar 2012. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Ringdal, Kristen. 2007. *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Rundskriv Q25/2005). 2005. Barnevernet og det forebyggende arbeidet for barn og unge og deres familier. edited by Barne- og familiedepartementet. Oslo.
- Ryen, Anne. 2002. *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Røkenes, Odd Harald, og Per-Halvard Hanssen. 2002. *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforl.
- Skogli, Gunhild K. W., og Merete Glenne Øie. 2010. "Desorganisert tilknytning i et psykobiologisk perspektiv." *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening* 47 (5):403-407.
- Skovgaard, Anne Mette. 2010. *Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood ? An epidemiological study*, Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen.

- Skovgaard, A.M., E.M Olsen, E. Christiansen, T. Houmann, S.L. Landorph, T. Jørgensen, og CCC 2000 Study group. 2008. "Predictors (0-10 months) of psychopathology at age 1 1/2 years - a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000*." *Journal of Child psychology and psychiatry* 49 (5):553-562.
- Slinning, Kari, og Malin Eberhard-Gran. 2010. "Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel." I *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*, redigert av Vibeke Moe, Kari Slinning og Marit Bergum Hansen, s. 323-346. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slinning, Kari, Marit Bergum Hansen, og Vibeke A. Smith Elisabeth Moe, red. 2010. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smith, Lars. 2010. "Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi." I *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*, redigert av Vibeke Moe, Kari Slinning og Marit Bergum Hansen, s. 29-52. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2004. *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten : veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450*. nr. Oslo: Direktoratet.
- Sosialdepartementet. 1991. Flere gode leveår for alle - Forebyggingsstrategier. edited by Sosialdepartementet.
- Steinsvåg, Per Øystein, og Unni Heltne, red. 2011. *Barn som lever med vold i familien*. 1st ed. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stern, Daniel N. 1985. *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Thomassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wallroth, Per. 2011. *Mentaliseringsboken*. [Oslo]: Arneberg.
- Wennerberg, Tor, og Tone Johanne Arneberg. 2011. *Vi er våre relasjoner*. [Oslo]: Arneberg.
- Wærness, Kari, og Therese Andrews. 2004. "Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket?" *Sosiologisk tidsskrift* (04/2004):326-340.

Vedlegg 1

Informasjonsbrev/ samtykkeerklæring

Jeg er masterstudent i helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge ved Høgskolen i Lillehammer og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er å oppdage risikoutsatte barn på helsestasjonen, og jeg skal undersøke hvordan helsestasjonen oppdager risikoutsatte barn bl.a. ved å tematisere samspill, tilknytning og mentalisering.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju totalt 6 helsesøstre.

Spørsmålene vil dreie seg om hvordan barn og familier kartlegges, hva som vekker bekymring hos helsesøstre, om tilknytning og uheldig samspill tematiseres på helsestasjonen, og hvilke tiltak som tilbys i ulike tilfeller. Det vil være interessant for meg å kunne trekke frem så konkrete eksempler som mulig men at disse er anonymisert.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2013.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 98 87 68 71, eller sende en e-post til armatr44@gmail.com.

Studien er godkjent hos Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Den prosjektansvarlige institusjonen er Høgskolen i Lillehammer og prosjektansvarlig (veileder) er Anne-Marie Aubert, tlf. 61 28 80 68, og e-post anne-marie.aubert@hil.no.

Med vennlig hilsen
Arma Trbonja

Riihimäkiveien 11

2013 Skjetten

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur Telefonnummer

Intervjuguide

Helsesøsteren

- Kort om bakgrunn; utdanning, erfaring, særlige interesseområder?
- Helsesøsterutdanningen
- Hva er din forståelse av omsorgssvikt og risikoutsatte barn?
- Kunnskap om og samarbeid med barneverntjenesten
- Hverdagen på helsestasjonen
- Arbeidsforhold – faktiske og ønskede

Familien på helsestasjonen

- Første kontakt med familie
- Hjemmebesøk
- Helsekontroller: Hva er obligatorisk (hva må du gjennom i kontrollene)
- Annen kontakt (for eksempel veiing, spørsmål fra foreldre)
- Kartleggingsverktøy (standard)

Utsatte barn

- Hvilken forståelse har du om utsatte barn og familier?
- Kartlegging og kartleggingsverktøy
- Hva vekker bekymring
- Hva legger du merke til som gjør at du tenker ”det er noe med dette barnet”?

Hvordan oppdage de risikoutsatte

- Kunnskap om samspill (tilknytning, mentalisering)
- Hva vektlegger du i vurderingen om barnet er risikoutsatt?
- Observasjoner
- Vektlegges samspill, og i så fall på hvilken måte?
- Systematiseres noe av dette på noen måte?
- Hva legges i vurderingen av hva som er uheldig samspill
- Hvordan går du videre dersom du er bekymret?

Tiltak

- Hvilke tiltak har helsestasjonen
- Hvilke tiltak settes i verk ved bekymring?
- Tiltak med fokus på samspill, tilknytning og mentalisering?
- Hva gjør helsestasjonen dersom foreldre ikke samarbeider (ønsker ikke å ta imot tilbudet, osv)
- Hvordan følges familiene opp?
- På hvilket tidspunkt vurderer helsestasjonen at barneverntjenesten skal kontaktes?

Det er ønskelig med så mange eksempler som det lar seg gjøre for å belyse og fortelle om temaene i intervjuguiden. Det viktigste er å få frem dine tanker, følelser, meninger, og hvordan du opplever ditt møte med disse barna og familiene.

Vedlegg 2

Stilles til ledende helsesøster

Helsestasjonen

- Organisering
- Om ansatte; antall, kompetanse, og lignende
- Kommunale rammer og økonomi
- Hverdagen på helsestasjonen
- Arbeidsforhold – faktiske og ønskede
- Samarbeid med andre instanser (noe statistikk over hvor mange meldinger de evt sender til barneverntjenesten?)

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

Anne-Marie Aubert
Avdeling for pedagogikk og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2604 LILLEHAMMER

Vår dato: 18.10.2012

Vår ref:31817 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.10.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31817	<i>Hvordan oppdages risikoutsatte barn på helsestasjonen?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne-Marie Aubert</i>
Student	<i>Arma Trbonja</i>

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

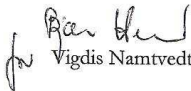
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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/forsk_stud/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, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marte Sivertsen

Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Arma Trbonja, Riihimäkienvägen 11, 2013 SKJETTEN

Avdelingskontorer / 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. kyttre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 35. nsdmaa@svuit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31817

Formålet er å undersøke hvordan risikoutsatte barn oppdages på helsestasjonen. Utvalget omfatter ti helsesøstre.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, men anbefaler at veileders navn og kontaktinformasjon tilføyes.

Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personopplysninger om barn/familier, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Lillehammer sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Ifølge informasjonsskrivet skal prosjektet avsluttes innen utgangen av 2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. arbeidsplass, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.