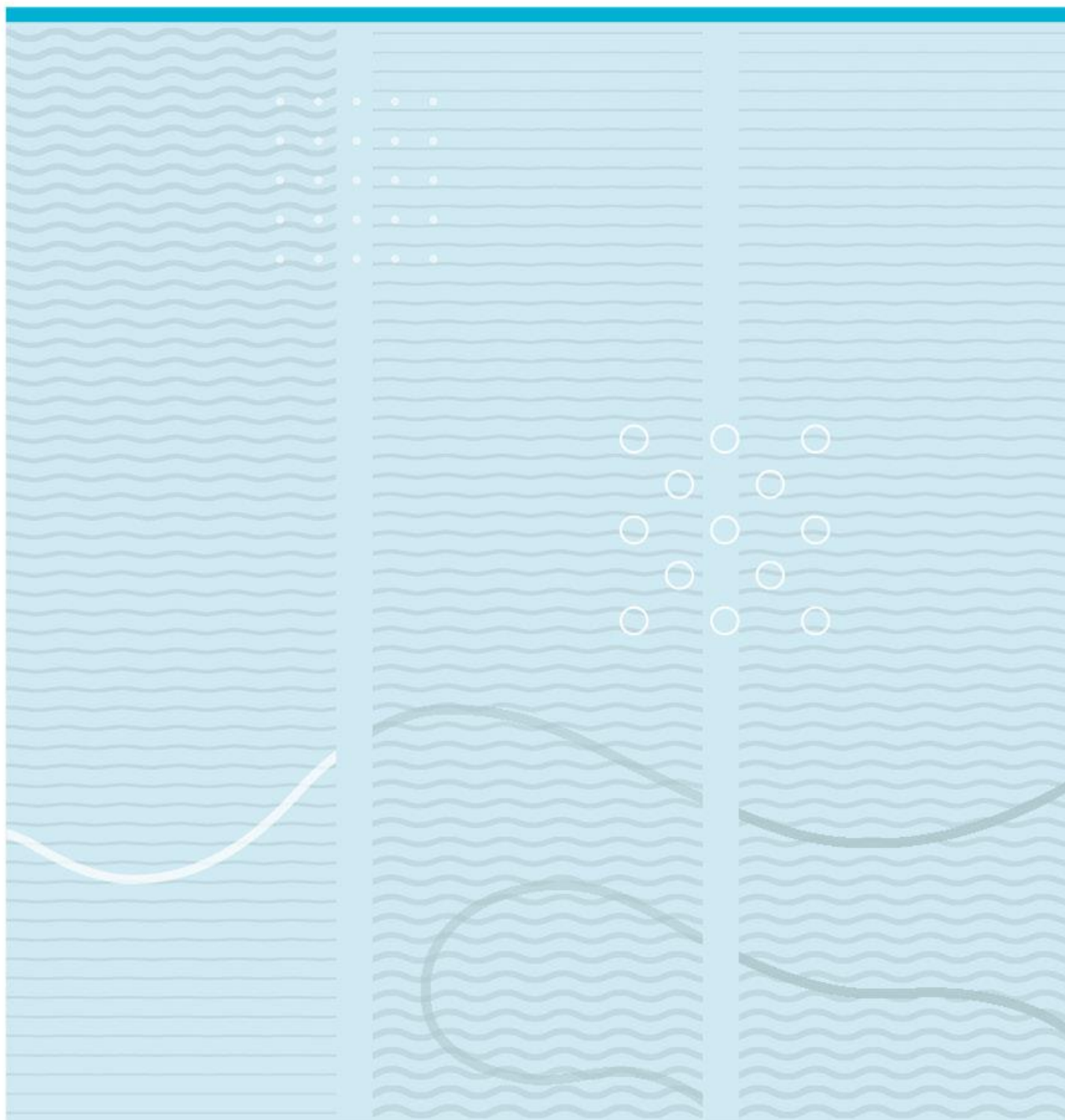


Lea Ærensgaard

Trøstens betydning mellom to profesjonsperspektiver

En kvalitativ studie av trøst og trøstens betydning sett fra et barnevernsperspektiv





Bildet er min oldemor med hennes andre barn, Hans. Bildet er fra 1924 og er tatt av min oldefar, som var fotograf. Hans døde dessverre kort tid etter bildet er tatt i krybbedød. Jeg synes bildet gir en god illustrasjon på en mors kjærlighet og ømhet overfor sitt barn.

Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialvitenskap
Institutt for helse og sosialvitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2019 Lea Ærenggaard

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

Sammendrag

Tittel: **Trøstens betydning mellom to profesjonsperspektiver**

En kvalitativ studie av trøst og trøstens betydning sett fra et barnevernsperspektiv.

Denne avhandlingen er et resultat av min interesse for temaet trøst og tilknytning mellom barn og foreldre. Alle barn trenger trøst, enten fordi det får vaksine på helsestasjonen eller fordi barnet er oppbrakt og lei seg. Jeg ønsker i denne avhandlingen å undersøke hvordan trøst kan observeres og beskrives uten å påføre barnet unødvendig ubehag.

Jeg fikk til et samarbeide med en helsesøster i kommunen, hun ble min informant sammen med seks foreldre og deres barn i alderen 3 til 15 måneder. De seks barna skulle ha to vaksiner på helsestasjonen og jeg fikk lov å bli med inn på konsultasjonsrommet. Det gav meg en unik mulighet til å observere hvordan trøst kommer til syne, etter at barnet har fått vaksine og har det vondt og trenger trøst.

I løpet av observasjonene og intervjuene med helsesøster visste det seg at helsesøster og jeg, som er utdannet barnevernspedagog, hadde ulik forståelse for når man er bekymret for et barn. Det gjorde meg forvirret. Jeg undret meg over, hva er sannhet og hvem har sannheten! Det førte meg på en lang og spennende reise. For bedre å forstå dette, konstruerte jeg følgende problemstilling.

Hvordan forstå trøst i et kulturelt profesjonsperspektiv?

For ytterligere å forstå dette stilte jeg tre drøftings spørsmål. De lyder som følger:

- Hvorfor er helsesøster så opptatt av barnets fysiske kropp og praktiske gjøremål?
- Hvordan kan man forstå at ulike «sannheter», gir ulik forståelse av barns behov?
- Hvordan kan man forstå at tilknytningsteorien gir ulik mening i ulike kontekst?

Min metodiske tilnærming er å se på to ytterpunkter hos helsesøster og barnevernspedagogen i forhold til å forstå trøst.

Mitt prosjekt har gitt meg innblikk i hvordan helsesøster arbeider og møter barn og foreldre på helsestasjonen. Og jeg har fått mulighet for å observere hvordan trøst kommer til syne når et barn har det vondt etter det har fått vaksine. Jeg fant at alle de seks foreldre som jeg observerte trøster barnet sitt etter det fikk vaksinen. Det interessante var å se at måten foreldrene trøster barnet på, var med ulik sensitivitet.

Før jeg startet min studie, kjente jeg til at helsesøsterprofesjonen og barnevernprofesjonen har ulike utspring i to forskjellige vitenskapsteoretiske syn, men det interessante var å oppdage, forstå og sette ord på de to ulike syn og hvilken betydning dette synet har, når man møter foreldre og barn på helsestasjonen, og siden beskrive det man ser.

Abstract

Titel: **The significance of comfort between two professional perspectives.**

A qualitative study on comfort and the importance of comfort seen from a childwelfare perspective.

This thesis is the result of my interest in the topic about comfort and the connection between child and parent. All children need comfort, either because the child is getting a vaccine at the health center or because the child is upset and sad. I would like to investigate how comfort can be observed and described. And how to comfort without causing unnecessary discomfort to the child.

I got to work with a health nurse in the municipality, she became my informant along with six parents and their children aged 3 to 15 months. The six children were getting two vaccines at the health center and I was allowed to join the consultation room. It gave me a unique opportunity to observe how the parents comfort their child after the vaccination, when the child is in pain and needs comfort.

During the observations and interviews with the health nurse, it became clear that the nurse and I, an educated social worker had a different understanding of when to be worried about the child. It made me confused. It led me to a long and exciting journey to understand what I didn't understand, I constructed the following problem.

How to understand comfort in a cultural professional perspective?

To further understand this, I asked three discussion questions. They read as follows:

- Why is the health so concerned about the child's physical body and practical task?
- How can one understand that different «truths» give different perception of children's needs?

- How can one understand that the connection theory gives different meaning in different contexts?

My methodological approach is to look at the two different viewpoints between the health nurse and the social worker in relation to understanding comfort.

My project has given me insight on how the nurse works and meets children and parents at the health center. And I have had the opportunity to observe how parents show comfort after their child being vaccinated. I found that all the six parents that I watched comforted their child after receiving the vaccine. The interesting thing was to witness the way the parents comforted their child with a different sensitivity level.

Before I started my studies, I knew that the nursing profession and the child welfare profession have different origins in two different scientific theoretical views, but the interesting thing was to discover, understand and put into words the two different views and what significance the view have when meeting parents and children at the health center, and then later describing it.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Abstract	6
Innholdsfortegnelse	8
1 Innledning	12
1.1 Bakgrunn for valg av tema og temaets relevans	13
1.1.1 Temaets relevans	14
1.1.2 Presentasjon av problemstillingen	14
1.2 Masteravhandlingens oppbygning	15
1.3 Aktørene	17
1.4 Helsestasjonens formelle mandat og hovedoppgaver	17
1.4.1 Ulike profesjoner	18
1.5 Barneverntjenestens formelle mandat og arbeidsoppgaver	18
1.5.1 Meldeplikt til barnevernet	19
2 Teoretiske perspektiver	20
2.1 Vitenskapelige perspektiver på barn og deres utvikling	20
2.2 Hva er et perspektiv	22
2.2.1 Tilknytning, teoretisk perspektiv for avhandlingen	22
2.3 Et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv. Det analytiske blikk	23
2.3.1 Hermeneutikk, egen forforståelse	23
2.3.2 Forståelseshorisont	24
2.4 Makt via styringsverktøy	25
2.4.1 Hvem er Foucault?	25
2.5 Å tenke med Foucault	26
2.6 Statens informasjon og oppdragende press	27
2.7 Maktbruk	27
2.8 Livsverden og systemverden	28
2.9 Hva fremmer helse, et mestringsperspektiv	29
3 Hva vet vi om hvilken betydning trøst har for et barns utvikling sett i lys av et tilknytningsperspektiv	30
3.1 Barn knytter seg til dem som finns	32
3.2 Tilknytningsbånd og moderlig atferd	33

3.2.1	Tilknytning siden tidens morgen	34
3.3	Kritikk av tilknytningsteorien	35
3.4	Menneskelig relasjoner og miljøets betydning for stress	37
3.5	Trøst gir kraft.....	38
3.6	Kjærlighet som praktisk omsorg.....	38
3.7	Trøst meg	39
3.8	Glimtet i øyet.....	39
3.9	COS, i et tilknytningsperspektiv.....	40
4	Forskning på helsesøsterrollen	41
4.1	Barn som lider	41
4.2	Behov for kategorier og det sosiologiske blikk	41
4.3	Helsesøsters arbeidsoppgaver har barnets fysiske kropp som utgangspunkt	42
5	Metode	44
5.1	Konkretmetodisk refleksjon og awareness.....	45
5.2	Vitenskapsteoretiske krav	45
5.2.1	Intersubjektiv	46
5.2.2	Reliabilitet	46
5.2.3	Validitet	47
5.3	Etiske betraktninger og forskningsetiske krav.....	47
5.3.1	Observasjon og etiske overveielser	48
5.4	Metodisk feltarbeid	48
5.5	Forberedelser til datainnsamlingen	49
5.5.1	Fokusområde: Observasjonspunkter for samspill	50
5.6	Transkribering av feltnotater og intervjuene	51
5.7	Uformell intervjuing.....	53
5.8	Metodekritikk og kritisk blikk	53
6	Bricolage metoden	55
6.1	Større validitet	56
6.2	Analyse	56
6.3	Sentrale funn relatert til problemstillingen og kategorisering	57
6.4	Snevret perspektiv	58

6.5	Utfordringer og kritisk blikk på egen undersøkelse	58
7	Presentasjon av funn.....	60
7.1	Helsesøsters fremgangsmåte for de seks observasjoner	60
7.2	Sensitivitet som forståelse av trøst.....	62
7.2.1	Lav sensitivitet.....	63
7.2.2	Middels sensitiv.....	68
7.2.3	Høy sensitivitet.....	70
8	Drøft.....	77
8.1	Hvorfor er helsesøster så opptatt av barnets fysiske kropp og praktiske gjøremål?.....	77
8.1.1	Mild paternalisme	80
8.1.2	Oppmerksom tilstedeværende	82
8.1.3	Oppsummering	85
8.2	Hvordan kan man forstå ulike «sannheter», gir ulik forståelse av barns behov?	86
8.2.1	Hva er sannhet	86
8.2.2	Hermeneutisk blikk	86
8.2.3	Helsestasjonens behov for kategorier for omsorgssvikt.....	88
8.2.4	Oppsummering	93
8.3	Hvordan kan man forstå at tilknytningsteorien gir ulik mening i ulike kontekst?	94
8.3.1	Snakk med foreldre om trøst og lek, ikke om tilknytning	94
8.3.2	Det finnes ikke en sannhet	96
8.3.3	Er COS tiltaket virksom?	97
8.3.4	Oppsummering	98
9	Avslutning	99
10	REFERANSELISTE.....	101
	Vedlegg 1	104
	Vedlegg 2	106
	Vedlegg 3	107
	Vedlegg 4	108

Forord

Endelig i mål! Denne avhandlingen er siste del av en tidskrevende og lærerik reise gjennom masterstudie i *Forebyggende arbeid med barn og unge* ved Universitetet i Sørøst-Norge. Det beste av alt er følelsen av mestring når man kan levere en ferdig avhandling. Å skrive masteravhandlingen har både vært spennende og utfordrende. Spennende fordi det gav meg mulighet til å fordype meg i en problemstilling som jeg synes er viktig, og som førte meg til en masse ny kunnskap.

Takk. Først og fremst vil jeg takke mine informanter som villig delte av sine opplevelser og erfaringer. Dere har lært meg mye, uten dere, ville ikke denne avhandling blitt mulig. Tusen takk for alle deres bidrag! Videre vil jeg takke mine to kjære veiledere, førstelektor Ellinor Young og professor Halvard Vike som har vært med meg på reisen. Dere har bidratt på ulik måte og har hele veien formidlet tro på at jeg skulle komme i mål, dere har gitt meg inspirasjon til å jobbe videre. Tusen takk til min kjære venninne og medstudent Henriette Aaby Bergsvann, som har lest korrektur på avhandlingen. Sist men ikke minst, tusen takk til min kjære lille familie, som har støttet meg hele veien og oppmuntret meg i dett arbeidet. Nå er jeg klar for en ny sommer.

Tusen takk alle sammen!

Porsgrunn, 13. mai, 2019.

Lea Ærensgaard

1 Innledning

Jeg vil starte avhandlingen med å referer til en av de seks observasjoner jeg gjorde i min undersøkelse. Observasjonen er av en gutt på 12 måneder som kommer til helsestasjonen sammen med sin mor, gutten skal ha to vaksiner. Etter at barnet har fått vaksinene gråter barnet hjerteskjærende høyløst, mor stryker barnet et kort øyeblikk over ryggen, samtidig med at hun kort snakker til barnet med rolig stemme. Mens barnet fortsatt gråter hjerteskjærende, prøver mor å gi barnet tåteflaske, barnet fortsetter med å gråte. Barnet viser tydelig at han ikke vil ha flaske ved at han hoster og vender ansiktet vekk og vrir seg bort fra flasken, mor prøver fortsatt å gi barnet flasken. Tilslutt forstår mor at han ikke vil ha flasken og hun avleder ham med en leke i stedet og barnet slutter etterhvert å gråte. Under resten av konsultasjonen observeres ingen kjærtegn eller blikkontakt mellom mor og barn, selv om barnet ved flere anledninger tydelig søkte mors blikk og trengte trøst.

Etter at mor og barn forlater konsultasjonsrommet sier helsesøster til meg uten at jeg spurte henne «*Denne mor trøstet barnet sitt gjennomsnittlig, og helsesøster sier uoppfordret til meg «Jeg er ikke er bekymret for denne familien»*

Jeg var forvirret og berørt. Jeg opplevde en bekymringsfull omsorgssituasjon for dette barnet. Når jeg tar i betraktningen at helsesøster har truffet mor og barn ved tidligere konsultasjoner og dermed har et bedre grunnlag for å vurdere og uttale seg om mor og barn forholdet, satt jeg likevel med en trist og bekymringsfull følelse overfor barnet.

Hvorfor vurderte helsesøster og jeg situasjonen forskjellig? Dette måtte jeg undersøke nærmere, og prøve å forstå. Det førte meg på en lang og læringsrik reise.

I utgangspunktet så jeg for meg at hovedtematikken i denne masteravhandlingen «bare» skulle dreie seg om trøst og trøstens betydning. Etter som arbeidet skred fremover ble jeg ført inn i mange ulike områder som makt, mot, perspektivering, vitenskapssyn, profesjonsforståelse og mye mer. Jeg oppdaget å skrive masteravhandling handler like mye om å velge fra, som å velge til. Det er mange spennende temaer som kunne vært relevant å ta for seg, slik som gråtens betydning, matens fungering som trøst og en dypere forståelse av Foucaults verker og begreper, men det ligger utenfor avhandlingens område og problemstilling.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og temaets relevans

Min interesse for trøst og dens betydning ble ytterligere forsterket gjennom videre utdanning i samspill og tilknytning og etter å ha fullført første året av masterutdannelsen i forebyggende arbeid med barn og unge og gjennom mitt arbeide i en barneverntjeneste i en årrekke. Mine arbeidsoppgaver i barneverntjenesten dreier seg spesielt om observasjon og veiledning av foreldre til mindreårige barn. Trøst ble derfor interessant for meg å velge som tema for min avhandling. Jeg har blitt mer og mer nysgjerrig på hvordan trøst kommer til syne i samspill mellom barn og foreldre. Jeg ønsker å finne ut om det er forskjell i blikket til helsesøster og barnevernspedagogen, når man skal forstå trøst, derfor er min metodisk tilnærming, å se på to «ytterpunkter» i helsesøsterrollen og barnevernspedagogrollen. Jeg har en antakelse om at helsesøster vil være naturlig opptatt av trøst, for barn som har det vondt etter å ha fått vaksine. Jeg ønsker i avhandlingen av ha en fenomenologisk tilnærming, som innebærer et fokus om hvordan trøst viser seg for meg, så fritt for påvirkning fra min forforståelse og tolkning som mulig. Jeg er opptatt av å la det fenomen jeg undersøke, skal fremtre så selvstendig som mulig.

Mitt barnevernsblikk er kanskje noe annerledes enn helsesøsters og hva skjer når to *systemverdener* møtes. For bedre å kunne forstå dette, tar jeg utgangspunkt i tilknytningsteorien som handler om sensitivitet og trøst. Tilknytningsteorien blir mitt teoretiske perspektiv og vil bli nærmere beskrevet i kapittel 3. Det er viktig å forstå at vi *velger perspektiv* og perspektivvalgene bør synliggjøres hevder Jan Storø i boken *Sosialpedagogisk praksis* fra 2008. Dette valget er ikke tilfeldig, det er styrt av det vi har lært og vurderer som fornuftig.

Det er viktig å presisere at mitt *grunnperspektiv* og forståelse bak avhandlingen har sitt utspring i min barnevernsforståelse. Derfor vil teorivalgene jeg har gjort i arbeidet med avhandlingen gjenspeile min barnevernsforståelse. Jeg fikk erfare at ulike hovedoppdrag, skaper ulik fokus.

Målet med min avhandling er å få forståelse rundt fenomenet trøst og dens betydning for et barns utvikling. Som masterstudent er det derfor viktig for meg, i lys av et fenomenologisk perspektiv, å være bevisst på mulige fordommer, og legge vekt på å tone ned mine forutinntatte oppfatninger av aktørens og deres handlinger.

Balansegangen mellom nøytral og dominerende bruk av denne forforståelsen har jeg til tider opplevd som utfordrende.

Fordi jeg har et teoretisk perspektiv for avhandlingen, vil teorien bli presentert før empirien.

1.1.1 Temaets relevans

Barn vil til en hver tid trenge trøst, derfor er trøst et aktuelt tema. Trøst er ikke kulturelt betinget, men noe alle mennesker trenger. De fleste mennesker trøster intuitivt et lite barn som trenger trøst. Trøst er relevant i forhold til profesjonenes egen veiledningsrolle, især overfor sårbare barn og familier.

Etter å ha bestemt meg for at avhandlingens hovedtema skulle omhandle trøst, var neste spørsmål, hvordan man best kan finne ut, hvordan trøst kommer til syne i samspillet mellom barn og foreldre. Jeg tenkte at observasjon av barn som får vaksine på helsestasjon kunne være en naturlig arena for observasjon, av hvordan mor eller far trøster barnet sitt. Etter konsultasjonen vil jeg intervju helsesøster om hennes opplevelse av foreldrenes evne til trøst og prøve å forstå med et kultur analytisk tverblikk hvilket fokus helsesøster har på trøst og sensitivitet. Trøst er på sin side, konkret atferd som kan observeres og beskrives, og trøst er rettet spesifikt mot å lindre og berolige og fysisk nærvær (Klette, 2007).

1.1.2 Presentasjon av problemstillingen

Innledningsvis viste jeg til en av observasjonene jeg gjorde på helsestasjonen av en mor som etter min barnevernsforståelse ikke trøstet barnet sitt på en sensitiv måte. Jeg opplevde at mor var lite påkoplest barnet og dets smerte etter det hadde fått to vaksiner. Etter konsultasjonen sier helsesøster uoppfordret til meg at hun ikke ble bekymret for dette barnet. Det gjorde at jeg ble forvirret og jeg satt igjen med mange spørsmål. Det førte meg ut på en lang reise hvor jeg ville prøve å forstå hva dette handlet om!

På bakgrunn av denne tematikken har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan forstå trøst i et kulturelt profesjonsperspektiv?

Hva er kultur? Thomas Hylland Eriksen (2010) definerer kultur som «*ferdigheter, oppfatninger og væremåter personer har tilegnet seg som medlem av et samfunn*»

Denne definisjonen bruker jeg gjennom avhandlingen for bedre å forstå profesjonsperspektivet.

Begrepet *profesjonsperspektiv* forstår jeg som når to ulike profesjoner, med to ulike *systemverdener* møtes, om forståelsen av fenomenet trøst. Begrepet systemverden vil bli nærmere beskrevet i kapittel 2. Trøst vil bli gjort rede for i kapittel 3.

For å belyse problemstillingen har jeg valgt å sette opp tre drøftings spørsmål. Selve drøftings spørsmålene kommer av forhold og funn jeg har gjort underveis i arbeidet med avhandlingen. De lyder som følgende:

- Hvorfor er helsesøster så opptatt av barnets fysiske kropp og praktiske gjøremål?
- Hvordan kan man forstå at ulike «sannheter», gir ulik forståelse av barns behov?
- Hvordan kan man forstå at tilknytningsteorien gir ulik mening i ulike kontekst?

1.2 Masteravhandlingens oppbygning

I kapittel 1 gis et innblikk i avhandlingens tematikk, før jeg kommer inn på en kort drøfting av problemstillingen og drøftings spørsmålene. I siste del kapitlet vil det bli gitt en beskrivelse helsestasjonens og barneverntjenestens formelle mandat. De fungerer som aktører i avhandlingen sammen med barn og foreldre.

Med kapittel 2 blir det gitt en presentasjon av teorien med relevans til problemstillingen. Kapitlet startes med å gi et innblikk i vitenskapskapelige perspektiver på barns utvikling. Hva er et perspektiv vil bli beskrevet, sammen med mitt teoretiske perspektiv for avhandlingen. Et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv vil bli fremstilt, som blant annet handler om å forstå meningen bak handlingen, det synliggjøres også hvordan jeg ønsker at begrepet *trøst* skal vise seg for meg. Foucaults begrep *governmentality*, som handler om hvordan politisk makt kommer til syne og forstås, er relevant å ha med i en avhandling som sitter et kritisk fokus på helsesøster rollen. Habermas begreper om

livsverden og *systemverden* vil bli referert til i kapitlet. Avslutningsvis vil det bli gitt en kort beskrivelse av hva som fremmer helse.

I 3 kapittel blir det gjort rede for forskning og teori som er aktuell i forhold til problemstillingen. Trine Klettes doktorgradsavhandling *Tid for trøst* fra 2007 blir fremhevet. Klette viser hvordan trøst gir kraft gjennom opplevelser av håp og tillitt i det å bli tatt hånd om av en annen. Susan Harts er en annen forsker som vil bli presentert i dette kapittel, hennes fokusområde er blant annet utviklingspsykologi.

Tilknytningsteori og kritisk blikk på tilknytningsteorien er en viktig del av kapitlet. Avslutningsvis i kapitlet presenteres foreldreveiledningsprogrammet Circle og Security.

I kapittel 4 kommer jeg inn på tidligere aktuell forskning, gjennom viktige sosiologiske innspill av Cecilie Neuman. Hennes bidrag beskriver helsesøsterfeltet som et under teoretisert felt i samfunnsvitenskapelig forbindelse.

I 5 kapittel, som er metodedel, gis en omfattende gjennomgang av hele prosessen rundt prosjektet. Her ønsker jeg å gi leseren nødvendig innsyn i prosessen, for å sikre at jeg i størst mulig grad ivaretar kravene om transparens og intersubjektivitet. Det vitenskapsteoretiske grunnlag for kvalitativ metode beskrives innledningsvis. Kapitlet startes med refleksjon over følelsesmessige reaksjoner som «forskeren» kan få under observasjon. Begrepet *awareness* handler om å være oppmerksom tilstedeværende, vil bli forklart i kapitlets første del.

Avhandlingens metodekapittel vil gjøre rede for de vitenskapsteoretiske krav og etiske betraktninger. Jeg vil gi et innblikk i observasjonsstudier og metodisk feltarbeid. Grønmos (2016) fem punkter i forbindelse med forberedelser til datainnsamlingen anskueliggjøres, sammen med Kvellos (2010) observasjonspunkter som jeg brukte for å observerer samspill mellom barn og foreldre. Transkribering og uformell intervjuing blir beskrevet. Avslutningsvis gjøres det rede for metodekritikk.

I kapittel 6 forklares bricolagemetoden. Metoden hjalp meg til å ta et skritt tilbake og se det hele i et nytt lys, da jeg på et tidspunkt ikke kom videre med arbeidet. Avslutningsvis i kapitlet beskrives utfordringer og kritisk blikk på egen undersøkelse.

I kapittel 7 presenteres funn i forhold til problemstillingen. Gjennom beskrivelser og bruk av sitater vises det hvordan helsesøster forteller om sine opplevelser knyttet til fenomenet trøst. I kapitlet gis en situasjonsbeskrivelse av mine 6 observasjoner. Etter hver observasjon kommer en analysedel, som jeg velger å benevne med

kulturanalyse, fordi jeg ønsker å forstå to profesjoners syn av samme fenomen (trøst), med hjelp fra Eriksens definisjonen av kultur. Som en del av kulturanalysen har jeg valgt å ha fokus på mine egne følelser. Abrahamsen (2004) skriver at egne følelser kan være en pekepinn på hvordan barnet har det og dermed blir motoverføringsfølelsene regnet som informasjonskilde. På bakgrunn av empiri og teori Kvello (2010) konstruerte jeg nivåer av foreldrenes sensitivitet.

Kapittel 8 er avhandlings drøftingsdel, her besvares tre drøftings spørsmål. Spørsmålene kommer av forhold og funn jeg har gjort underveies i arbeidet med avhandlingen.

I kapittel 9 oppsummeres arbeidet og her trekkes frem sentrale funn i prosjektet.

1.3 Aktørene

Aktørene i avhandling er seks barn i alderen 3 til 15 måneder og deres ene foreldre, to fedre og fire mødre. Videre er aktørene helsesøster med sitt blikk og «forskeren» som observere med sitt barnevernsblikk. Nedenfor vil det formelle mandat til helsestasjonen og til barneverntjenesten bli beskrevet, sammen med deres hovedoppgaver.

1.4 Helsestasjonens formelle mandat og hovedoppgaver

I forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Lovdata, 2018), står det at alle familier med barn i Norge i dag, skal få tilbud om oppfølging av barn ved de ulike helsestasjonene. Helsestasjonen er et lovpålagt, gratis og lett tilgjengelig lavterskeltilbud for alle barn og deres foreldre, uavhengig av sosial tilhørighet. Helsestasjonen er en del av kommunalhelsetjenesten som utøver planmessig helsefremmende og forebyggende helsearbeid mot barn i alderen 0-5 år innenfor temaer som omhandler både psykisk og fysisk helse i tillegg til sosiale forhold. Den helsefremmende og forebyggende arbeid omfatter:

Helseopplysning, veiledning, helseundersøkelse, vaksinasjoner, oppfølging av sped- og småbarn med spesielle behov, oppfølging av foreldre med behov for utvidet støtte (Helsedirektoratet, 2019). Helsestasjonen har en sentral funksjon med å fange opp tidlige signaler på mistriksel og utviklingsavvik. Ved behov skal helsestasjonen sørge for støttetilbud, iverksetting av spesielle tiltak, henvise til behandling, vise og gi nødvendig informasjon om hjelpetiltak fra andre instanser. Helsemyndighetene anbefaler å

prioritere tidlig inngripen innen det psykiske helsevernet for barn. Dette innebærer både å identifisere barna som står i fare for å utvikle psykiske problemer, og å tilrettelegge for egnete tilbud. En sentral oppgave for helsestasjonen er barnevaksinasjoner. Selv om vaksine er frivillig, har norske barn rett til å bli vaksinert og få den beskyttelse vaksinasjonsprogrammet kan gi (Helsedirektoratet, 2019).

1.4.1 Ulike profesjoner

Helsesøstrenes arbeidsoppgaver har barnets fysiske kropp som utgangspunkt og er forankret i både medisinsk, folkehelsevitenskap og i sosialfaglig kunnskap. Spørsmålet i hvilken grad denne kunnskapsbasen fremmer eller hindrer helsesøsters anstrengelser for å imøtekomme kravet om også å se hele barnet, og å oppdage tegn på at noe er galt, utover det rent somatiske, står sentralt. Dette knytter igjen an til hjelpeprofesjonsdilemmaer, om når en skal intervensere eller ikke. Disse dilemmaene gjelder ikke bare for helsesøster, det blir sett i spenningen mellom den medisinske- og den sosialfaglige kunnskapen. Mange problemer i menneskers liv sluses inn i helsevesenet og søkes løst der. Dette er problemer som de medisinske profesjonene ikke er trent i å løse (Neumann, 2009). Veileder for helsepersonell, Q-0925 (Regjeringen, 2003), viser to ting: For det første at helsesøstervirksomheten er tungt forankret i det medisinfaglige feltet, og for det andre at helsesøster også skal beherske deler av det sosialfaglige feltet. Det er altså en forventning om at helsesøster skal beherske kunnskap fra to ulike kunnskapstradisjoner, der det er to ulike måter å forstå kroppen på. I den naturvitenskaplige tradisjonen sees kroppen som en fysisk ting. I den humanistiske tradisjon forstås kroppen som levende. Neumann undrer seg over hvordan helsesøster skal kunne se, oppdage og bidra til å løse problemstillinger de ikke er trent til å løse (Neumann, 2009).

1.5 Barneverntjenestens formelle mandat og arbeidsoppgaver

Barneverntjenestens ansvar og oppgaver er regulert av barnevernloven. Barnevernloven gjelder alle barn som oppholder seg i Norge uavhengig av statsborgerskap og bakgrunn. Hovedoppgaven til barnevernet er 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 (Helsetilsynet 2016). Barnevernlovens vilkår er på enkelte områder svært skjønnsmessig, men

barnevernet har ikke grunnlag for å ta beslutninger eller gjennomføre handlinger uten at dette er forankret i lover. Statistikken viser en kraftig økning i antall bekymringsmeldinger til barneverntjenesten. I 2008 gikk barneverntjenesten gjennom i overkant av 37200 meldinger, mens i 2016 hadde meldinger steget til over 58000. Det tilsvarer en økning på 56 % (bufdir.no/statistikk, 2017). I helsestasjon/skolehelsehelsetjenesten er det kun 5 % som har meldt bekymring til barneverntjenesten. Eksempelvis står skolen for 12 % av bekymringsmeldinger til barneverntjenesten. 17 % av de meldinger som kommer til barneverntjenesten handler om foreldrenes manglende foreldreferdigheter. I slike saker går 8 av 10 meldinger til undersøkelse. Av de meldinger som mottas fra helsestasjonen går 90 % av videre til oppfølgingstiltak når bekymringsmeldingen er ferdig undersøkt. (bufdir.no/statistikk, 2017). Barnevernets arbeid innebærer en blanding av støtte og kontroll. Barnevernet har først og fremst en forebyggingsoppgave. Og skal gi hjelp og støtte slik at foreldrene selv skal kunne klare å ivareta sitt omsorgsansvar. Som en generell forebyggingsoppgave er det nødvendig at barnevernet samarbeider med andre etater og tjenester. I mange tilfeller vil barneverntjenesten jobbe parallelt med andre etater. Dersom frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig for å ivareta barnas behov, har barneverntjenesten ansvar for å fremme sak om bruk av tvang for fylkesnemnda (Bufdir, 2017). Barnevernets mandat har et forebyggende satsningsområde.

1.5.1 Meldeplikt til barnevernet

Flere må melde til barnevernet når barn kan være utsatt for alvorlig omsorgssvikt (Regjeringen, 2018). Nå tydeliggjøres plikten til å melde fra til barneverntjenesten. Barnevernet er avhengig av at noen melder fra ved alvorlig bekymring for et barns omsorgs- eller livssituasjon. Personell som jobber med barn har en lovbestemt plikt til å melde fra til barneverntjenesten ved mistanke om omsorgssvikt. Manglende melding til barneverntjenesten kan få svært alvorlige konsekvenser for barna det gjelder. En del ansatte er usikre på når de skal melde fra til barneverntjenesten. Derfor tydeliggjøres lovverk om opplysningsplikt til barnevernet (Regjeringen, 2018).

Nå har jeg tatt fått for meg innledningen i avhandlingen. I kommende kapittel vil det presenteres teoretiske perspektiver.

2 Teoretiske perspektiver

Dette kapitlet tar for seg aktuell teori. Kapitlet startes med å se på vitenskapelige perspektiver på barns utvikling. Jeg har latt meg blitt inspirert av Dion Sommers bok *Barndomspsykologi* fra 2014, hvor han beskriver hvordan paradigmeskiftet i synet på barnet før og etter 1950. Sommer formulerer det skrøpelige barnet kontra det robuste barnet, sett i lys av et menneskes livsperiode. Hva er et *perspektiv*, vil bli forklart, sammen med fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv, som handler om å forstå meningen bak handlingen, det vises også til hvordan jeg ønsker at begrepet *trøst* skal vise seg for meg. Filosofen Michel Foucaults (1926-84) maktbegrep synliggjøres, som handler om hvordan staten styrer sine borgere. Videre vil begrepet *governmentality* til Foucault, bli beskrevet, som handler om hvordan politisk makt forstås og kommer til syne, begrepet er relevant når man sitter et kritisk fokus på helsesøsterrollen. I arbeidet med avhandlingen har jeg prøvd dyrke frem det bakom liggende ved maktstrukturer, dette vil nærmere bli belyst i kapitlet. Habermas begreper om *livsverden* og *systemverden* vil bli referert til i kapitlet. Avslutningsvis vil det bli gitt en kort beskrivelse av hva som fremmer helse. I avhandlingen ses makt som et uavklart fenomen som alltid er der, og som ikke nødvendigvis skal bort (Neumann, 2002).

2.1 Vitenskapelige perspektiver på barn og deres utvikling

For å forstå trøst kan det være nødvendig å forstå barndommens betydning for utvikling. Samtidig handler det om samfunnets syn på barndom i velferdsstatens lys. Foucaults begrep *governmentality* påvirker subjektive forhold mellom foreldre og barn, derfor ser jeg på trøst i et tilknytningsperspektiv. Jeg ønsker å vise at barndom henger sammen med sosialpolitiske føringer som har konsekvenser for hvordan de ulike profesjoner påvirker deres arbeidsoppgaver. Barnevernspedagogen har tilknytning mellom barn og foreldre som sitt fokusområde. Helsesøster har barnets fysiske kropp og praktiske oppgaver som vaksine som sitt fokusområde.

Sommer (2014) forteller at de siste 30-40 årene har gjort vesentlige oppdagelser innenfor barneforskning. Teoriene har endret seg radikalt, og ny kunnskap har i vesentlig grad endret forskernes syn på barnet og dets utvikling. Disse endringer kan betraktes som et

paradigmeskifte som skiller tiden før og etter 1960-årene. Før paradigmeskiftet var det stor fokus på mor og på det skrøpelige barnet. I 1960 årene mente man at tidlig mangel på morskontakt var en nødvendig betingelse for utviklingen av senere følelsesmessige forstyrrelser. Nå snakker man mer ifølge Sommer (2014) om det robuste barn, han mener det er sjelden meningsfylt å diskutere absolutt sårbarhet eller absolutt robusthet hos barn. Dette ser vi også i Øyvind Kvellos begreper om risiko og beskyttelse faktorer. Problemet med det gamle paradigmet er at det ensidig fokuserer på skrøpelighet. Denne tilnærmingen ble sterkt kritisert i lys av ny forskning i 1970 og er nå forlatt. Ved vurdering av barnas fremtidsutsikter må man ta innover seg hele barnets sosiale verden og erfaringer over tid. Men man må innse at det er grense for barnas fleksibilitet og tilpasningsevne.

Sommer (2014) sier; når man kritisk gransker begrepet det skrøpelige barnet, bør man samtidig styre klar av det motsatte begrepet, det robuste barnet. Det er for eksempel sjelden meningsfylt å diskutere, absolutt sårbarhet eller absolutt robusthet hos barn. I stedet kan utviklingsprosessen være preget av at barnet både er eksponert for miljøpåvirkninger og at det har evne til å kompensere for relativt stressende forhold. Kritikken av skrøpeligheitsparadigmet må derfor ta høyde for at spedbarn, småbarn og eldre barn kan være både sårbare og skrøpelige, og at god kvalitet på omsorgen er nødvendig gjennom hele barndommen ifølge Sommer. Hvilken relativ betydning har barndomsperioden som en del av et menneskers totale levetid? Dette er et komplisert spørsmål som det er vanskelig å svare på, men det ser ut som et levetidsperspektiv er nødvendig. Sett i et slik perspektiv er barndom en av mange perioder i menneskenes liv, med sine mange milepæler. Når et gjennomsnittsmenneske har kommet gjennom barndom og ungdom, har det fortsatt minst 60 år igjen å leve. Sommer mener det er vanskelig å påstå at personligheten blir mer eller mindre ferdig formet og fast i løpet av barndom og ungdom, slik at de fleste årene av et menneskes liv bare består i mindre justeringer. Før paradigmeskiftet mente man at barndomsperioden er avgjørende for et barns utvikling. Boken til Sommer referer til forskning som viser at de tidligere teoriene overvurder denne betydningen. Barndommen er en av mange perioder i livet som kan forklare menneskets utvikling (Sommer, 2014).

2.2 Hva er et perspektiv

Teorier er perspektiver som har ulike blikk eller ulikt perspektiv på fenomener. Storø (2008), sier det er viktig å forstå at vi *velger perspektiv*. Dette valget er ikke tilfeldig. Det er styrt av hva vi har lært og hva vi vurderer som fornuftig. Vi konstruerer på grunnlag av tidligere konstruksjoner. Noen av de perspektivene vi konstruerer er tydelige for oss, andre er ikke så lette å få øye på. Perspektivvalgene bør synliggjøres hevder Storø. Mitt perspektiv for denne avhandlingen er, barnevernsblikket og mitt teoretiske perspektiv er tilknytningsteorien. Storø sier at de ulike teoretikerne hjelper oss til bedre å forstå gjennom sine beskrivelser. Men hvis vi tror de sier oss sannheten så tar vi nok feil. Hver av dem har «bare» et perspektiv å tilby Storø. Et perspektiv er svært nyttig. Det sier til oss: Kom hit å se, det kan kanskje være nyttig for dere også. Ulike perspektiver kan gi ulike måter å forstå, for eksempel trøst på. Det handler om å innta et annet perspektiv, som har betydning for forståelse og forklaring av fenomener. Å innta *et* perspektiv kan innebærer at andre relevante innfallsvinkler ikke blir belyst. Når sosialpedagogen her sett et hjelpebehov hos en klient og gjort en vurdering av hva som skal til for å bøte på problemet, utløses handlingskravet. Handlingskravet utløses av sosialpedagogens kompetanse. Denne er tilegnet gjennom utdanning og erfaring, og den er ment å komme klienten til gode. Dersom den ikke brukes, svikter man klienten (Storø, 2008).

2.2.1 Tilknytning, teoretisk perspektiv for avhandlingen

Sammen med mitt barnevernsblikk som er i følge Storø (2008) et *perspektiv*, velges tilknytningsteorien som mitt teoretisk *perspektiv*. Mange forskere skriver om tilknytning innen tilknytningsteorien, hvor sensitivitet og trøst er viktige foreldreferdigheter. Barnepsykiateren og psykoanalytikeren John Bowlby (1907-1990) var den første som dannet en teori om barnets tilknytning (Hart og Schwarz, 2009). Teorien tar for seg tilknytning mellom barn og foreldre tidlig i barndommen og ser på om den er avgjørende for barnets personlighetsutvikling. Bowlby mente at forstyrrelser i personlighetsutviklingen ofte kom av at barnet tidlig opplevde savn eller tap av omsorg. Sammen med psykologen Mary Ainsworth (1913 - 1999) forsket Bowlby på samspillsmønstre mellom barn og mødre på betydningen av mødrenes tilknytningserfaringer, har på tilknytningsmønstre til barna (Hart og Schwarz, 2009). Ainsworth la grunnlaget for empiriske studier av barns tilknytning ved å lage en

observasjonsstudier der man kan vurderer kvaliteten på barns tilknytning og dermed få et grunnlag for å beskrive individuelle forskjeller. I kapittel 3 vil det bli gitt en gjennomgang av tilknytningsteorien.

2.3 Et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv. Det analytiske blikk

Brinkman & Kvale (2009) forklarer at fenomenologi er en tilnærming innenfor kvalitativ metode, som har fokus på at kunnskap kan oppnås og erkjennes gjennom individets egen erfaringer. Fenomenologien søker å forstå sosiale fenomener ut fra egne opplevelser. Grunnlaget for en slik tilnærming er en forståelse av at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter. Grønmo (2004) sier at i fenomenologien blir det fremhevet som viktig, at forskeren har en bevisst og reflekterende holdning i forhold til egne erfaringer, meninger og opplevelser for ikke å være forutinntatt overfor informantene.

2.3.1 Hermeneutikk, egen forforståelse

Grønmo (2016) referer til Wilhelm Dilthey og Hans-Georg Gadamer som utviklet den filosofiske opprinnelsen til hermeneutikken på 1800 til 1900 tallet. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Hermeneutikken tar, i likhet med fenomenologien, utgangspunkt i å forstå meningen bak handlinger ut fra den handlendes intensjoner, men går videre ved også å inkludere helheten. Det betyr at hermeneutikken er opptatt av informantens erfaringer, meninger, og opplevelser, men ser også disse i en større helhet. I en slik tradisjon er man opptatt av vekselvirkningen mellom delene og helheten de inngår i. Denne vekslingen kalles den hermeneutiske sirkel, og betegner både den vekslingen som foregår mellom forståelsen av enkeltdelen og helheten, og helhetens forståelse av enkeltdelene, som representere vår forståelseshorisont. Hermeneutikken blir på denne måten mer opptatt av forskerens ulike typer forforståelse og forskerens helhetsforståelse enn det fenomenologien gjør (Grønmo s. 393, 2016).

Det er få øye på egen forforståelse og gjøre rede for dens betydning kan være vanskelig, og jeg har antakelig ikke fått øye på alt som kunne være av betydning. Forforståelsen min bærer preg av kunnskap og innsikt jeg har fått gjennom tidligere utdanning og

arbeidserfaring som barnevernspedagog. I tillegg kommer opplevelser og erfaringer knyttet til det å være menneske og i samhandling og relasjon til andre. Alt dette inngår i min forforståelse og vil kunne prege min kommunikasjon, tanke om og utøvelse av forskerrollen. Fangen (2004) sier at ingen går inn i et felt uten kunnskaper på forhånd – som en tabula rasa. I min avhandling dreier mitt feltarbeid seg om observasjon og intervjuing av trøst og derfor er det viktig å være reflekterende rundt egen forforståelse og bevisstgjøring av egen rolle som masterstudent og i forhold til selve temaet trøst. Fokuset mitt har vært, under hele undersøkelsen, men spesielt i observasjons- og intervju situasjonene, å tilstrebe en åpenhet og en oppriktig interesse for observasjonene og svarene som kommer frem, uavhengig av om jeg selv har kunnskap eller erfaring med det aktuelle eller ikke. Selv om jeg har vært bevisst min egen rolle kan jeg ikke helt sikkert vite om jeg har lyktes helt med dette. Uansett vil intensjonen min om å møte informantene med åpent sinn være viktig for fortolkningsprosessen som har startet allerede før observasjonene og intervjuene startet (Fangen, 2004). Vi må innse at det er mange «sannheter», alt etter hvilken teoretisk retning som danner forståelsesgrunnlaget for observasjonen. Derfor er ikke «min sannhet» og «din sannhet» den samme. Hvert menneske har sin indre og ytre virkelighet som utgangspunkt, og det er i relasjon til dette at vår oppfatning av «sannhet» skapes (Abrahamsen, 2004, s. 46).

2.3.2 Forståelseshorisont

Vår forståelse, både faglig og emosjonelt, beveger seg innenfor visse grenser som blir vår horisont, og sier noe om det relative i vår forståelse. Vår forståelseshorisont er aldri helt lukket eller fastlåst, grensen for vår forståelse er flyttbare. I dagligtale setter vi ord på dette ved at vi blant annet snakker om behovet for å utvide vår horisont. Forståelse, ifølge Gadamer (1997), består alltid i en videre utvikling eller forandring av vår horisont. For de fleste vil dette bety at våre horisonter er i en stadig endringsprosess, men likevel innen visse grenser. Paradoksalt nok er det også slik at jo dypere forståelse vi får innen et felt, desto tydeligere blir det for oss hvor begrenset vår horisont egentlig er. Vi forstår mer, men samtidig lærer vi noe om vår egen begrensning (Abrahamsen, 2004). Vår forforståelse av virkeligheten er knyttet til den spesifikke historiske og kulturelle konteksten vi befinner oss i. Det vi oppfatter som virkelighet kan oppfattes annerledes av

andre mennesker. Kunnskap må betraktes som subjektivt, man kan også tenke at helsesøster og barnevernspedagogen har ulike virkeligheter.

2.4 Makt via styringsverktøy

Tema for oppgaven kretser blant annet rundt styring av helsesøsters arbeidsoppgaver. Styring blir til vanlig betraktet som noe som utgår fra staten, det vil si fra en suveren institusjon som krever monopol på maktutøvelsen innenfor et territorium. Jeg nærmer meg styring gjennom Foucaults sitt begrep governmentality (Neumann og Neumann, 2012). Begrepet omhandler hvordan politisk makt kan forstås. Governmentality fungerer indirekte og på avstand gjennom Foucaults definisjon av styring om hvordan vi styrer oss selv, hvordan vi styrer andre, og hvordan andre styrer oss.

2.4.1 Hvem er Foucault?

Michel Foucault (1926-84), var en fransk psykolog og filosof, han ble utnevnt som professor i tankesystemenes historie i Frankrike i 1970. Foucault var i år 2000 den mest siterende tenker innen samfunnsvitenskapen (Olesen & Pedersen 2000, s. 81). Foucaults forfatterskap handler mest om hvordan makt utøves, når den ikke er synlig. Det moderne samfunn har siden den franske revolusjon hyllet menneskets frihet. Foucault spurte seg hvordan et samfunn henger sammen, når individene er frigjorte? Hvordan skapes orden, stabilitet og velferd. Foucault sa i 1970 at mennesket ikke vet hva makt er, de tror det handler om tvang og undertrykkelse i sin utførelse. I følge Foucault har denne form for makt forsvunnet i vår moderne samfunn. Derfor må vi ha nye redskaper til å studere dem med. I stedet for å analysere makten som negativ, skal man fokusere på dens positive egenskaper (Olesen & Pedersen, 2000).

Foucault brukte det panoptiske fengsel som et «bilde» av overvåkning. Fengslet er designet på 1700 tallet som muliggjør at en overvåkede person kan observere alle fanger uten at de er i stand til å vite at de blir overvåket eller ikke. Panoptikken har blitt en metode som skal tjene til humanisering. Man kan utlede av dette at prinsippet at man skal styre så mye som mulig – ikke begrunnet i et totalitært maktstreberi, men i omsorgenes tjeneste, det vil si for befolkningens eget ve og vel. Familien skal åpnes for regulering ned i minste detalj slik som barn og foreldre forholdet, oppdragelsen og

ernæringen. Man kan beskrive helsesøster som et sunnhetspoliti, om styrer med distanse. Det gjelder om å forvalte foreldrenes frihet ansvarlig og frem for alt, ikke ved å ta ansvaret fra foreldrene, som man kjenner fra bildet av den formynderiske velferdsstat. Man kan forestille seg at foreldre og helsesøster inngår i en pakt, hvor helsesøster naturlig påvirker foreldrene til å ta gode valg for barna sine. Disse regulerende tiltak utfolder seg i familien og i institusjoner og i helsesøsterrommet, hvorved de lett blir selvfølgelige og usynlige (Olesen & Pedersen, 2000, s. 92).

2.5 Å tenke med Foucault

Kari Martinsen, Nelli Øvre Sørensen & Christine Øye har skrevet boken *Å tenke med Foucault* fra 2018. Her forklares det hvordan statens kunnskap om dens borgere kan relateres til to akser. En er kvantitativ og rettet mot hele befolkningen og den andre er individuell og rettet mot individet. Med det menes, slik jeg forstår det, at staten indirekte prøver å styre sin befolkning til å ta sunne og gode valg, med vitenskapelig kunnskap som legitimerende begrunnelser. Hensikten er å «modellere» seg selv til bestemte subjekter, som igjen betyr at staten har oppnådd sitt ønske om å forebygge sykdom og smerte i sin befolkning, som igjen er samfunnsøkonomisk. Det handler om at staten får individet til å utvikle bestemte evner i befolkningen, slik at de er i stand til å ta større ansvar for seg selv og sin egen helse (Martinsen et al., 2018, s. 175). Foucault (2001) hevdet at måten institusjonene benytter seg av makt på, fører til at individet innordner seg bestemte strukturer. I barnevernet og på helsestasjonen kan det handle om oppdragelse av barn og hva som er *gode nok foreldre*. Foucault mener at disiplineringprosessen tar utgangspunkt i normkonstruksjon for en akseptabel atferd, som i følge Foucault er hentet fra humanvitenskapen.

Gode nok foreldre er et uttrykk som brukes i faglitteraturen og i den kommunale barneverntjeneste, som hviler på et teoretisk vitenskapssyn med referanse til kritisk realisme. Dette tilsier at begrepet har en innholdsmessig variasjon ut fra hvilket sosialt eller faglig fellesskap vi tilhører (Fauske, Langsrud & Lichtwarck, 2017 s. 2). Her kan man forstå hvorfor helsesøster og barnevernspedagogen tenker og ser ulikt. Foucault (2001) er opptatt av makt som noe relasjonelt og noe som utøves i samhandling mellom mennesker. Normer tilføres til de ulike profesjoner først gjennom utdanning og senere

gjennom regelverket, som styrer vår fagutøvelse som for eksempel barneverpedagoger og helsesøstre. Hvis man tar utgangspunkt i begrepet *trøst*, ser man at det rommer mange fortolkninger, slik som begrepet *gode nok* foreldre gjør. Kan man si at begrepet *trøst* og *gode nok* foreldre ikke eksistere «in natura», det må konstrueres og gis meningsinnhold gjennom språket. Det betyr at begrepet *trøst* og andre begreper kan forstås på flere måter avhengig av hvilket faglig perspektiv man inntar. Det betyr at en helsesøster og en barnevernspedagog kan forstå begrepet *trøst* ulikt, men også innen for samme profesjonalitet kan *trøst* forstås ulikt. Derfor er det lett å tenke i gråsoner mellom hva som er *god nok trøst* og hva som er *gode nok* foreldre. For en foreldre som kommer til helsestasjonen med sitt barn som skal ha to vaksiner kan være utfordrende. I mitt tilfelle måtte de seks foreldrene også forholde seg til meg som observatør, som analyserte dere emosjonelle uttrykk mellom dem og barnet. Derfor må man utvise forsiktighet i sine fortolkninger (Fauske et al., 2017).

2.6 Statens informasjon og oppdragende press

Staten forsøker på den ene siden å utøve et oppdragende press på befolkningen via sine forskjellige forvaltningsorganer, blant annet ved oppdragende informasjon som går via helsestasjonen til foreldrene. På den annen siden forventer/forutsetter staten at informasjonen om helse, for eksempel om mosjon og kosthold, skal påvirke folks handlinger og vaner i betydningen utøvelse av riktig og sunne handlinger. På den måten styres helsesøster av staten indirekte via sine institusjoner, og er i følge Foucault (2001) et ledd i et større normaliseringsprosjekt. Helsesøstemandatet kan oppleves som tilslørende fordi velferdsstaten har et bilde av seg selv som legger vekt på likhet, likeverdighet, stemmer ikke uten videre overens med virkeligheten. Dersom en vurderer helsesøstrene som velferdsstatlig hjelpe- og kontrollprofesjon mot denne forståelsen, er spørsmålet om en ikke støter mot grensen for regjering – indirekte styring – når det gjelder hvordan helsesøstre håndterer psykososialt bestemte avvik (Neumann, 2009).

2.7 Maktbruk

Skau (1996) sier det er en tendens til at maktaspektet blir nedtonet i forholdet mellom hjelper og klient. Velferdsstatens bilde av seg selv, som legger vekt på likhet og

likeverdighet, stemmer ikke uten videre overens med den enkelte hjelpers faktiske handlinger overfor sine klienter. Den kan fungere tilslørende, og dermed gjøre det vanskeligere for klientene både å gjennomskue og å forsvare seg mot utilbørlig maktbruk og krenkelser fra hjelperens side. I møte med brukere har den profesjonelle et stort ansvar for hvordan møtet utarter seg, fordi det er de som har makt til å legge premissene for innhold og formen for møtet. Hva som skal sies, hvor mye som skal sies og hvordan det skal sies, må en forvente at de profesjonelle har et gjennomtenkt og bevisst forhold til. Dermed er et slikt møte både et metodisk spørsmål og et spørsmål om forvaltning av makt. I forvaltningen er det den profesjonelle som har makt og som har ansvar for møtet og for at kommunikasjonen skjer mest mulig symmetrisk (Skau, 1996, s. 218).

2.8 Livsverden og systemverden

Habermas er en tysk filosof født i 1929 som formulerer begrepet *systemverden*. For å forstå systemverden må man først ta utgangspunkt i livsverden. I livsverden foregår den tradisjonelle hverdagslige dialogen mellom mennesker, den som vi finner i norske lokalsamfunn før fremveksten av velferdsstaten. Det var der den frie offentlige samtalen foregikk. Livsverden har blitt påvirket og ødelagt (kolonisert) av det Habermas kaller systemverden. Systemverden er representert med media, den kapitalistiske produksjonsmåten og den demokratiske styringsmodellen. Det som har skjedd er at den private sfæren er blitt svekket og brutt ned av det økonomiske systemet, og den offentlige sfæren er nå dominert av det administrative systemet. Vi har altså fått en profesjonalisering og spesialisering i samfunnet som øker avstanden mellom det bredere lag av befolkningen. Man løser i dag problemer med økonomiske og administrative midler, selv om de løses best gjennom forståelsesorientert handling, slik som i livsverden. Habermas hevder at systemverdenen handler om å produsere varer og serviceytelser, med den hensikt at befolkningen overlever. Det skal være metoder som sikre fordeling av godene og det skal være et system til opprettholdelse av sikringen mot ytre fiender. Systemene virker via styringsmedier som penger og makt. Styringen i samfunnet er blitt kolonisert, dermed mister vi hverdagslivsperspektivet i de kollektive handlinger (Kommunetorget, 2015). Her kan det være passende å referere til Sommer (2014) som mener, dagens foreldre må finne opp rollen sin på nytt, pløye ny mark og stole på egne resurser og kunnskapsbaser for eksempel ved å lese i brosjyre, fått på helsestasjonen om

omsorg og delta i grupper med familier som står overfor de samme utfordringer. Omsorg oppfattes som svært privatisert og individuelt. Den eldre generasjonen involveres oftest bare når det er behov for praktisk hjelp, ikke for å veilede i oppdragelsesspørsmål (Sommer , 2014, s. 182). Slik man gjør i livsverden.

2.9 Hva fremmer helse, et mestringsperspektiv

Antonovsky (1923-1994) var en israelsk-amerikansk professor i medisinsk sosiologi, han var en viktig bidragsyter i feltet om helsefremmende arbeid. Han utviklet den salutogenetiske modellen som fokuserer på de faktorene som skaper en høyere grad av helse. Salutogenese betyr opprinnelse til helse, palotagese handler om hva som kan føre til sykdom. Antonovskys budskap er å fokusere på menneskets ressurser og muligheter og deres evne til å skape god helse fremfor ensidig å fokusere på hva som fører til negative eller dårlig helse (Donovan& Sletteland 2012).

Et eksempel på en salutogenetisk tilnærming finner man i Circle of Security (COS), som er veiledningsprogrammer til foreldre med mindreårige barn, hvor man hjelper foreldre til å analysere og tolke barnets atferd, følelser og behov. Det er metoder som har en innfallsvinkling, til å få tak i foreldrenes ressurser og muligheter. Metoden vil bli nærmere beskrevet i neste kapittel.

I dette kapittel har det blitt presentert teoretiske faktorer om vitenskapelige perspektiver, sammen med Foucaults maktbegrep og hvordan staten styrer sin befolkning. Sist i kapitlet ble det beskrevet hva som fremmer helse. I neste kapittel vises det til sentrale forskere innen trøst og tilknytningsteorien.

3 Hva vet vi om hvilken betydning trøst har for et barns utvikling sett i lys av et tilknytningsperspektiv

I dette kapittel vil jeg presentere aktuell forskning med relevans for min problemstilling. Jeg velger her spesielt å fremstille to sentrale forskers arbeid; Trine Klette og Susan Hart. Jeg gjør dette slik, fordi dette gir mening til det materiale jeg selv har tilgang til gjennom mine observasjoner. Klette har skrevet doktorgradsavhandling *Tid for trøst*. Det er en undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner. Klette oppsummerer med at fysisk trøst er særdeles betydningsfull og avgjørende omsorgsadferd og viktig for utvikling av trygg tilknytning hos barn.

Harts fokusområde er utviklingspsykologi. Hun har blant annet skrevet boken *Den følsomme hjernen* i 2011 som er en innføring av de deler av hjernen som er viktige for samspill og følelsesliv. Videre har hun skrevet boken *Barnet* fra 2015, sammen med Rikke Schwarz, som handler om barnet og det relasjonelle miljø.

Jeg ønsker å gjøre betydningen av sensitivitet og trøst synlig med tilknytningsteori. I kapitlet vil det også bli gitt et kritisk blikk på tilknytningsteorien.

Boken *Trygghetssirkelen* fra 2015 er skrevet av barnepsykologene Cooper, Hoffman, Marvin og Powell er en viktig bidragsyter i dette kapittel. De har utviklet tilknytningsmetoden (COS) som vil bli presentert i kapitlet og spesielt avslutningsvis i kapitlet.

Klettes doktoravhandling fra 2007 *Tid for trøst* vil danne mye av grunnlaget for dette kapitlet som omhandler begrepet trøst, sammen med tilknytningsteori. På bakgrunn av intervjuer med 17 mødre om deres erfaringer med trøst i oppveksten, samt observasjoner av atferden deres ved atskillelser og gjenforening med barna sine, forsøker Klette å klargjøre fenomenet trøst og dens betydning. Fysisk trøst er spesielt viktig for små barn. Trøst er en vesentlig del av den omsorgen som bidrar til barns tilknytningstrygghet. Forutsetningene for å kunne trøste anses i å oppfatte, forstå og føle med den andre. Det vil si å være empatisk sensitiv. Selv om trøst har sammenheng med sensitivitet og empati anses det å være noe annet og mer. Trøstende atferd antas å være lært, særlig gjennom tidlig samspill og ha en tendens til å gjentas over generasjoner (Klette, 2007, s. 64).

Klette (2007, s. 54) viser til (Aries 1980 og Cunningham 1996) at det er lange og sterke tradisjoner for at gråt og behov for trøst hos barn er blitt oversett eller avledet i vår kultur. Historisk sett har det vært liten toleranse for sutring og klengete atferd fra barns side. Spedbarnets gråt ble ofte overhørt til den ga seg. I en periode ble gråt til og med sett på som sunn og utviklende for lungekapasitet hos barnet. På slutning av sekstitallet ble trøst beskrevet som en del av tilknytningen. Bowlby og Ainswort fremhevet trøst og fysisk nærhet mellom mor og barn som en viktig del av utviklingen (Klette, 2007).

En mor som har erfaring med å bli trøstet selv, vil sannsynligvis ha tilgjengelige repertoar av trøstende handlinger som vil komme til uttrykk overfor barnet, ved behov. I tilfeller hvor mor ikke selv har blitt tilstrekkelig trøstet, vil hun sannsynligvis ikke vite hvordan hun skal handle, selv om hun både oppfatter barnets tilstand og føler med det. Det kan føre til tilbaketrekking og passivitet eller aggresjon hos barnet. Et barn som får trøst synes å falle til raskt til ro og begynne å utforske omgivelsene med glede og nysgjerrighet igjen (Klette, 2007, s. 64).

Klette (2007) hevder at noen foreldre har behov for å bli klar over mer passende og omsorgsfulle trøsteteknikker, som de kan lære å bruke overfor små barn. Et slikt eksempel kan være det tilknytningsteoretiske baserte kliniske prosjektet «Circle of Security» arbeides det blant annet med selvrefleksjon for å øke omsorgskapasiteten hos foreldrene. Målet er å få til trygg tilknytning mellom barn og omsorgsperson (Cooper, Hoffman, Marvin & Powell, 2015). Evne til sensitivitet og trøst fremstår ikke som naturgitte uuttømmelige resurser. De synes snarere å måtte fremmes og styrkes i det enkelte mennesket gjennom livet. Evnen til å gi barnet trøst under stress er et viktig uttrykk for foreldres omsorgs kapasitet (Klette, 2007). Alle barn er født med et genetisk betinget anlegg for nærhet og trøst til sine nærmeste omsorgsgivere for å bli beskyttet mot fare.

Begrepet tilknytning springer ut fra John Bowlbys teori om nære tilknytninger til andre personer og er det navet et menneske dreier seg rundt (Cooper et al., 2015).

John Bowlby (1907-1990) var en britisk psykiater som formulerte en teori om barnets tilknytning. Tilknytning er et atferds system som aktiveres når fare truer, og

tilknytningsatferden vises ved at små barn søker nærhet og trøst til en trygg base og hvordan det kan påvirke barnets senere utvikling. Variasjoner i tilknytningsmønstre tilskrives primært omsorgsgiverens ulike omfang av tilgjengelighet og sensitivitet for barnets signaler og behov. For å kunne regnes som tilknytningsperson må personen gi nærhet og emosjonell omsorg, sørge for kontinuitet og konsistens i barnets liv og ha en emosjonell investering i barnet (Smith, 2006).

3.1 Barn knytter seg til dem som finns

Tilknytningsmønstre oppstår gjennom en prosess hvor barnet har minst en omsorgsperson som påtar seg den basale og nødvendige omsorgen og inngår i et et samspill med det. Tilknytningsbåndet dannes gradvis gjennom samspillet, noe som betyr at barnet på et tidlig tidspunkt foretrekker de primære omsorgspersonene, framfor andre. Når tilknytningsrelasjonen er dannet, varer den ved tross en eventuell atskilles. Selv om foreldrene skremmer barnet, vil det som alle andre barn etter seksmåndersalderen utvikle tilknytningsatferd og knytte seg til dem. Årsaken er antakelig at spedbarnet før tremåndersalderen ikke oppfatter om omsorgspersonen er en trygg base eller ei. Barn knytter seg til dem som finnes (Cooper et al., 2015).

Før tremåndersalderen vil barnet altså knytte seg til foreldre, selv om de oppleves skremmende. Et spedbarn søker å inntone seg med sine omsorgspersoner, men er ikke i stand til å vurdere deres avvising eller hengivenhet. Barnet knytter seg til dem som er tilstede for det. Hvis hoved tilknytningspersonen ikke er tilstede, vil barnet gå til en annen tilknytningsperson, og i siste instans til en fremmed. De faktorene som bestemmer hvilken omsorgsperson som er primær, er for eksempel hvor mye tid omsorgspersonen tilbringer med barnet, kvaliteten på omsorgen, omsorgspersonens følelsesmessige investering i barnet. Hvis omsorgspersonen blir borte, kan barnet utvikle følelsesmessige bånd og knytte nye tilknytningsbånd til personer som har vilje og ressurser til å påta seg omsorgen (Cooper et al., 2015).

Gjennom tilknytningserfaringer akkumuleres opplevelser, og det er disse erfaringer som danner de indre forestillingsbilder som etter hvert former en mal eller et mønster for tilpasset atferd. De indre forestillingsbildene er ikke statiske modeller, men kan utvikle seg og forandre seg gjennom en endring av livsvilkår, og de kan reorganiseres og

videreutvikles i forbindelse med ny læring. Ideelt sett vil omsorgspersonen både håndtere spedbarnets uro og formidle en forståelse av årsaken til uroen ved å akseptere barnets følelsesmessige tilstand uten å bli overveldet av dets følelser. Gjentatte interaksjoner med en omsorgsperson som er i stand til å reflektere, romme og lindre uro, styrker barnets evne til å tolerer negative følgetilstander og øker dets tillit til at behovet for ytre støtte til selvregulering vil bli dekket (Cooper et al., 2015).

3.2 Tilknytningsbånd og moderlig atferd

Spedbarnets viktigste utviklingsoppgave er å danne tette samhørighetsbånd til sine omsorgspersoner. Forskere mener at indre forestillingsbilder konstrueres på bakgrunn av gjentatte små samspillmønstre som dannes ut fra den strukturerte opplevelsen av en selv i samspill med en annen. Når vi inngår i samspill med hverandre, forsøker vi å tilpasse oss eller synkronisere oss med hverandres nervesystem (Hart og Schwart, 2009). Romantisk kjærlighet og morskjærlighet blir i høy grad aktivert i de sammen hjerneområdene (Hart, 2011).

Klette sier at evnen til empati er å oppleve samfølelse med barnet og ta dets perspektiv. Sensitivitet og empati anses å virke på hverandre og sammen, både på grunn av individuell utvikling og gjennom samspill med omgivelsene. Selv om trøst har sammenheng med sensitivitet og empati, anses det å være noe annet og mer. Behov for trøst oppstår som regel i kritiske situasjoner. Foreldrenes evne til å trøste barnet vil kunne gi viktig informasjon om deres omsorgskapasitet. Trøstende atferd er observerbar omsorgsatferd, særlig i form av fysisk nærhet, i den hensikt å berolige barnet i situasjoner hvor det har det vanskelig (Klette 2007, s. 65).

(Klette, 2007, s. 66) sier videre at mødres erfaring med trøst i oppveksten, og deres egne evne til å gi eget barn trøst, henger sammen. Evnen til å trøste anses som et viktig egenskap ved moderlig omsorg. Grunnleggende tilknytningsmønster er utviklet og etablert ved 1 års alderen (Klette, 2007). Helt fra fødselen inngår barnet i et tett regulert samspill med omsorgspersonen gjennom utallige samhandlingsforløp. Den gjensidige reguleringen innebærer i midlertidig ikke noen symmetri mellom dem; relasjonen er

asymmetrisk, idet omsorgspersonen i langt de fleste tilfeller gjør den største innsatsen. Gjennom disse samhandlingsforløpene utvikler barnet relasjonsstrategier som blir en slags prototype for måten barnet inngår i fremtidige interaksjoner med andre på.

Allerede i to-tremånedersalderen har barnet utviklet en oppfatning av omsorgspersonens oppmerksomhet, og barnet tar til seg noen av omsorgspersonens manerer gjennom imitasjonshandlinger. Omsorgspersonens følsomhet overfor barnets kommunikasjonssignaler er essensen i trygg tilknytning. Tilknytningsbåndet mellom omsorgspersonen og barnet utvikles når omsorgspersonen er følsom, svarer på barnets utspill og er følelsesmessig tilgjengelig. En mors mest effektive teknikk for å bevare interaksjon er å vise følsomhet overfor barnets ønske om oppmerksomhet. En responsiv mor imiterer og overdriver barnets sosiale handlinger og trekker seg kortvarig vekk mens barnet ser bort. Følelsesmessige inntoning utvikles når barnet er i stand til å forbinde seg med omsorgspersonens indre tilstand og ikke bare med den ytre atferden. Manglende følelsesmessig inntoning etterlater barnet følelsesmessig isolert, og det vil være vanskelig for de senere å regulere seg overfor følelser som ikke er blitt inntonet. Barnet har en evne til å innlede, opprettholde og avslutte interaksjoner med andre mennesker som kommer til uttrykk ved at barnet etablerer øyekontakt, reager positivt på andre menneskers lyder og bevegelser, responderer når det blir holdt, vugget, berørt og trøstet. For at barnet skal kunne tilfredsstillende den biologiske, medfødte driften, er omsorgspersonens kjærlighet til barnet en biologisk nødvendighet (Hart & Schwarz, 2015).

3.2.1 Tilknytning siden tidens morgen

Det finnes flere historier som viser at folk har sett sammenhengen mellom kvaliteten på tidlig tilknytning til omsorgspersoner og påfølgende utvikling – ja til og med overlevelse. På 1200 tallet skrev en munk at barn ikke kunne leve uten klapping, gjester, glade ansiktsuttrykk og innsmigrende stemmer (Cooper et al., 2015).

De første «faglige» analyser av barns atferd er gjort av John Locke på 1700 tallet. Han påsto at gråt er et tegn på svakhet og hjelpeløshet. Barnet skriker får å be om hjelp, skriker når det er sulten, skriker når det er tørst, fryser og så videre. Gråt er også et middel til å herske over omgivelsene, nesten så snart det er født, skriker de for å få sin vilje (Mørch, 2017).

(Cooper et al., 2015) henviser til Deborah Blum sin bok Love at Goon Park fra 2002, til flere studier som viser at hittebarn som fikk god hygiene og omsorg, men som nektet tilknytning til en primær omsorgsperson, døde i faretruende antall.

I 1952 filmet James Robertson i samråd med John Bowlby en toåring som lå på sykehus i ti dager med navlebrokk, som fikk besøk av foreldrene sine en halv time annen hverdag. Filmen visste at barnet gikk fra å være en sprudlende glad unge til å bli motløs. Denne filmen endret visittiden på engelske sykehus (Cooper et al., 2015).

3.3 Kritikk av tilknytningsteorien

De siste 30 årene har tilknytningsteorien utøvd mer innflytelse innen psykoterapi enn noen annen teori og tilnærming har klart. I starten møtte tilknytningsteorien en del kritikk, da den brøt med psykoanalysen. Tilknytningsteoretikeren Bowlby har svart på en del av kritikken i sine tre bind fra 1997, 1998, hvor han knytter empiriske funn opp mot teorien, slik at grunnlaget ble bedre dokumentert. Psykoanalysens forhold til tilknytningsteori er omdiskutert. Lenge har de to fagfelt tatt avstand fra hverandre. Bowlby har kritisert psykoanalysen for å mangle et vitenskapelig fundament. Psykoanalytikere har på sin side kritisert Bowlby for å mangle en klinisk teori (Psykologitidsskriftet, 2008).

Det er vanskelig å si hva som har ført til isfronten mellom tilknytningsteorien og psykoanalysen. Nyere forskning viser at de to teoretiske retninger har mye til felles. Teorier om samspill og tilknytning har sin opprinnelse fra psykologifaget (Fauske et al., 2017). Tilknytning har blitt den mest sentrale målestokken for riktig foreldreatferd. En slik vektlegging medfører et ensidig fokus på barnets tilknytning til foreldrene. Henrum (2016) påpeker hvordan tilknytningsteori fremstilles som den dominerende tenkningen i barnevernets styringsdokumenter.

Melinder (2014) hevder at tilknytning er en type abstraksjon, fordi den vanskelig lar seg observere. Melinder mener at man i beste fall kan observere barnets eventuelle bruk av trygg base. Det forutsetter at man utsetter barnet for en situasjon som gjør at de føler utrygghet. Og på bakgrunn av dette trekkes konklusjoner om tilknytningsmønstre. Den profesjonelle bør i følge Melinder utvise forsiktighet i sine fortolkninger når man skal vurderer samspill mellom barn og foreldre fordi det ikke finnes retningslinjer for

samspillsvurderinger. Fauske (et al., 2017) hevder at når eksempelvis en helsesøster eller en barnevernspedagog skal vurderer hvor grensene går for hva det er som fører til at foreldrene havner på den ene eller den annen siden av vurderingen av samspill, er utydelige.

Barnevernet legger stor vekt på samspill og tilknytning og dens betydning. Forskning viser at både langvarig fattigdom og psykisk helse påvirker foreldrenes evne til å yte omsorg og å tilegne seg nye måter å utøve omsorg på. Det kan derfor sies å være et paradoks at sosioøkonomiske forhold inngår i barnevernets undersøkelse, samtidig som barnevernet som oftest ikke har tiltak som retter seg mot materielle forhold. Forskning viser også at kvaliteten på samspillet mellom foreldre og barn vektlegges mer, enn fokuset på at barn i barnevernet ofte har faglige utfordringer på skolen (Fauske et al., 2017), s. 9).

I 2010 antydte familiepedagog Salvador Minuchin at ved å fokusere så mye på mor-barn båndet, er det viktig å huske «hele» familien er svært viktige for et barns utvikling og opplevelser. Ved å fokusere så mye på tilknytningsteorien er Minuchin redd for at man mister viktigheten av hele familien for et barns utvikling (Psychothereapynetworker, 2011).

En studie av Booth-LaForce og Roismans fra 2014 viste at det ikke er sterke bevis for barnforeldre tilknytningen i barndommen forutsier ikke mye om barns senere utvikling. Å legge så mye vekt på tilknytning hjelper ikke noen. Å fortelle foreldre at i de to første årene av et barns liv er kritisk viktig for et barns fremtidige utvikling, vil sannsynligvis gi mange foreldre grunn til bekymring. Hva om en av foreldrene led av en psykiske lidelser eller at barnet er født for tidlig, eller hvis barnet er alvorlig syk eller behov for spesiell omsorg i de første måneder og årene av livet? Foreldre kan bli unødvendige bekymret om de kan få til en god tilknytning med barnet (The British Psychological society, 2017).

Folk flest er helt fornøyd med variasjon i små barns høyde, vekt og evne til å snakke, men vi vil ikke ha variasjon i tilknytningen. Tryggtilknytning er feilaktig satt opp som referanse for alle små barn. Hvorfor trenger vi å snakke om tilknytning? Fokus må være å utstyre foreldre med evidensbasert informasjon om barns utvikling og hvordan foreldre skal samhandle og leke med barna sine når de vokser opp og utvikler seg. Den voksende

interessen for genetikk og nevrobiologiske mekanismer som danner utvikling, betyr at begreper som robusthet og beskyttelsesfaktorer har overlevd.

Forskning i dette årtusen har lagt merke til det komplekse samspillet mellom våre gener og miljøet når det gjelder å bestemme motstandskraft og sårbarhet.

Jo mer vi lærer om genetiske markører av motstandskraft og sårbarhet, desto mer blir det åpenbart at det å forutsi barns utvikling er utrolig vanskelig. Kanskje dette er grunnen til at motstandskraften ikke har tatt publikums fantasi på samme måte som tilknytning har. Enkle årsaksforhold er attraktive fordi de er lette å forstå. Å forstå at trygg tilknytning fører til vellykket utvikling, mens utrygg tilknytning fører til mislykket utvikling, er ikke utfordrende på noen måte. Å forstå kompleksiteten av utviklingen, er betydelig vanskeligere (The British Psychological society, 2017). Diskusjonen om tilknytningsteori viser at den analytiske «modenheten» stadig vokser og gjør det hele mer nyansert.

3.4 Menneskelig relasjoner og miljøets betydning for stress

Hart (2011) hevder at utvikling av personlighet og sosiale kompetanser finner sted gjennom menneskelige relasjoner; det er med andre ord her det følelsesmessige potensial har mulighet for å vise seg. Den emosjonelle stimulansen viser seg i den mellommenneskelige relasjon som omsorgspersonen danner med barnet. Hart (2011) sier at for verken å stigmatisere foreldre eller barn, er det nødvendig å vurdere konteksten som omgir familien til det utilpassede barnet. Også foreldre er avhengige av miljøet som omgir dem, og er preget av støtten og utfordringene de møter. Stress og sosial støtte henger sammen med kvaliteten på foreldreskapet og hvordan barnet reagerer. Foreldre har en tilbakelagt historie som gjør det nødvendig å vurdere deres tilknytningserfaringer og deres utviklingshistorie. Som har en signifikant forutsigbar betydning for hvordan de makter å inngå i relasjon med barna sine. Utviklingsteori og gener gir en forståelse for den emosjonelle utviklingen slik den utfolder seg i et relasjonelt miljø. Den er forenlig med tilknytningsteorien og gir godt grunnlag for å beskrive hvordan den følelsesmessige utviklingen kan ha et hensiktsmessig forløp, men også komme på avveie, og hvordan dette henger sammen med barnets nære relasjonelle miljø (Hart, 2011). Mennesket er sosialt, derfor er vi også kilde til hverandres stress. Stress skapes ofte gjennom nære relasjoner og har stor innflytelse på hjernes utvikling. Hvis moren er stresset under graviditeten, utløser hun høye nivåer av stresshormoner

som kan påvirke spedbarnets hjerne, blant annet i de følelsesmessige områder (Hart & Schwarz, 2015).

3.5 Trøst gir kraft

Klettes forskning fra 2007 viser at trøst gir kraft, gjennom opplevelsen av håp og tillit i det å bli tatt hånd om av en annen, og slippe å føle seg ensom (Klette, 2007). Trøst er en aktiv handling som utføres i den hensikt å lindre barnets smerte og berolige dets uro. Virkninger av trøst er blant annet aksept, forsoning, ro og tillit. Dette kan observeres som avslapping, åpenhet, kreativ utforskning og glede hos mindre barn. Læring av trøstende atferd starter med at omsorgsgiveren er sensitiv overfor barnets smerte, frykt eller uro, og at omsorgsgiveren er i stand til å reagere empatisk på barnets signaler. Foreldre har behov for å bli klar over mer passende og omsorgsfulle trøsteteknikker, som de kan lære å bruke overfor små barn. Trøst er et særegent atferds system som kan observeres og beskrives (Klette, 2007, s. 60 og 64). Trøst er observerbare handlinger for lindre å berolige barnet i situasjoner hvor det opplever trusler. Trøst er atferd som i særlig grad læres gjennom tidlig samspill med de nærmeste, og denne atferden har en tendens til å gjentas i samspill med egne barn. I den forbindelse regner man med at det vil kunne påvises sammenhenger mellom erfaringer med trøst i barndommen og trøstende atferd overfor eget barn. Klette (2007, s. 62) sier sensitivitet er å kunne se og høre et barns ulike signaler. Trøst gir ro og en følelse av fred, glede og lettelse, gjennom opplevelsen av å bli sett.

Klette (2007, s. 61) viser til Robert Karen (1992) som sier at det er sannsynlig at følelser og skam vil kunne oppstå når søk eller ignorering av barns behov for trøst fra de nærmeste, det vil sannsynligvis medføre at barnet utvikler et syn på egne følelser av uro, frykt og smerte som uviktige og/eller skammelige. Vonde følelser og behov for trøst og støtte i vanskelige situasjoner, vil dermed kunne bli tabu og skambelagt.

3.6 Kjærlighet som praktisk omsorg

Klette (2007, s. 13) referer til Bettelheim i sin doktoravhandling, som på 1950 tallet hevdet: Kjærlighet er ikke nok når det gjelder omsorg for barn. Kjærlighet er nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for god omsorg. Barns store sårbarhet og raske vekst

gir opphav til en rekke sterke og skiftende behov. Dette krever at barnets nærmeste også evner å formidle kjærligheten som praktisk omsorg.

Sommer (2014) hevder at siden omsorg gis uten at man krever noe tilbake, faller omsorg utenfor vanlige sosiale regler om motytelser. Den stiller store krav til uerfarne, unge omsorgspersoner. De må akseptere den unike «omsorgens lov». Det å yte kvalitetsomsorg er en langsiktig forpliktelse til å bære ansvaret for andres velferd.

3.7 Trøst meg

Et spedbarns evne til å bruke omsorgspersonen sin til trøst, blir fremmet av at omsorgspersonen tilkjenner en følelseskontur som ligner barnets og samtidig utviser emosjonell stabilitet. Omsorgspersonen viser barnet samme følelse ved, å speile hans eller hennes følelse med ansiktsuttrykk, med rytme, med stemme - og kroppstempo og med kvaliteten på berøringen. Det kan være vanskelig ikke å gå for langt når man prøver å formidle empatisk forbindelse. Omsorgspersonen må finne ut hvordan han eller hun kan være sammen med barnet i barnets følelsestilstand, samtidig som han eller hun gjør det klart at det er spedbarnet som er fortvilet, og at omsorgspersonen bare er i samklang med barnets opplevelse. Foreldrene må fortsatt være større, sterkere, klokere og gode, når de deler opplevelsen. Det krever at foreldrene regulerer en eventuell egen indre fortvilelse fremkalt av babyens følelser. Når omsorgspersonen aksepterer og setter ord på spedbarnets følelser, blir det mulig å organisere følelsene og samregulerer dem (Cooper et al., 2015).

3.8 Glimtet i øyet

Hart (2011) sier at barnet benytter glimtet i foreldrenes øyne til å fornemme deres oppmerksomhet, tilknytning og kjærlighet. Den gjenspeilingen som barnet ser i foreldrenes øyne og i deres handlinger, gir det en fornemmelse av om det er verdig til å bli elsket. Forelderens stolthet uttrykkes gjennom glimtet i øyene deres samtidig som det smiler. Den gjensidige kontakten i det tidlige omsorgsperson-barn-samspillet går ut på å ha det morsomt, å interesse seg for hverandre og å finne gleden i å være sammen. Hart (2011) hevder at når barnet er seks uker gammelt, får blikket en større betydning. Barnets utvikling går fra gjensidig øyekontakt til å følge en annens blick og se noe nytt i et felles

blikk. Felles oppmerksomhet forbinder to personer med hverandre. Å følge en annens blikk åpner for felles opplevelser, og å se noe nytt, gir mulighet for å samle inn informasjon til læring. Evnen til felles oppmerksomhet er å la to sjeler samle seg om noe bestemt for til slutt å inngå i et felles oppmerksomhetsfokus omkring den ytre realiteten (Hart, 2011). For å oppnå psykologisk nærhet må omsorgspersonen og barnet inntone seg med hverandre. Det betyr at den voksne må ha evne til å svare på barnets følelsesmessige uttrykk. Barn som har vært deltakere i velregulerte samspill, vil internalisere positive forventninger til egne kompetanser. Gjentatte laboratorieforsøk har vist at når barnet ikke har mulighet for å inngå i en stabil, inntonet kontakt med en primær omsorgsperson, vil det trekke seg fra samspillet og enten bli urolig og gi uttrykk for utilpasshet eller søke selvstimulering (Hart & Schwarz, 2015).

3.9 COS, i et tilknytningsperspektiv

I dette avsnitt vil det bli gitt en kort presentasjon av tilknytningsmetoden COS, på norsk trygghetssirkelen. Programmet bygger på forskningsbaserte grunnprinsipper, hvor man hjelper foreldrene til å analysere og tolke barnets atferd, følelser og behov. Målet er å få til trygg tilknytning mellom barn og foreldre (Cooper et., 2015). Metoden er for tiden mye i vinden, det kommer av den nyere hjerneforskning og traumbasert tilnærming. Metodens tiltak er å forebygge omsorgsovertakelse/ bedre omsorgskompetansen, dermed er den relevant for master i forebyggende arbeid, i tillegg til at den har et helsefremmende perspektiv. Kritikken av metoden vil bli diskutert i kapittel 8.

Ovenfor har forskning og teori om trøstens betydning blitt presentert. I nedenstående kapittel vil det bli vist til forskning som tidligere er gjort på helsesøsterrollen.

4 Forskning på helsesøsterrollen

I forrige kapittel utforsket jeg trøst og tilknytningsteorien. I dette kapittel vil jeg vise til Cecilie Neumann som har skrevet boken *Det bekymrede blikket* (2009). Det er en studie av helsesøsters handlingsbetingelser. Neumann stilte seg spørsmålet om hvordan helsesøstre forholder seg i saker hvor de er bekymret for at noe kan være galt i et barns omsorgssituasjon? Og hvordan tenker helsesøster om disse sakene og hva gjør de med de?

4.1 Barn som lider

Neumann (2009) skriver i boken sin at mange profesjonelle ikke ser, fordi det er ubehagelig å ta innover seg at barn lider, og at flere blir satt i kontakt med vonde minner fra egne liv en helst ikke vil kjenne på. I tillegg mener Killen (2004), at kunnskapen om samspill ikke er god nok, og at det som blir observert derfor ikke tas tilstrekkelig alvorlig. Barnevernet er vantmed å jobbe med barn i vanskelige omsorgssituasjoner og de er kanskje best egnet til å sette ord på det vanskelige.

4.2 Behov for kategorier og det sosiologiske blikk

Helsestasjonen har behov for egne kategorier for omsorgssvikt hevder Neumann. Hun sier at helsesøsterblikket er preget av arbeidet med de normale og friske barn, hennes blikk har kroppen som sin kunnskap, som har sitt utspring fra medisinen, som gjør at det kan det bli vanskelig å fange opp omsorgssvikt. Dersom helsestasjonen lagde seg egne kategorier for omsorgssvikt ville de lettere kunne fange opp tegn på at det er noe galt med omsorgen for barnet (Neumann, 2009).

«Det er mange unger som gir meg bekymring men som jeg ikke får gjort noe med. Det er både feigt og vanskelig å følge opp, med det er mange som jeg tenker; men hvordan skal jeg finne ut mer av det?» (Neumann, 2009.s. 115).

Det er åpenbart at helsesøster ser og vurderer. Men hvor går grensen, hvor begynner den alvorlige bekymringen? Hvor kommer tvilen inn?

Mary Douglas (1997) hevder at mennesket har behov for å ordne verden i kategorier for å lettere klarer å orienter seg i verden. Ubehagelige fakta som ikke passer inn, ignorerer vi

eller forvrenger, slik at de ikke forstyrrer de etablerte antagelsene. Neumann (2009) foreslår «rene» kategorier for de «normale» barn og «urene» kategorier for de «unormale» barn. Da kan man tenke seg at det blir lettere for helsesøster å fange opp og validerer avviket, for de barn hun har en viss bekymring for. Neumann viser til ulike teoretikere som har skrevet litteratur om hvorfor det er vanskelig å oppdage barnemishandling, hun omtaler det som det komplekse sosiologiske blikk. Neumann er opptatt av å prøve å forstå hvorfor mange helsesøstre (og andre profesjoner) som jobber med vanskeligstilte familier ikke tør å melde deres bekymring for barn. Neumann mener det handler om hva man ser og hva man gjør med det man ser. Ofte blir bekymringer for barn holdt skjult. Neumann foreslår at helsesøsterprofesjonen importerer kategorier og forståelser som er utviklet av andre profesjoner i forhold til å utvikle et bedre blikk, som er bedre egnet til å skille normal og avvikende barneatferd i helsesøster feltet. Neumann mener at helsesøstrene vil tjene mye på å utvikle egne kategorier som springer ut fra deres egne profesjonelle erfaringer (Neumann, 2009).

En helsesøster sier at det er ganske tabubelagt å kritisere andres måte å oppdra barn på. *«Skitt og møkk er lettere å forholde seg til som indikator og håndfast bevis for bekymring, enn observasjon av triste øyne»* (Neumann, 2009, s. 146).

4.3 Helsesøsters arbeidsoppgaver har barnets fysiske kropp som utgangspunkt

Neumann (2009) beskriver helsesøsters arbeidsoppgaver til å ha barnets fysiske kropp som utgangspunkt, som er forankret både i folkehelsevitenskap, medisinsk - og sosialfaglig kunnskap. Spørsmålet i hvilken grad denne kunnskapsbasen fremmer eller hindre helsesøsters krav om også se hele barnet, og å oppdage tegn på at noe er galt, utover det rent somatiske, står sentralt. Dette knyttet igjen an til hjelpeprofesjonsdilemmaer, som har blitt sett i sammenheng med spenningen mellom det medisinske- og den sosialfaglige kunnskapen.

En helsesøster som Neumann intervjuer sier: *«Hvis jeg skal si noe om helsesøster rollen, så vil jeg si at den er for diffus. Den er altomspennende, ikke putt meg inn i en terapirolle, for det er jeg ikke, jeg er til syende og sist en sykepleier, ikke en terapeut»* (Neumann s. 138, 2009).

Dersom helsesøstre opplever seg ikke som ekspert på feltet samspill, som er et stort tema i psykologien, men hun opplever seg derimot som en som skal kontrollere helse i stort, og hun er kanskje mer usikker, når hun skal vurdere for eksempel kvaliteten på samspillet mellom barn og foresatte, på den måten kan samspill bli en grensefigur (Neumann, 2009).

Neumann (2009) referer til en samtale med en helsesøster som sier at de har mye fokus på sukker. Helsesøsteren mener det handler om at mennesker ikke klarer å forholde seg til mange store problemkomplekser om gangen. En helsesøster sier at de er gode til å støtte mødre hvis barna hadde små, ubetydelige plager, men ikke klarte å forholde seg emosjonelle problemer. I samtaler og intervjuer med helsesøster sier Neumann at det viste seg at flere helsesøster ser tilfeller av det som kategoriseres som omsorgssvikt overfor barn, og at de vet en del om barns mulige lidelser og tegn på slike. Men, de gjør også tilsynelatende svært lite med det de ser. Hvorfor er det slik? En helsesøster antyder en årsak på denne måten:

Det er veldig vanskelig, for hvis vi skal melde barnevernet må det nesten være noe synlig, altså enten at ungen er kjempeskitten, ja, det må være så synlig før de får noe sak på ting, vi kan jo melde det, og så går de (barnevernet) hjem, og så ser de ingenting, det gjør de ikke veldig ofte, og da blir det ikke noen sak (Neumann, 2009, s. 145).

Teorien og forskningen som har blitt presentert i avhandlingen kan fortelle noe om viktighet av sensitivitet og trøst, men ikke hvordan de virker. Til det trenger vi metode (Grue, 2015).

5 Metode

I dette kapitlet er intensjonen å vise hvordan jeg har gått frem i arbeidet med masteravhandlingen, og på den måten forsøke å gjøre undersøkelsen så tilgjengelig og åpen som mulig for andre.

Kapitlet startes med en beskrivelse av vitenskapsteoretisk grunnlag for kvalitativ metode. Begrepet awareness til Neumann & Neumann (2012) handler om å være oppmerksom tilstedeværende, vil bli forklart i kapitlets første del.

Avhandlingens metodekapittel vil gjøre rede for de vitenskapsteoretiske krav og etiske betraktninger. Jeg vil gi et innblikk i observasjonsstudier og metodisk feltarbeid, som ifølge Løkken (2012) blant annet handler om hvordan data skapes gjennom fortolkende prosesser, sammen med Abrahamsen (2004) beskrivelse av observatørens følelser som er viktige å være oppmerksomme på, fordi de er med til å gi dybde og større sensitivitet i forhold til det man ser. Deretter presenteres Grønmos (2016) fem punkter i forbindelse med forberedelser til datainnsamlingen og her presenteres Kvellos (2010) observasjonspunkter som jeg anvendte for å observerer samspill mellom barn og foreldre. Dernest redegjøres det for etterarbeidet som handler om transkribering og det gis en beskrivelse av hva som kjennetegner uformell intervjuing. Avslutningsvis i delen om metodekritikk vises at redelighet i dokumentasjon er særdeles viktig i kvalitative studier. Beskrivelsene av selve observasjonene, intervjuene og analysen blir presentert i kapittel 7.

Hvilken vitenskapstradisjon forskningen har, vil være med på å avgjøre metodevalget.

I humaniora søker forskerne å forstå fenomener i motsetning til forskere i naturvitenskapen som søker å forklare fenomener (Grønmo 2016). Metoder som anvendes innenfor samfunnsvitenskap skal bidra til at forskningen som utføres, enten det er enkeltindivider, grupper eller samfunnet som helhet, skal være av høy faglig høy kvalitet (Grønmo, 2004). Problemstillingen i denne avhandlingen søker å forstå hvordan trøst kommer til syne. Dette er data som er vanskelig å tallfeste ved bruk av kvantitativ metode, derfor er observasjon og intervju valgt som metode. Kvalitativ metode har til hensikt å få fram helhetlige beskrivelser om menneskelige handlinger i en gitt sammenheng (Brinkmann & Kvale, 2009). I mitt kvalitative undersøkelsesopplegg er det

et begrenset antall informanter, og jeg har benyttet en forholdsvis fleksibel struktur, dermed gjør denne metoden det mulig å fordype seg og studerer sider ved livet som er personlig og sensitivt.

5.1 Konkretmetodisk refleksjon og awareness

Neumann og Neumann (2012) hevder at man sjelden ser spor etter konkretmetodisk refleksjon i vitenskapelige arbeider. Slik jeg forstår konkretmetodisk refleksjon handler det om å trekke inn sine følelsesmessige reaksjoner, som man får under observasjonene, i tillegg ved å ha fokus på sin forforståelse. Selv der forskeren sier man skal få det vite det, er det sjeldent vi får vite hvordan. Neumann og Neumann mener dette er en svakhet. Det innebærer at leseren ikke får kunnskap om noen av de sentrale betingelsene kunnskapen er blitt produsert under. Av etiske grunner er det viktig å vite i forhold til redelighet og fordi det kan være interessant for leseren å få et innblikk i hvordan forskeren opplever å være ute i feltet (Neumann og Neumann, 2012).

Awareness er et teoretisk begrep som Neumann og Neumann (2012) bruker i boken *Forskeren i forskningsprosessen*. De oversetter begrepet med oppmerksom tilstedeværelse og mener at forskeren må være bevisst eller oppmerksom på seg selv, på informanten og på hele situasjonen. Det betyr du lytter til de ordene som blir sagt, at du følger med på hvordan de blir sagt, at du følger med på informantens kroppsspråk. I intervjuer med personer som er i en sårbare situasjoner må man være spesielt oppmerksom på kroppsspråk (Neumann og Neumann, 2012, s. 71). For meg er begrepet awareness nytt og spennende. Jeg har valgt å ha fokus på begrepet i min avhandling. Jeg håper at mitt fokus på begrepet har gjort meg mer *oppmerksom tilstedeværende* i møtet med mine informanter. Og ikke minst håper jeg at kunnskapen jeg har tilegnet meg med og ha fokus på begrepet i avhandlingen, kan føre til at jeg blir en bedre sosialarbeider.

5.2 Vitenskapsteoretiske krav

For å ivareta vitenskapelige krav må resultatene kvalitetssikres. Kvalitetssikringen skjer ved at resultatene i forskningen beskrives og drøftes nøye. I kapitlet 7 om Funn vil jeg beskrive observasjonene jeg gjorde og vise til analysene jeg gjorde i forbindelse med funnene. I drøftingsdelen i kapittel 8 vil funne bli drøftet opp mot teori og forskning

som har blitt presentert i avhandlingen. Ved å nøye beskrive og drøfte mine funn, sikre jeg på best mulig måte at kravene til intersubjektivitet, validitet og reliabilitet blir ivaretatt. Det er tre sentrale prinsipper i forskningen. I humanistisk forskning vil forskningsresultatene ikke umiddelbart medføre resultatlikhet ved gjentatte undersøkelser, noe som kan skape problemer for de vitenskapsteoretiske kravene (Vormnæs, 1996).

5.2.1 Intersubjektiv

Intersubjektivitet referer til forskerens krav om å gjøre forskningen gjennomskinnelig. Hensikten med intersubjektivitet er at kompetente forskere skal ha muligheten til å gå i forskerens fotspor, undersøke det sammen og etterprøve forskningsresultatet (Grønmo, 2016). Kravet til intersubjektivitet i min avhandling imøtekommes ved å redegjøre for de ulike trinnene i min undersøkelse, hva som er gjort, hvilke valg jeg har tatt og refleksjoner rundt dette. Forskning er en kollektiv arbeid, siden jeg skriver min avhandling alene, har mine veiledere fungert som mine refleksjonspartnere.

5.2.2 Reliabilitet

I forskningsarbeid vil reliabilitet si at forskningen er pålitelig, troverdig og at det er etterprøvbart av andre kompetente forskere. Reliabiliteten i både kvantitative og kvalitative studier bør vurderes på en kritisk og grundig måte. Vurderingen som blir gjort mellom disse metodene er ganske ulike, fordi i mange kvantitative studier kan reliabilitet testes og beregnes på en presis måte (Grønmo 2016). Mens i kvalitative studier er kriteriene for troverdighet, pålitelighet, nøyaktighet og åpenhet rundt metodebruk viktig. I min avhandling har jeg prøvd å være åpen om mine funn, og jeg har prøvd å være kritisk og ha i tankene hva som kan feiltolkes. Jeg har prøvd å være åpen om hva som er egen tolkning og hatt en bevissthet om, hvilke faktorer som preger min for forståelse; slik som min egen oppvekst, det å selv være mor, min utdanning og yrkeserfaring relatert til tematikken. Ved å ha en bevisst refleksjon knyttet til egen for forståelse, vil at man lettere kan skille ut hva som er sitt eget og hva som er knyttet til fenomenet slik det framstår i egenskap av seg selv (Thagaard, 2009) og (Neumann & Neumann, 2012). En svakhet ved reliabiliteten i min undersøkelse er selve innsamlingen av data. Som uerfaren intervjuer opplevde jeg at jeg var nervøs og jeg hadde et ubehag

ved å være i en setting jeg ikke var godt nok forberedt på. I ettertid ser jeg at dette kunne ha vært unngått, dersom jeg hadde tatt meg tid til et prøve-intervju og jeg kunne ha filmet observasjonene og tatt opp intervjuene med helsesøster på bånd.

5.2.3 Validitet

Validitet handler om hvor egnet metoden er til å undersøke det vi sier den skal undersøke, og om datamaterialet er gyldig i forhold til å belyse oppgavens problemstilling (Brinkmann & Kvale, 2009). Min problemstilling retter seg mot barn og foreldre samspill. Fremgangsmåten er intervju av helsesøster og observasjon på helsestasjonen. For at avhandlingen skal etterkomme kravet om validitet er det av betydning hvordan jeg stiller spørsmålene, hvilke spørsmål jeg stiller, og hvordan jeg følger opp de svarene jeg får. Gode intervjuer og observasjoner krever grundig arbeid med intervjuguide og observasjonspunkter i forkant av selve datainnsamlingen. Arbeidet med guiden og observasjonspunktene hjalp meg til større bevissthet knyttet til om spørsmålene og observasjonspunktene var fornuftige i forhold til problemstillingen. Validitet er også knyttet til tolkning og analyse av datamaterialet. Underveis i avhandlingen var jeg til tider forvirret og jeg opplevde jeg stod fast. Jeg så etter nye innfallsvinkler. Jeg begynte å kontrollere mine funn og jeg ble som (Brinkmann & Kvale, 2009) sier, djevelens advokat overfor mine egne funn. Det ble naturlig for meg å være kritisk til mine funn og spesielt i forhold til informasjonen fra helsesøster, fordi jeg fikk erfare at vi hadde ulike forståelser. Ved at jeg fikk kontrollert mine funn i forhold til om de var pålitelige, sannsynlige og troverdige, mener jeg førte til høyere validitet og reliabilitet i min avhandling.

5.3 Etske betraktninger og forskningsetiske krav

En utfordring jeg hadde i arbeidet med undersøkelse var knyttet opp mot valg av metode. Fordi kvalitative forskningsopplegg legger et stort ansvar på forskerens dømmekraft og vurderingsevne (Grimen, 2004). Å være «forsker» på et mastergradsstudier er preget av usikkerhet og mangel på erfaring. Det er derfor viktig å være bevisst på min manglende erfaring i denne rollen, og at det kan ha påvirket funnene. De forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora er ment å hjelpe forskersamfunnet til å reflektere over sine etiske oppfatninger og

holdninger og bli bevist normkonflikter og styrke evnen til å treffe velbegrunnede valg (Vormnæs, 1996. s. 92). Det er viktige retningslinjer og jeg har vært opptatt av at disse skal danne grunnlag for denne avhandlingen. Etikk handler om rett og galt, godt og ondt, verdifullt og forkastelig, og over hva vi bør og ikke bør gjøre. Yrkesetikken handler om læren om de lover og regler som gjelder for en bestemt yrkesgruppe. Ærlighet, redelighet, grundighet, objektivitet og saklighet er komponenter i etikken (Vormnæs, 1996. s 81).

5.3.1 Observasjon og etiske overveielser

Betegnelsen observasjonsstudier omfatter både deltagende og ikke-deltagende observasjon. I rene observasjonsstudier observerer man andre mennesker uten selv å delta. Forskeren glir naturlig inn i en samhandling og påvirker i de fleste tilfeller sjeldent oppførselen til de observerte, slik en som sitter i et hjørne. Dersom man tar rollen som «kikker», påvirker man ikke samhandlingen, men man vil få mange data og man vil nødvendigvis ikke forstå godt nok hva som foregår. I tillegg bryter en slik forskerrolle med kravet om informert samtykke. Dem man studerer skal med andre ord bli informert om forskningen, og de skal samtykke i at de er med i forskningsprosjektet. En «kikkerrolle» lar seg ikke forene med dette kravet. Etiske overveielser spiller en rolle i alle former for kvalitative studier, det vil si studier der man fokuserer på mening og innhold, mer enn bredde og omfang, som i kvantitative studier (Forskningsetisk komite, 2014). Gjennom direkte observasjon av ulike aktører kan vi få informasjon om hva disse aktørene sier eller gjør, hvordan de fremstår eller opptrer. I mitt tilfelle spurte jeg ledende helsesøster om lov til å bli med på seks konsultasjoner på helsestasjonen for å observerer samspillet mellom foreldre og barn.

5.4 Metodisk feltarbeid

Løkken (2012) sier at observatøren som regel alltid er til stede i den sosiale felten som observeres. Forskeren er både deltaker og tilskuer. Den dobbeltposisjonen ligger i selve betegnelsen - *deltagende observatør*. Ved selve det å plassere seg i felten oppnår forskeren gjerne en form for deltaking. Jeg fikk erfare at jeg var «synlig» selv om jeg ikke deltok, ved at flere av barna tok kontakt med meg og da en en mor smilte til meg. Målet for enhver feltarbeider er å komme bak scenen. Men et forskningstema er ikke belyst

bare ved at forskeren får adgang til interne og fortrolige observasjoner. Det er ikke slik at data ligger ferdige bak scenen og venter på å bli samlet inn, av den dyktige forskningsarbeideren, som har lykket i å komme dit. Bak denne forståelsen ligger tankegangen om at data alltid skapes gjennom en fortolkende prosess. Forskeren ønsker gjennom analysen å tolke hendelser og uttrykk, finne fram til meningsdimensjonen ved dem. I utgangspunktet har forskeren å gjøre med et mulig tolkningsmangfold. Den forståelsen man kommer fram til i første runde, kan vise seg å være feil. Den tolkningen man velger å satse på, må etterprøves. I boken *Levd observasjon* av Løkken fra 2012 skriver hun om at observasjon leves gjennom forskerkroppens fortolkende handlinger idet den gjøres, nedtegnes, analyseres og representeres i en eller annen form. Abrahamsen (2004) beskriver rollen som observatør som å være en «beskjeden gjest», slik beskrivelse kjente jeg meg i, da jeg var å observere på helsestasjonen. Jeg følte meg beskjeden i den forstand at jeg skulle finne balansen mellom nærhet og avstand, som er akseptabel både for meg som observatør, både i forhold barn og foreldre, men også overfor helsesøster. Samtidig med at jeg ønsket å skape et indre rom hvor min emosjonelle læringsprosess kunne finne sted.

5.5 Forberedelser til datainnsamlingen

Grønmo (2016, s. 155) beskriver fem punkter i forhold til forberedelser til datainnsamlingen som lyder som følgende:

1. *Valg av felt*: Jeg valgte helsestasjonen som felt, fordi jeg opplever at konsultasjonsrommet på helsestasjonen er et forholdsvis ukjent sted hvor få har tilgang.
2. *Adgang til feltet*: Fordi mitt felt er på helsestasjonen som er en offentlig instans, kreves en autoritativ tillatelse til å gjennomføre feltarbeidet. Dette fikk jeg fra NSD i første omgang, og i neste omgang fikk jeg autorisasjon fra ledende helsesøster ved den aktuelle helsestasjonen. Endelig førte helsesøster vei til de aktuelle barn og foreldre, ved å få godkjenning fra foreldrene.
3. *Posisjon*: Min posisjon var synlig, jeg satt rett overfor foreldre, barn og helsesøster. Før konsultasjonen startet informerte jeg foreldrene om mitt prosjekt.
4. *Fokus*: Mitt fokus er observasjon av tilknytning mellom barn og foreldre. Jeg var selektiv i den forstand at jeg valgte ut på forhånd, fem av Øyvind Kvello (2010) observasjonspunkter for godt samspill.

5. *Grad av åpenhet*. Deltagende observasjon som helt eller delvis foregår i det skjulte, kan stå i fare for å bryte med de viktige forskningsetiske prinsipper om åpenhet i forskningen (Grønmo, 2016). Derfor besluttet jeg åpenhet om mitt prosjekt, som medførte at foreldrene fikk informasjon om mitt prosjekt.

	1	2	3	4	5
Valg av felt:		Adgang til feltet:	Posisjon:	Fokus:	Grad av åpenhet:
Helsestasjonen		Tillatelse fra NSD, ledende helsesøster	Synlig posisjon. Jeg satt rett overfor foreldre og barn	Observasjon av tilknytning mellom barn og foreldre	Foreldrene fikk informasjon om mitt prosjekt

5.5.1 Fokusområde: Observasjonspunkter for samspill

For å observere på en vitenskapelig måte er man avhengig av på forhånd å vite hva det er man skal observere. Som utgangspunkt brukte jeg fem av Kvellos (2010) punkter for godt samspill, som ble min protokoll. Min intensjon var å skrive ned observasjonene for godt samspill i sin helhet, samtidig med at jeg observerte. Jeg opplevde at punktene begrenset meg. Dette vil bli nærmere beskrevet i delen om metode kritikk og i bricolagekapitlet. Barneverntjenesten jeg jobber i har fått grundig opplæring i Kvellos metode for observasjon av samspill mellom barn og foreldre. Med en slik omfattende opplæring kan jeg derfor ikke utelukke, at jeg er preget i en slik grad at det påvirker mitt syn og innfallsvinkel i avhandlingen. Uansett vil jeg prøve etterleve en nøytral holdning som mulig. Punktene lyder som følgende:

1. *Kroppskontakt*: Kropps- eller hudkontakt er særdeles viktig for spedbarns utvikling. Spedbarn som har mye og god hudkontakt med sine foreldre, har en mer stabil kroppstemperatur, de sover bedre, gråter mindre og utvikler seg raskere. Mye og god hudkontakt mellom foreldre og deres barn en god forutsetninger for at foreldrene er sensitive overfor barnet.
2. *Blikkontakt*: Blikkontakt handler om å oppnå kontakt med andre. Vi gir og mottar mye informasjon om andre via blikket. Blikkontakt utvikles ved stimulering slik at det er

avhengig av trening. Det lille barnet trenger respons for å utvikle blikkontakt med andre.

3. *Verbalt*: Kvello forklar; å være verbal, handler om hva som sies til barnet og om toneleie og styrke i stemmen.

4. *Speiling*: Vi viser at vi forstår barnet ved å speile det. Man speiler både atferd og emosjoner. Speiling er å bekrefte barnet. God speiling baseres ofte på sensitivitet og god kjemi og engasjement.

5. *Affektinntoning*: Handler om å fange opp barnets emosjonelle budskap og om å kommuniser på det emosjonelle i barnets budskap. Affektinntoning er sentral for barnets utvikling av grunnleggende dimensjoner slik som tilknytningsstil, identitet og emosjonsregulering, som er nerven i et samspill og forutsetter selvrefleksjon og sensitivitet og er kjernen i empatisk kommunikasjon (Kvello, 2010).

1	2	3	4	5
Kroppskontakt:	Blikkontakt:	Verbalt:	Speiling:	Affektinntoning:
Særdeles viktig for spedbarns utvikling. Det fører til stabil kroppstemperatur, bedre søvn, gråter mindre, utvikler seg raskere	Oppnå kontakt, gi og motta informasjon. Trenger respons for å utvikle blikkontakt med andre	Hva sies til barnet, og med hvilken hvilken tone og styrke i stemmen	Speile barnets atferd og emosjoner	Nerven i samspill. Fange opp barnets emosjonelle budskap. Kjernen i empatisk kommunikasjon

5.6 Transkribering av feltnotater og intervjuene

I følge Brinkmann og Kvale (2009) vil transkripsjon si at man overfører den muntlige tale til en skriftlige tekst. Jeg transkriberte rett etter observasjonene og intervjuene var ferdige. I følge Brinkmann og Kvale (2009) må man være påpasselig med å ta med nyanser og emosjonell aspekt i samtalen. Jeg har valgt at samspillsobservasjonene er en del av råmaterialet, og vil derfor ikke bli nøyaktig gjengitt i selve avhandlingen. Jeg har valgt å legge ved et feltnotat fra en av observasjonene som vedlegg, i tilfelle leseren er interessert i hvordan dette ser ut. På forhånd hadde jeg bestemt at min dataregistrering

under observasjonene skulle foregå ved hjelp av notater, disse notatene kalles feltnotater. Data kan også registreres i form av lydbåndopptak eller videoopptak. I mitt tilfelle brukte jeg papir og penn. Feltnotatene utgjør studienes data (Grønmo, 2016).

Ved første konsultasjon beskrev jeg utførlig og deskriptivt hva jeg så og hørte. Men jeg skjønnte fort, at hvis jeg skulle få med barnets følelser og opplevelser under konsultasjonen kunne jeg ikke skrive underveis, derfor endret jeg min plan og de neste observasjonene beskrev jeg så fullstendige og uttømmende som mulig rett etter observasjonene. Begrunnelsen for dette er at min følelsesmessige oppmerksomhet og tilgjengelighet ville bli forstyrret om jeg skulle skrive samtidig med at jeg observerte. Det er evnen til å se, høre og reflektere som står i fokus (Abrahamsen, 2004). Å skrive ned de følelsesmessige reaksjonene som fremkommer i deg i forbindelse med observasjonene, sier noe om hvordan samspillet oppleves for barnet. Jeg bemerket også i mine observasjoner, at ting skjer fort, det kan være et blick, en kroppsbevegelse eller et smil som jeg ikke hadde mulighet for å fange opp hvis jeg skulle notere underveis. Abrahamsen (2004) mener at mange er opplært til å være så objektiv som mulig i forbindelse med observasjon. Vi har lært at vår egne følelser og forutinntatte holdninger kan forstyrre det vi observerer og fungere som feilkilde, og dermed gi et galt bilde av det vi observerer. Abrahamsen (2004) sier at en åpen og undrende holdning til egne følelser under observasjonsforløpet har en avgjørende betydning for samspillsobservasjonene. Sinnsstemninger som skapes i relasjonen mellom barnet og foreldrene under observasjonen, erfaringsmessig ofte vil smitte over på observatøren, og føre denne inn i det Raphael-Leff (1990) gjengitt i Abrahamsen (2004) kaller for et følelsesmessig kraftfelt. Følelser og opplevelser som vekkes til live hos observatøren, kan derfor bli en rettesnor når det gjelder å oppfatte og forstå hvordan samspillet oppleves for dem det gjelder i observasjonen, i mitt tilfelle, hvordan det oppleves for barnet. Abrahamsen (2004) beskriver at når observatøren så å si «føler barnets opplevelser på egen kropp» - barnets glede eller skuffelse, barnets alvorlige ansiktsuttrykk eller kroppens motstand – så gir det et gunstig utgangspunkt for å forstå barnets handlinger.

Mine vurderingen og refleksjoner kom siden frem i mine analytiske notater, hvor jeg så etter mønstre og sammenhenger. Refleksjon i ettertid av observasjonene er viktig, det gjøres sammen med andre fagfolk. Siden jeg skriver avhandlingen alene ble mine veiledere mine refleksjonspartnere og de var med til å utvide mitt perspektiv og stiller kritiske spørsmål til mine tolkninger. Jeg håper dermed at mitt observasjonsmateriale ble styrket og at undersøkelsen fremstår mer pålitelig.

5.7 Uformell intervjuing

På forhånd hadde jeg tenkt å intervju helseøster etter hver konsultasjon, og jeg hadde på forhånd sendt henne intervjuguiden. På grunn av helseøsters tette program med mange konsultasjoner hadde hun ikke tid til å svare utdypende på de spørsmål jeg hadde sendt henne. Neste barn satt og ventet sammen med sin mor eller far på venterommet. Derfor endret jeg min strategi litt ufrivillig, til å bli en uformell intervjuing. Grønmo (2016) sier at uformell intervjuing består av samtaler mellom intervjueren og de ulike respondentene. Intervjueren benytter vanligvis en intervjuguide, som gir retningslinjer for gjennomføringen og styringen av samtalene, slik jeg gjorde. Jeg opplevde at flere av mine spørsmål i intervjuguiden «bare» egnet seg til å svare på en gang, noen av de andre spørsmål var mer konkrete i forhold til hver enkelt barn. Tiden vi fikk etter hver konsultasjon til intervjuing bar preg av tidspress og det skjedde lite i samtalene med helseøster, det var som om vi snakket forbi hverandre, hva handlet dette om, tenkte jeg. Jeg følte meg mislykket og forvirret.

5.8 Metodekritikk og kritisk blikk

Selv om uformell intervjuing er mest hensiktsmessig for min undersøkelse sammen med observasjon, har metoden også sine svake sider, slik Thagaard (2004) viser til. De mest utbredte kvalitative metodene baserer seg på et subjekt-subjekt- forhold mellom forsker og informant. Det ligger en sårbarhet i forskningsprosessen, og dermed kan resultatene påvirkes av egenskaper ved både forsker og informant mener Thagaard. Kritiske røster hevder at kvalitative metoder ikke egner seg som grunnlag for vitenskapsbasert kunnskap. Grunnen er at antall informanter er for lavt til å kunne danne grunnlag for generaliseringen av kunnskap etablert på denne måten. Det reises

også kritikk mot kvalitative intervjuer verken er vitenskapelig eller objektive; de avspeiler kun sunn fornuft i tillegg til at de er subjektive (Brinkmann & Kvale, 2009). For å imøtekomme en slik kritikk har jeg prøvd i avhandlingen å være redelig i dokumentasjonen av mine funn. Det viste seg som observasjonene skred fram, at min protokoll låste meg og hindret meg i å fange opp subtile hendelser. Ting skjedde fort og hvis jeg skulle få mest mulig med meg under observasjonene, måtte jeg legge protokollen fra meg og heller skrive ned utførlige notater rett etter observasjonene. Jeg opplevde at protokollen begrenset meg, frem for å hjelpe meg med kategorisere under selve observasjonen. Mitt undersøkelsesopplegg måtte bli mer fleksibelt. Observasjonspunktene gjorde at jeg låste meg for nye oppdagelser. Jeg ønsket å være mer fri og åpen i mine betraktninger, og la derfor notatblokken vekk, noe jeg tror førte til større validitet i avhandlingen. I ettertid ser jeg at bruk av video ville kunne ført til ennå større reliabilitet.

6 Bricolage metoden

Som beskrevet ovenfor var jeg forvirret over ikke å lykkes med intervjuene med helsesøster. Jeg vurderte å dra tilbake til helsestasjonen for å intervjuer helsesøster på nytt. Dessverre fikk jeg ikke tid til dette, da jeg opplevde at jeg hadde vært for ambisiøs i utførelsen av masteravhandlingen, ved både å skulle være deltagende observatør og intervjuer. Derfor begynte jeg å lese i ulike metodebøker hvor jeg fant interessant litteratur, som hjalp meg videre i avhandlingen. Jeg leste om bricolagemetoden i Brinkmann og Kvale (2015). Metoden hjalp med å se det hele i et nytt lys og dermed starte litt på nytt. Metoden handler om å ta et skritt tilbake og kretse litt rundt det stoff jeg allerede hadde undersøkt og stille nye spørsmål til materialet og søke etter nye innfallsvinkler og prøve å se det vante med nye øyne (Brinkmann og Kvale, 2015). Bricolage-tolkeren benyttet en rekke blandede tekniske diskurser og beveger seg fritt mellom forskjellige analytiske teknikker og begreper. For å oppnå større validitet vurderte jeg å dra tilbake til helsestasjon, som jeg beskrev ovenfor for å intervjuer helsesøster en gang til. I stedet kom jeg over boken *Det bekymrede blikk* av Neumann som er en studie av helsesøsters handlingsbetingelser. Bricolagemetoden hjalp meg til å se teorien og empirien fra min undersøkelse litt på avstand og dermed fikk jeg utvidet mitt perspektiv.

Bricolagemetoden hjalp meg til å forstå hvorfor jeg ikke fikk «bygget» bro med mine funn. Ved at jeg fikk en «ny start» oppdaget jeg, at helsesøster og jeg hadde ulik forståelse. Hva handlet det om? Under min fortvilelse fikk jeg også kjennskap til auto etnografisk metode, som innebærer å bruke egne minner og erfaringer fra forskjellige livssituasjoner. Brinkmann og Kvale (2015) sier at etnografisk metode ofte kan ha selvbiografiske intensjoner. Man tar i bruk sine egne livserfaringer. Det betød at jeg fikk mer øye på meg selv, som en aktør. Den etnografiske metoden handler om at man intervjuer seg selv. Den tar for seg hva har jeg opplevd, og hva så og hørte jeg under observasjonene (Fangen s. 240, 2010). For å praktisere auto etnografi i min avhandling skrev jeg først uførlig ned de seks observasjonene med fokus på inntrykk og stemninger. Jeg skrev ned i detalj hva som skjedde i den 20 til 30 minutter lange konsultasjonene. Jeg skrev først en side, dernest presset jeg meg selv til å skrive mer utfyllende. Jeg opplevde at jeg så noe annet jo mer jeg skrev, jeg så det usynlige.

Jeg så virkeligheten på en ny måte og jeg forlot min vante ide om hvordan ting er. Jeg prøvde å gjøre meg fremmed for det mest velkjente. Jeg stoppet opp ved detaljer som jeg vanligvis kunne ha oversett, fordi de kan virke ubetydelige. Fangen (2010) sier at livet består av millioner av slike små detaljer. Eksempelvis kunne jeg ikke slippe tanken om det første barnet jeg observerte, jeg satt med en bekymring som jeg ikke forstod hvorfor helsesøster ikke delte. Så jeg feil, eller så jeg noe annet enn helsesøster?

6.1 Større validitet

Jeg opplevde at den etnografiske skriveprosessen ble en skapningsprosess, ved at jeg fikk nye ideer og tanker og dermed en bedre forståelse. Å sette ord på papiret hjelper oss å føre den indre samtalen videre. Jeg har fått en partner, meg selv, hevder Løkken, (2012). Det er til tider ensomt å skrive en masteravhandling alene, og jeg savnet ved flere anledning en medstudent å samarbeide og drøfte ulike problemstillinger med. Men jeg fikk erfare, at de indre samtaler jeg hadde med meg selv, førte til at jeg fikk en bedre forståelse, som jeg antar har ført til større validitet i avhandlingen. Validitet kan ifølge Brinkmann og Kvale (2009) være problematisk fordi det finnes ingen sann objektiv transkribering. Derfor prøvde jeg å være ekstra nøye med å fremstille fakta.

6.2 Analyse

Innhold i mine observasjoner skulle nå gjennomgå systematisk med sikte på å finne relevant informasjon om de forholdene jeg har studert. Hensikten er å avdekke det som ligger bak, ved hjelp av analyse, for så å kategorisere det som er relevant for problemstillingen. Prosessen med analyse startet med utarbeiding av protokoll. Protokollen tar utgangspunkt i en tematisert tilnærming og delt inn i hovedtemaer, som er presentert i Kvellos (2010) punkter for godt samspill kapittel 5. Siden inndelte jeg punktene i forhold til foreldrenes evne til sensitivitet. Etter hvert som flere av observasjonene ble analysert og tolket ble de bedre belyst og jeg fikk en økt forståelse av hvilke deler av observasjonene som er relevante for analysen. Brinkmann og Kvale (2009) sier at et viktig kjennetegn ved kvalitativ analyse er at forskeren er det fremste redskapet. Kvaliteten på analyseprosessen avhenger av forskerens personlig egenskaper i form av å lytte, å stille spørsmål og ikke minst

forskerens evne til å kategoriser og tolke. Fordi forskeren er det fremste redskapet, fikk jeg oppleve at det krevdes ekstra mye av meg fordi jeg er student i en læringsprosess. Analysering av forskningsarbeidet kan utføres på ulike måter. Det handler om å organisere dataene man har samlet inn, og i stor grad, om å lete etter særtrekk og sentrale fellestrekk, ved det man ser under observasjonene og ved det som blir fortalt. En sentral del ved analysen rettes inn mot en intensiv dybdeorientering, der hovedvekten legges på å forstå meningsinnholdet. Jeg valgte en analyseform som tolker underveis fordi den vil stå på tryggere grunn (Brinkmann & Kvale, 2009).

6.3 Sentrale funn relatert til problemstillingen og kategorisering

Etter at jeg var ferdig med observasjonene og intervjuene begynte det å danne seg et bilde av hovedinntrykk. Jeg ble nå sittende igjen med en oversikt over «svar» (rådata) fra alle observasjonene og intervjuene. Dermed kunne jeg begynne å analysere, det korresponderer med det Dalen (2011) omtaler som ulike nivåer i kodingsprosessen. I denne prosessen prøvde jeg å stoppe og spørre meg selv; hvordan kan dette forstås?

Jeg opplevde at det var forskjellige måter foreldre trøster barnet sitt på, noen foreldre var mer sensitive enn andre. Jeg opplevde også at flere foreldre brukte avledningsmetoder som mat og smokk, når barnet var lei seg eller hadde det vondt og var i behov for trøst. Mor til første observasjon brukte flaske som trøst. Mor til sjette observasjon ville amme barnet samtidig med at det fikk vaksinen. Helsesøster forklar at mange foreldre bruker mat som trøst og avledning. Jeg tenkte; hvorfor ikke la barnet for lov å bli ferdig med følelsene sine, og jeg tenkte hvor bli følelsen av, hvis den ikke får lov å bli ferdig, gjemmer den seg i kroppen, hvordan kommer den eventuelt senere til uttrykk. Liker mamma eller pappa meg ikke når jeg gråter. Jeg satt igjen med mange spørsmål, og jeg var til tider forvirret og berørt. Jeg håpet at mine spørsmål og forvirring ville bli belyst og fremstå som klarer gjennom arbeidet med analysedelen? Mitt innhold i datainnsamlingen ble vurdert og fortolket med referanse til problemstillingen. Dette danner grunnlag for å identifisere fellestrekk mellom de ulike observasjoner og gruppere disse sammen i kategorisering. Analysen består av å knytte sammen de ulike deler av observasjonene til disse kategoriseringene (Brinkmann &

Kvale, 2009). Etter hvert slo jeg flere av de opprinnelige kategoriene sammen til mer generelle kategorier. Jeg endte med å kode mine observasjoner opp mot foreldrenes evne til sensitivitet og inndelte den i tre nivåer *lite sensitiv*, *middels sensitiv*, *høy sensitiv*.

6.4 Snevret perspektiv

Grønmo (2016) hevder at et problem ved kvalitativ innholdsanalyse er at forskerens perspektiv kan påvirke utvelgelsen og tolkningen av tekstene. Et snevert perspektiv kan føre til at utvalget av tekster blir skjevt, og at tolkningen av innholdet blir ensidig. Tekster som er relevante og fruktbare for problemstillingen, kan bli oversett eller utelatt fordi innholdet ikke passer inn i forskerens perspektiv. Slike problemer kan motvirkes ved at tekstenes relevans og fruktbarhet vurderes ut fra ulike perspektiver. Og ved at forskeren ikke bare konsentrere seg om tekster som er typiske for etablerte kategorier, men også legger vekt på å finne tekster som avviker fra disse kategoriene. Et annet typisk problem under datainnsamlingen er at forskerens kildekritiske forståelse er for begrenset, og at tolkningen av tekstene kan bli påvirket av dette (Grønmo, 2016). Jeg har prøvd å unngå et for snevret perspektiv, ved å finne teoriperspektiver som stiller seg undrende og kritiske til de teoretiske innfallsvinkler jeg først hadde uttenkt i arbeidet med avhandlingen. Eksempler på slike teorier jeg har valgt, er kritisk syn på tilknytningsteorien som er presentert i kapittel 3. Et annet eksempel er Sommers (2014) illustrasjon av det robuste barnet kontra det skrøpelige barnet som er beskrevet i kapittel 2.

6.5 utfordringer og kritisk blick på egen undersøkelse

Jeg opplevde ved flere anledninger under observasjonene at det var vanskelig å opprettholde rollen som «beskjeden gjest» (den fremmede), da tre av barna inviterte meg inn i leken. Det var fristende for meg å inngå i leken, jeg fikk et ønske om å handle, jeg ble dradd mot å leke med barnet. Slik handling blir uforenlig med den observatørrollen som «beskjeden gjest». Jeg hadde bestemt meg på forhånd for at jeg ikke ville avvise noe barn som forsøkte å få kontakt med meg, men jeg ville ikke invitere til kontakt. Jeg fant i mine observasjoner at alle seks foreldre trøstet barnet sitt etter

vaksinen, men at trøsten var av ulik kvalitet. Reliabilitet i intervjuene og under observasjonene ser jeg i ettertid at jeg kunne ha løst på en bedre måte, ved at jeg hadde opptatt intervjuene på bånd og filmet observasjonene. Det ville gitt en mulighet til å kontrollere mine observasjoner på en bedre måte. Det finnes mange ulike måter å gjennomføre kvalitativ analyse på. Det handler i midlertidig i stor grad om å lete etter særtrekk og sentrale fellestrekk, ved det man ser under observasjonene og ved det som blir fortalt. Her er det viktig å være tro mot materialet.

I kapittel 5 og 6 har jeg vist hvordan jeg har gått frem i arbeidet med metodedelen, og på den måten forsøkt å gjøre forskningsprosessen så tilgjengelig og åpen som mulig. I neste kapittel vil jeg presentere funn som har fremkommet av studien.

7 Presentasjon av funn

I dette kapittel ønsker jeg å belyse noen funn i forhold til problemstillingen. Jeg vil gjennom beskrivelser og bruk av sitater, vise hvordan helsesøster forteller om sine opplevelser knyttet til fenomenet trøst. Brinkmann og Kvale (2015) sier det handler om å organisere data som er samlet inn og lete etter fellestrekk og særtrekk og se etter variasjoner i trøst. Jeg har valgt å ha en åpen holdning til interaksjon mellom barn og foreldre på helsestasjonen. Gjennom et kulturelt analytisk perspektiv, ønsker jeg å se på fenomenet trøst i to livsverdener, som betyr å forstå et problem eller et fenomen og tolke hendelser og uttrykk, for å prøve å finne en meningsdimensjon ved dem (Grue, 2015). Jeg fant i mine observasjoner fellestrekk på at alle de seks foreldre trøstet barnet sitt etter vaksine. Særtrekkene handler om kvaliteten på foreldrenes evne til trøst sett i forhold til sensitivitet. I etterkant av observasjonene hadde jeg en konkretmetodisk refleksjonsrunde Neuman og Neumann (2012) med meg selv, som handler om å gjengi mine egne følelsesmessige reaksjoner som jeg fikk under observasjonene. Sammen med fokus på begrepet awareness som Neuman og Neumann, forklarer med oppmerksom tilstedeværelse slik jeg beskrev i metodekapitlet. Ved å gjengi sine egne personlige følelsesmessige reaksjoner man får under observasjonene gir i følge Abrahamsen (2004) en pekepinn på hvordan barnet har det og dermed blir motoverføringsfølelsene regnet som informasjonskilde. Men det forutsetter at forskeren eller terapeuten, i mitt tilfelle meg selv som «forsker» har en bevisst holdning til mine egne følelsesreaksjoner.

7.1 Helsesøsters fremgangsmåte for de seks observasjoner

Mine seks observasjoner foregår over tre dager. Første dag på helsestasjon starter med en samtale med helsesøster, hvor jeg kort repeterer min rolle som ikke deltagende observatør. Vi gjennomgår hva helsesøster skal informere foreldrene om, når hun forespør om samtykke til at jeg kan være med på konsultasjonen. Før konsultasjonene starter, rydder helsesøster kontoret fra forrige konsultasjon, dernest finner hun frem aldersadekvate leker i forhold barnets som venter. Helsesøster finner det aktuelle barnet frem i journalen og leser fra forrige konsultasjon, om det er noe hun skal være ekstra oppmerksom på. Vi blir enige om at jeg sitter på pauserommet mens helsesøster henvender seg til den aktuelle foreldre som venter på venterommet. Helsesøster

informere forelderen om mitt prosjekt, og hun spør om tillatelse og samtykke til at jeg kan være med som observatør. Helsesøster har på forhånd tenkt ut de seks aktuelle foreldre som hun mener vil være positive til å delta i prosjektet. Pauserommet er rett over kontoret til helsesøster, så jeg ser når barn og foreldre kommer til kontoret sammen helsesøster. Jeg ser at helsesøster er smilende og imøtekommende, mens hun peker på stolen hvor forelderen skal sitte. Helsesøster henvender seg til meg på pauserommet og sier at forelderen har samtykket til at jeg kan være med på konsultasjonen. Jeg går inn på kontoret og hilser på foreldre og barn. Jeg informere kort om min rolle og forteller, at jeg vil sitte på stolen som står over for forelderens stol, og at jeg *ikke* vil stille spørsmål, men noterte på min skriveblokk underveis. Dette var fremgangsmåten helsesøster og jeg brukte i forhold til alle de seks observasjonene.

De seks barn jeg observerer er i alderen 3 til 15 måneder. Barna har undertrøye og bleie på når de kommer inn på konsultasjonsrommet, dette fordi de har blitt veiet og målt av sekretæren på venterommet. Helsesøster starter alle de seks konsultasjoner med å spørre om det er noe nytt siden sist og om det er noe som hun burde vite om. Hun spør om barnet er frisk og om det nylig har hatt feber. Ved alle de seks observasjoner informerer helsesøster foreldrene om, at i dag skal hun undersøke barnets motoriske fungering på matten på gulvet, som helsesøster på forhånd har funnet frem. Helsesøster informerer om at barnet skal ha to vaksiner, et i hvert lår. Hun starter alle de seks konsultasjoner med først å vaksinere barnet, dette fordi helsesøster må observere barnet i 20 minutter etter vaksinen er gitt i tilfelle barnet får en allergisk reaksjon. Helsesøster må nøye tilse og kontrollere at det er riktige vaksiner hun gir barnet, hun må notere nummeret som står på vaksinen i journalen. Dette tar tid, hver konsultasjon har en varighet på cirka 20 til 30 minutter. Helsesøster informerer om vaksines funksjon og forbereder forelderen på at barnet muligens kan få feber og influensalignende symptomer. Ved behov kan barnet få en paraset sier helsesøster. Helsesøster forbereder ingen av de seks barn på stikkene som skal komme. Jeg tenkte med min barnevernsforståelse, at i en slik setting ville det være naturlig og snakke med forelderen om barnets behov for trøst, noe som ikke ble gjort. Og det vil være naturlig å fortelle barnet om hva som skulle skje, og si noe om, samtidig med at hun ser på barnet, at det

er vondt å få vaksine. På den måten kunne helsesøster indirekte og naturlig oppfordret foreldrene til å trøste barnet.

Felles for de seks observasjonene er at helsesøster må fører inn høyde og lengde i barnets journal, hun informerer forelderen om hvor barnet ligger på kurven. Alle de seks barn fulgte sin egen kurve, slik at helsesøster ikke trengte å ha dypere samtale rundt dette tema med foreldrene. Hun gir foreldrene informasjon om at alt var normalt i forhold til vekt og høyde. Når konsultasjonen er ferdig takker helsesøster foreldrene og barnet for i dag og helsesøster ber foreldrene om å sette opp en ny time med sekretæren. Jeg takker foreldre og barn fordi jeg fikk være med på konsultasjonen og ønsker dem lykke til videre. Etter hver konsultasjon noterer helsesøster i barnets journal hva hun har sett og hørt. Jeg etterspurte ikke nærmere om innholdet i journalen, noe jeg ser i etterkant jeg kunne ha gjort, fordi det kunne være interessant og fått innblikk i hva helsesøster skriver i forhold til det hun har sett og vurdert. Når helsesøster er ferdig med å skrive i journal, var min plan at jeg skulle intervjuer helsesøster om den konkrete konsultasjonen i forhold til hennes fokus på trøst og foreldrenes sensitivitet. Intervjuet bar preg av å være en samtale, og ikke et intervju, slik jeg skrev i metodekapitlet, fordi det bar preg av tidspress, da neste barn satt og ventet sammen med mor eller far på venterommet. Og fordi jeg hadde en undring over helsesøster og jeg hadde ulike oppfattelser av situasjonen. Dette gjorde meg forvirret og jeg følte meg mislykket, over at jeg ikke behersket situasjonen.

7.2 Sensitivitet som forståelse av trøst

I kapitlet beskrives hvordan jeg har, på bakgrunn av teori (Kvello 2010), som førte meg videre, sammen med de seks observasjonsdata, slik at jeg fikk konstruert tre nivåer av sensitivitet, som jeg mener er dekkende for mine observasjoner. De lyder som følger: *Lav sensitivitet. Middels sensitivitet. Høy sensitivitet.*

(Meins 2002 og Meins 2003, gjengitt i, Kvello, 2010, s. 61). Beskriver sensitivitet på følgende måte:

Sensitivitet beskrives ofte som en aksept av barnets behov som å vise mange positive emosjoner og affekter, og støtte barnets oppmerksomhetsfokus og

samtale, gi bekreftelser og positiv imitering av barnets atferd. Sensitivitet kan måles ved å se foreldres ferdigheter i å oppdage og forstå nyansert og korrekt barnets signaler samt å responderer på dem på en inntonet og velregulert måte. Varme er uttrykk av positive emosjoner og affekter overfor barnet – både verbalt og ikke-verbalt. Varme er klemmer, kyssing, uttrykk for positive affekter og ros. Glede måles via mengden og kvaliteten på smil latter, engasjement i lek samt entusiasme. Sensitivitet kan måles ved å se på foreldres ferdigheter i å oppdage og forstå nyansert og korrekt barnets signaler samt å respondere på dem på en inntonet og velregulert måte.

7.2.1 Lav sensitivitet

I denne kategorien fant jeg to eksempler som kjennetegner foreldre lav sensitivitetene.

Observasjon 1

Situasjonsbeskrivelse. Gutt på 12 måneder, kommer sammen med mor.

Barnet sitter på mors arm når de kommer inn i konsultasjonsrommet. Mor og barn setter seg på stolen som helsesøster peker på. Barnet sitter under store deler av konsultasjon passivt i mors fang. Han er ved to anledninger opptatt av et bilde på veggen. Han peker på bildet og beveger kroppen. Mor reagerer ikke på barnets initiativ. Når barnet skal ha vaksinene ligger barnet i mors fang med en avstand på 20 til 30 centimeter mellom dem.



(Brodén, 1989, s. 197)

Etter at barnet har fått vaksinene gråter det hjerteskjærende høyløtt, mor stryker barnet et kort øyeblikk over ryggen, samtidig med at hun kort snakker til barnet med rolig stemme. Mens barnet fortsatt gråter høyløtt prøver mor å gi barnet flaske, barnet fortsetter med å gråte, han får melken feil i halsen og han hoster, mor fortsetter å gi ham flasken, han viser tydelig at han ikke er klar til flaske nå, ved at han vrir på hodet og gråter hjerteskjærende høyløtt, mens tårene triller ned av kinnene hans, prøver mor igjen, uten at barnet stopper å gråte. Tilslutt forstår mor at han ikke vil ha flasken og hun avleder barnet med en leke i stedet og barnet slutter etter hvert å gråte. Helsesøster var passiv til barnets reaksjon og hun veiledet ikke mor i forhold til hvordan hun kunne trøste barnet.

Når barnet har sluttet å gråte og roet seg, spør helsesøster mor hva barnet spiser, mor forteller at han spiser grøt og brødskiver, han er ikke så glad i middag, sier mamma. Helsesøster oppfordrer mor til å la barnet begynne å spise litt selv og drikke av koppen, mor sier at han gjør det. Helsesøster forteller det er viktig at barnet får A og D vitaminer, og beste måten å få det på er ved å gi barnet tran. Helsesøster finner frem tannbørste, som barnet skal få med hjem, hun informer mor om at det er viktig å få gode rutiner på tannpussen og at barnet må pusse tenner med fluortannkrem morgen og kveld. Barnet viser interesse for tannbørsten, ved at han ser på den og rekker hånden ut etter tannbørsten. Helsesøster gir ham tannbørsten, samtidig med at hun smilende sier til barnet: «*Den skal du få med hjem*». Barnet «lyser» litt opp.

Helsesøster ber mor om å sette barnet på gulvet på matten, som er en del av kontrollen, hvor helsesøster tester barnets motorikk, hun spør om barnet har begynt å gå med støtte, mor svarer at han ikke er så interessert i dette ennå, han liker best å krabbe. Jeg får forståelsen av at alt er bra med barnets motoriske fungering. Helsesøster gir ikke uttrykk for noen bekymringer. Under konsultasjonen viser barnet ingen interesse for meg.

Etter at mor og barn forlot konsultasjonens rommet sier helsesøster til meg uoppfordret; *Mor trøstet barnet sitt gjennomsnittlig, og helsesøster sier videre: Jeg er ikke bekymret for denne familien.*

Kulturanalyse

Jeg undret meg over hvorfor helsesøster uoppfordret sa dette til meg, at hun ikke er bekymret for denne familien? Jeg opplevde at moren til dette barnet var lite følelsesmessig inntonet overfor barnets smerte og ubehag, etter å ha fått to vaksinasjoner. Mor forberedte ikke barnet på stikkene som skulle komme, noe helsesøster heller ikke gjorde. Mor synes å vise lite sensitivitet overfor barnets behov for trøst, det kom til syne ved at mor ble ved med å gi barnet flaske, mens han fortsatt gråt hjerteskjærende. Han fikk melken i feil halsen og han hostet. Han visste tydelig at han ikke var klar for flaske nå, ved at han vred på hodet og gråt høyløst, mens tårene trillet ned på kinnen hans. Tilslutt forstår mor, at han ikke vil ta flasken og hun avleder med en leke i stedet, og barnet slutter etterhvert å gråte. Jeg opplevde at mors manglende følelsesmessige inntoning etterlater barnet følelsesmessig isolert, og det vil være vanskelig for de senere å regulere seg overfor følelser som ikke har blitt inntonet, hevder Hart og Schwarz (2015).

Helsesøster var passiv og grep ikke inn eller veiledet mor da barnet tydelig viste at han ikke var klar for flaske, men trengte trøst. Jeg satt i min passive observatørrolle og ble preget av barnets situasjon. Jeg fikk lyst til å gripe inn og oppfordrer mor til å sette flasken vekk og heller legge barnet tett inntil henne og be henne om å trøste ham. Jeg så ikke under denne konsultasjonen at helsesøster hadde konkret fokus på sensitivitet og samspill mellom barn og mor, hun veiledet ikke mor i forhold til betydningen av trøst, som Klette viser til. Slik jeg ser det, står dette barnet i fare for skjevutvikling, fordi mor viste lite sensitivitet overfor barnets behov for trøst. I følge min oppfatning burde mor tilbys hjelpetiltak eksempelvis COS-veiledning. Jeg var følelsesmessig berørt og trist etter konsultasjonen, hvor jeg opplevde en gutt som ikke ble sett og trøstet godt nok. Dette barnet bekymret meg. Jeg opplevde ikke mor til å ha onde hensikter, heller som en usikker og lite sensitiv mor. Dette barnet viste liten interesse for meg, men det betød ikke, at jeg ikke hadde noen følelsesmessige reaksjoner inne i meg overfor dette barnet, tvert imot. Under observasjonen satt jeg med en følelse av at det er noe med denne moren, det var som hun ikke skjønnte hva hun skulle gjøre. For meg var det tydelig at barnet trengte den kraften trøsten kunne gi, i form av lindring av smerte og beroligelse slik Klette (2007) beskriver det.

Hart (2011) sier, når barn ikke har mulighet for å inngå i en stabil, inntonet kontakt med en primær omsorgsperson, i dette tilfelle med mor, vil det trekke seg fra samspillet og enten bli urolig og gi uttrykk for utilpasshet eller søke selvstimulering. Hart (2011) hevder videre at den emosjonelle stimulansen utfolder seg i den mellommenneskelige relasjonen som omsorgspersonen danner med barnet. Mye tyder på at mulighetsvinduet for grunnleggende emosjonelle strukturer, utvikles frem til barnet er rundt 1-1.5 år gammel. Det aktuelle barn i min observasjon var allerede 1. år, det betyr at det haster å iverksette tiltak, ellers vil barnet stå i fare for skjevutvikling.

Klette (2007) mener at evnen til å gi barnet trøst under stress er et viktig uttrykk for foreldrenes omsorgskapasitet. Å elske sitt barn er ikke tilstrekkelig forutsetning for god omsorg, det krever at barnets nærmeste også evner å formidle kjærlighet som praktisk omsorg, slik som trøst.

Observasjon 2

Situasjonsbeskrivelse. Jente på 13 måneder, kommer sammen med far.

Far og barn kommer gående hånd i hånd inn på konsultasjonsrommet. Helsesøster peker på stolen hvor far skal sitte seg, barnet går rundt i rommet og ser på lekene helsesøster har lagt frem. Under store deler av konsultasjonen var barnet på gulvet, det lekte med de lekene som helsesøster hadde satt frem. Når barnet skal vaksineres sier helsesøster til far at han må ta barnet på fanget. Far løfter barnet opp og setter henne ytterst på hans ene kne. Helsesøster sier til far, at barnet må sitte tett inntil ham og han må holde henne godt fast, så helsesøster ikke stikker barnet feil. Helsesøster forberedte ikke barnet på stikkene som skal komme. Etter vaksinene fikk barnet tårer i øyene, uten å gråte høyt. Helsesøster sier til far: *»Hun har det vondt og trenger trøs»* og helsesøster sier til far: *«Du må legge henne tett inntil deg og stryke henne forsiktig på ryggen»*. Samtidig med at helsesøster sier dette, løfter hun barnet opp og føre det tett inntil far, far stryker barnet på ryggen. Helsesøster hjelper til med å trøste barnet, mens det ligger tett inntil far, hun stryker barnet på ryggen samtidig med at hun sier: *«Nå har du det vondt lille venn»*.

Etter å ha sittet tett inn til faren en kort stund, er barnet klart til å komme på gulvet å leke videre. Helsesøster spør far om de samme spørsmål som i første eksempel i forhold til kost, vitaminer og tannpuss. Far sier at barnet har god appetitt, hun spiser det samme

som resten av familien, hun er glad i mat. Far forteller at hun er flink til å spise og drikke selv. Helsesøster oppfordrer far til å begynne med tran, far skal kjøpe en flaske tran i dag, sier han. Dette barnet viser også interesse for tannbørsten som helsesøster finner frem. Helsesøster sier til barnet mens hun smiler: «*Ja denne er til deg*», og gir barnet tannbørsten i hånden, barnet smiler, helsesøster sier til far: «*Det er viktig å pusse tennene hennes morgen og kveld, og bruke tannkrem med fluor*». Far sier; de bruker tannkrem med flour hjemme. Etterpå observere helsesøster barnet på gulvet mens hun leker, helsesøster kommenter, og sier at det er aktivt jente som har god motorikk.

Helsesøster kommentere etter at far forlot rommet uten at jeg spurte. «*Barnets reaksjon var normal og hun aldri har hatt noen bekymringer for barnet*»

Kulturanalyse

Helsesøster opplevde at barnet hadde en normal reaksjon etter vaksinene og hun har aldri hatt noen bekymringer for barnet. Tiltros for at hun fysisk grep inn etter vaksinene hvor hun tydeligvis ikke syns far trøstet barnet på en god nok måte. Jeg undret meg over den manglende bekymringen. Jeg opplevde et barn som allerede hadde en indre forståelse, av ikke å vise sine behov for trøst og kjærtegn. Jeg opplevde at barnet måtte være sterk og selvstendig, til tross for sin unge alder. Barnet gav lite synlige uttrykk og behov for trøst, hun var tilbaketrukket. Jeg opplevde en gjensidig passivitet mellom far og datter. Barnet måtte være alene med sine følelser. Etter at far hadde trøstet barnet et kort øyeblikk etter stikkene, med hjelp fra helsesøster, var barnet igjen på gulvet. Jeg opplevde barnet til å føle seg alene og ensom, det var som om hun skammet seg (Klette, 2007). Jeg var berørt og trist og følte at hun var helt «alene» i rommet sammen med oss midt på gulvet. Jeg satt å ventet på at far skulle se at hun var lei seg, noe han ikke gjorde, ikke helsesøster heller. Jeg forstod det ikke, hvorfor så de ikke den lille søte jenta, som trengte trøst. Jeg hadde vondt av barnet, hun virket forvirret og usikker. Jeg hadde mest lyst til å ta henne på fanget og trøste og klemme henne. Jeg opplevde ikke noen nærhet mellom barnet og faren, utover den konkrete trøstesituasjon etter vaksinene. Det var ikke noen fin kontakt, fordi faren ikke klarte å være den større og sterkere, når barnet trengte ham som mest, slik tilknytningsmetoden oppfordrer foreldre til å være, ved behov. Omsorgspersonen må finne ut hvordan han eller hun skal være sammen med barnet i

barnets følelsestilstand, samtidig som mor eller far gjør det klart at det er barnet som er fortvilet, og at omsorgspersonen bare er i en samklang med barnets opplevelse. (Cooper et al., 2015). Jeg opplevde at denne faren ikke klarte å kople seg på barnets følelsmessige tilstand og forså at hun trengte trøst. Far sier, at datteren er en «tøff jente». Jeg forstod ikke hvordan far kunne oppfatte henne til å være tøff, jeg opplevde henne som en sårbar liten jente, som allerede hadde lært å måtte være sterk.

Klette (2007) sier at barn allerede ved ettårsalder kan forsøke å skjule sine behov, blant annet behov for trøst. Jeg opplevde at denne jente hadde en slik strategi, Kanskje hun har følt seg avvist tidligere, når hun trengte og viste behov for trøst, som førte til at hun følte seg skamfull, og dermed har lært at hun må ordne opp i sine følelser alene.

Klette (2007) mener at det er sannsynlig at følelser av skam vil kunne oppstå når søk eller ignorering av barnets behov for trøst fra de nærmeste, det vil sannsynligvis medføre at barnet utvikler et syn på egne følelser av uro, frykt og smerte som uviktige og/eller skamfulle. Ut fra min forståelse vil jeg mene at faren har behov for samspills veiledning for å styrke tilknytningen til hverandre, og hjelpe far videre til å bli trygg i foreldrerollen.

Denne jente viste interesse for meg ved flere anledninger, ved gi meg en leke hun fant på gulvet, jeg smilte til henne samtidig med at jeg tok i mot leken og kommenterte at denne var fin. Hun søkte mitt blikk flere ganger og vi smilte til hverandre. Under denne konsultasjonen klarte jeg ikke å fange opp at helsesøster hadde fokus på samspill mellom barnet og faren. Bortsett fra når hun konkret grep inn og hjalp far til å trøste barnet. Helsesøster kunne i etterkant ha snakket med far om viktigheten av trøst og nærhet og helsesøster kunne fint ha oppmuntret far til lese godnatt historie med barnet trygg på fanget, og fortalt om andre viktige og konkrete samspills situasjoner, som vil kunne styrke tilknytningen mellom dem.

7.2.2 Middels sensitiv

I kategorien fant jeg et eksempel på en foreldre med *middels sensitivitet* i mitt materiale.

Observasjon 3

Situasjonsbeskrivelse. Jente på 3 måneder, kommer sammen med mor.

Når mor og barn kommer til konsultasjonsrommet ligger barnet i mors fang. Helsesøster smiler til mor og peker på stolen mor og barn skal sitte på. Under hele konsultasjonen ligger barnet tett inntil mor. Når barnet vaksineres gråter barnet høyløyt og mor trøster barnet med rolig stemme og med myk berøring. Mor og barn har blikkontakt ved flere anledninger, da ser barnet på mor med store glade øyene og mor smiler tilbake til barnet. Helsesøster informerer mor om vaksinens funksjon og forteller om eventuelle bivirkninger. Helsesøster forberedte ikke barnet på stikkene som skulle komme. Mor er et kort øyeblikk følelsesmessig inntonet på barnets smerte, det viser hun med litt berøring og toneleie. Når barnet har roet seg spør helsesøster mor hvordan det går med ammingen. Denne moren fullammer sitt barn, og helsesøster sier til mor, at hun kan fortsette med det frem til barnet er seks måneder. Hvis barnet begynner å bli urolig på kvelden oppfordrer helsesøster mor til å gi litt morsmelkerstatning på flaske. Helsesøster sier at man ofte har mindre melk sist på ettermiddagen. Mor svarer at foreløpig er dette ikke noe problem. Helsesøster anbefaler at barnet får tran en gang daglig. Mor svarer at barnet har begynt å få det nå, og selv om hun ikke liker det og spytter det ut. Helsesøster ber mor ligge barnet på magen på matten på gulvet, helsesøster sier at barnet er sterkt i ryggen, og oppfordrer mor til å la barnet ligge på magen på gulvet hjemme flere ganger om dagen slik at barnet kan trene opp rygg og nakke. Helsesøster snur barnet på ryggen, samtidig med at helsesøster snakker til barnet med myk stemme, helsesøster forteller til barnet at hun er en fin jente. Barnet spreller med benene og får øye på mor og smiler til mor. Mor ser ikke barnets smil. Helsesøster smiler til barnet og sier samtidig til mor at dette er en tilfreds unge.

Etter at mor har forlatt konsultasjons rommet har helsesøster følgende kommentar: «Barnet hadde en normal reaksjon etter vaksinen» og hun sier at «barnet og familien ikke har noe behov for ekstra oppfølging».

Kulturanalyse

Jeg så en mor som lot barnet sitt gråte ferdig etter vaksinene, hun avledet ikke barnet med mat eller annet, hun lot barnet bli ferdig med sin tilstand. Når barnet er ferdig med å gråte finner mor en babyleke i stellevesken som barnet leker med, mens barnet sitter i mors fang. Jeg opplevde en *middels sensitiv* mor som var påkopleet barnet sitt i den

forstand at hun fulgte barnets behov for trøst, og hun aksepterte av barnet hadde behov for å gråte ferdig etter vaksinene. Likevel opplevde jeg en mor som strevde med å tilkjenne barnets initiativ, det så jeg ved flere anledninger, når mor ikke så eller møtte barnets blikk og smil. Jeg satt med en følelse av at denne moren trengte samspillsveiledning, for å være oppmerksom på barnets initiativ, mor hadde ved flere anledninger vanskeligheter med å følge barnets rytme. Jeg opplevde en noe usikker mor med en liten nydelig jente. Omsorgspersonens følsomhet overfor barnets kommunikasjonskanaler er essen i trygg tilknytning. Tilknytningsbåndet mellom barnet og omsorgspersonen utvikles når omsorgspersonen er følsom, og svarer på barnets utspill og er følelsesmessig tilgjengelig. En mors eller fars mest effektive teknikk for å bevare interaksjonen er å vise følsomhet overfor barnets ønske om oppmerksomhet (Hart & Schwarz, 2015). Noe jeg opplevde denne moren ikke klarte tilstrekkelig godt nok. Gjentatte interaksjoner med en omsorgsperson som er i stand til å reflektere, romme og lindre uro, styrker barnets evne til å tolerer negative følgetilstander. En tryggtilknytning bidrar til å fremme utviklingen og til å leve seg inn i andre menneskers følelsesmessige verden (Cooper et al., 2015). Denne moren klarte, etter min forståelse, å sette seg inn i barnets tilstand og hun klarte å romme barnets smerte, men med en lite sensitiv fremtoning. Jeg opplevde helsesøster som passiv, mor trengte litt oppmuntring og hjelp til å se barnet på en litt bedre måte.

7.2.3 Høy sensitivitet

I kategorien, *høy sensitivitet*, fant jeg tre eksempler på foreldre med høy sensitivitet.

Observasjon 4

Situasjonsbeskrivelse. Jente 13 måneder, kommer sammen med mor.

Mor kommer bærende med barnet på armen. Helsesøster smiler og byr mor og barn velkommen og peker på stolen hvor mor og barn skal sitte. Det er mye nærhet og fysisk kontakt mellom mor og barn under hele konsultasjonen. Barnet sitter og naturlig og godt inntil mor. Helsesøster informere mor om vaksinene og om eventuelle bivirkninger. Helsesøster forbereder ikke barnet på stikkene som skulle komme. Mor forbereder barnet på stikkene som skulle komme, hun sier: «*Nå skal du stikkes to ganger, og det blir vondt lille venn*». Etter vaksinene gråter barnet, mor kjærtegn og snakker beroligende til barnet. Mor sier «*Dette er vondt, nå skal mamma trøste deg*».



(Broden,, 1989, s. 197).

Mor lar barnet gråte ferdig etter stikkene. Hun avleder ikke barnet med mat eller med leker. Mor og barn smiler flere ganger til hverandre, når deres blikk møtes. Helsesøster spør mora hva barnet spiser. Mor forteller at hun er glad i grøt, men hun er ikke så glad i brødskiver, mor sier at hun fortsatt ammer barnet på natten, helsesøster sier at mor er flink og oppfordrer henne til å fortsette med dette så lenge hun orker. Mor sier hun har begynt å jobbe og barnet har begynt i barnehage, så det kan være naturlig at melken snart stopper opp. Helsesøster forteller moren om vittigheten av at barnet får A og D vitaminer, og beste måten å få det på er ved å gi barnet tran. Helsesøster finner frem tannbørste, mor sier hun har pusset tennene til barnet lenge, helsesøster sier det er bra. Under samtalen med mor, er barnet på gulvet og leker med lekene som ligger fremme. Helsesøster ser på barnet flere ganger og bekrefter over for mor, at barnet er flinkt når det reiser seg opp ved det lille bordet som står i rommet. Mor sier at hun ikke tror det er lenge til barnet begynner å gå. Barnet finner en bok som hun viser til meg. Når jeg vil ta mot boken ser sjenert hun ned og krabber med boken over til mor. Mor smiler til barnet og sier: «*Ble du litt sjenert nå*». Samtidig med at mor sier dette, smiler hun til meg.

Helsesøsters kommentar etter konsultasjon er ferdig: «*Barnet hadde en normal reaksjon etter stikkene og jeg har aldri hatt noen bekymringer for barnet*».

Kulturanalyse

Jeg opplevde en sensitiv mor som trøstet barnet sitt på en fin måte. Hun var følelsesmessig inntonet på barnets tilstand. Jeg satt igjen med gode og varme følelser

under denne konsultasjon. Jeg var glad og lettet over måten mor trøstet og møtte barnets følelser på. Jeg opplevde en trygg liten jente som følte seg elsket. Det var et veldig fint samspill mellom barn og mor. Mor visste hun hadde innlevelse med barnets tilstand, med hennes stemme og sin fremtoning. Hun tok ansvar for situasjonen, ved at hun visste seg til å være større, sterkere og hun klarte å trøste og roe barnet sitt. Mor gav uttrykk for at hun ikke likte at barnet skulle stikkes to ganger. Hun sier til barnet: «*Mamma liker ikke at du skal stikkes to ganger , men mamma skal trøste deg etterpå*» Samtidig med at mor sier dette, koser hun med barnet, som sitter på fanget.

Hart & Schwartz (2009) sier at barnet benytter glimtet i foreldrenes øyne til å fornemme deres oppmerksomhet, tilknytning og kjærlighet. Den gjenspeilingen som barnet ser i foreldrenes øyne og deres handlinger, gir barnet en fornemmelse av om det er verdig til å bli elsket. Forelderens stolthet uttrykkes gjennom glimtet i øyene, samtidig som det smiler til barnet. Jeg opplevde at mor formidlet en stolthet og en kjærlighet til barnet med hennes glimt i øyet og med måten hun trøstet barnet på. Glimtet i mors øyene smittet over på barnet, og små magiske øyeblikk oppstod.

Observasjon 5

Situasjonsbeskrivelse. Jente 3 måneder, kommer sammen med mor.

Mor kommer med barnet liggende i armkroken. Helsesøster møter moren med smil og viser mor hvor hun skal sitte seg. Jeg kommer som ved alle de seks konsultasjonene inn i rommet etter at foreldre og barn har satt seg. Jeg hilser på barn og foreldere og forteller kort om min observasjonsrolle. Barnet ligger tett inntil mor under hele konsultasjonen. Denne moren får også bra med informasjon om vaksinen. Helsesøster forbereder ikke barnet på stikkene som skulle komme. Barnet skriker etter de to vaksiner. Mor kjærtegner barnet flere ganger, mor bruker et rolig toneleie og hun speiler barnets smerte ved at hun gjenforteller og spiler hva barnet har opplevd ved å få to stikk og at det er vondt. Når barnet er rolig spør helsesøster hvordan det går med ammingen, mor sier at hun nesten ikke har noe melk lengere så barnet får mest morsmelkerstatning, helsesøster snur seg til pcen for å lese av høyde og vekt kurven. Helsesøster viser barnets kurve på pcen til mor. Helsesøster sier til mor at barnet følger sin egen kurve, så mor trenger ikke bekymrer seg om barnets vekt og om det får nok mat. Helsesøster sier til mor, at hun kan komme

med barnet på en kontrollveiing hvis hun ønsker dette. Mor sier at det vil hun gjøre. Mor spør når hun kan begynne med grøt, helsesøster svarer: «*Når barnet er cirka fire måneder kan du så smått begynne med grøt*». Mor sier hun gleder seg til det, for hun opplever at barnet ikke er ordentlig mett, det våkner flere ganger om natten og skal ha flaske. Helsesøster anbefaler også dette barnet til å få tran en gang daglig. Helsesøster ber mor legge barnet på magen på matten på gulvet. Helsesøster sier at barnet er sterkt i ryggen, og oppfordrer mor til å la barnet ligge slik på gulvet hjemme flere ganger om dagen, slik at barnet kan trene opp rygg og nakke. Helsesøster snur barnet på ryggen og gir det en leke i hånden, barnet ser på leken, hvorpå helsesøster sier til barnet; «*Ja denne er fin*». Mor sier: «*Ja det er noe annet med leker*», og mor forsetter med å si: *Hun er vel lei av å se på meg, tenker jeg*» Helsesøster smiler og sier til mor: «*Nei ikke ennå, du er det beste barnet har å se på*». Mor smiler og er glad.

Helsesøsters kommentar etter at konsultasjonen er ferdig: «*Jeg opplever en mor som er bekymret og som har vært usikker ved tidligere konsultasjoner*».

Kulturanalyse

Jeg opplever en rolig og sensitiv mor som har et fint og inntonet samspill med sitt barn. Hun kjærtegner barnet og hun snakker rolig til barnet, samtidig med at hun gjenforteller det barnet har opplevet, og sier at det er vondt å skal få to stikk. Mor kysser barnet på kinnet flere ganger og hun ser kjærlig på barnet. Jeg ble varmt om hjertet. Jeg fornemmet en mors kjærlighet overfor hennes barn, med måten hun ser på barnet. Barnet ligger tett og nært inntil mor under hele konsultasjonen, bortsett fra når helsesøster skal undersøke barnet på matten på gulvet. Helsesøster og jeg var av ulike oppfatninger. Helsesøster har selvfølgelig bedre forutsetninger til å mene det hun gjør, fordi hun har truffet mor og barn ved flere anledninger. I følge helsesøster følger hun ekstra godt med dette barnet, på de fastsatte konsultasjoner. Jeg så at helsesøster oppmuntret mor på en fin måte, når hun ble usikker. Det er interessant at vi opplever mors fremtoning og væremåte ulikt. Jeg kan kun forklarer dette med at helsesøster har bedre grunnlag for å uttale seg om denne mor på bakgrunn av at hun har truffet mor ved flere anledninger, og antageligvis har rett i sin antakelse om at denne mor er engstelig, og derfor gir grunnlag for ekstra årvåkenhet

fra helsesøster ved neste konsultasjon. Uansett er det bra, at helsesøster følger ekstra opp.

Forutsetningen for å kunne trøste, er i følge Klette (2007) anelsen i å oppfatte, forstå og føle med barnet. Et barn som har erfaring med å bli trøstet, synes å falle raskt til ro og begynne å utforske omgivelsene med glede og nysgjerrighet igjen. Noe jeg opplevde denne moren klarte på en bra måte.

Observasjon 6

Situasjonsbeskrivelse. Gutt på 15 måneder kommer sammen med far.

Denne gutten kommer hånd i hånd med faren sin inn i konsultasjonsrommet. Helsesøster viser far og barn inn, far setter seg på stolen og gutten står lent inntil farens ben. Gutten peker på et bilde på veggen og far gjenforteller hva som er på bildet. Far sier mens han smiler til barnet: *«Så fint bilde av hesten»*

Barnet er mye på gulvet under hele konsultasjonen, i starten var det i nærheten av far, etter hvert er barnet rundt i rommet og utforsket. Barnet søker fars blikk ved flere anledninger, og far møter blikket til barnet og kommentere det barnet er opptatt av, samtidig med at han smiler til barnet. Helsesøster informerer far om vaksinene og om eventuelle bivirkninger. Helsesøster forbereder ikke barnet på stikkene som skulle komme. Før vaksinene snakker far rolig til barnet, og han forbereder barnet på hva som skulle skje. Far bruker trøstende ord etter vaksinen. Når barnet skal vaksineres sitter det tett inntil far. Barnet gråter høylytt og har det tydelig vondt. Under denne konsultasjonen informerer helsesøster ikke om mat og tannpuss. Derimot ble det snakk om barnets fungering i barnehagen, far forteller at barnet trives i barnehagen, han har allerede fått seg venner. Han forteller at kona hans jobber redusert, slik at barnet har kortere dager i barnehagen. Under konsultasjonen tar gutten kontakt med meg flere ganger, han kaster en ball til meg flere ganger.

Helsesøsters kommentar etter at far og barn forlot rommet: *«Dette er en trygg far som har bra kontakt med barnet sitt»*.

Helsesøster forteller at barn fra 1 års alderen ofte føler seg fornærmet og såret når de skal stikkes to ganger. De forstår ikke hvorfor helsesøster må gjøre dem vondt to ganger. Jeg opplevde også denne sårheten og undring fra barnets side når det skal stikkes andre gangen. Men barnets skeptisk og smerte ble fort helt glemt, når barnet fikk tannbørste av helsesøster. Da smilte barnet og glemte helt at det kort tid innen hadde det veldig vondt. Jeg satt med en følelse av, hvor lite der skal til, før barn glemmer og «tilgir» og får ro og lyst til å leke igjen, når de blir møtt med et lite smil og litt oppmuntring fra voksne.

Kulturanalyse

Jeg opplevde en trygg gutt som gjennom farens væremåte og farens evne til å oppdage sønnens behov, og hva sønnen er opptatt av. Faren fungerte som en trygg omsorgsperson. Barnet gir uttrykk for at han er fornøyd, når han blir møtt av farens blikk og smil. Det er som om faren sier alt er greit, du kan fortsette å leke og undersøke. Jeg opplever gutten til å ha selvtillit og til å være trygg. Det er som om farens fremtoning smitter over på barnet, Far og sønn er ganske like i deres væremåte og kroppsholdning. Jeg får inntrykk av et robust og velfungerende barn, som er i stand til å ha mange gode venner i barnehagen. Gutten oppleves som kreativ og lekelysten. Jeg føler meg lettet og glad. Der boblet litt innen i meg, fordi jeg var så glad over farens fremtoning og måten han ser på sønnen. Far er påkople, men med en fin tilbakeholdenhet, slik at faren ikke er invaderende og ikke hindre barnet i å utfolde seg.

Jeg følte meg lettet og glad, og tenkte at alle barn skulle ha det slik. Så mye lettere livene ville være for et barn, når det har en trygg base å gå ut i verden fra. Når gutten er opptatt av et bildet som henger på veggen, er faren oppmerksom på gutten, og når deres felles blikk møtes, smiler faren til barnet samtidig med at han sier: «*Så fint bilde av hesten*». Felles blikkontakt er avgjørende, fordi det hjelper barnet til å utvikle blikkontakt med andre (Kvelling, 2010). Jeg savnet at helsesøster var mer oppmerksom og kommenterte farens sensitivitet og måten han møtte sønnens blikk med et smil og en kommentar. Hun benevnte ikke noe av dette. Jeg savnet en mer *oppmerksom tilstedeværende* helsesøster. Ved at helsesøster gir far en slik tilbakemelding, vil det kunne føre til at far fortsetter med det gode samspillet, som helsesøster ser de har. Jeg opplevde at farens fremtoning i relasjonen med sønnen, la godt til rette for sønnens videre utvikling av hans personlighet og sosiale kompetanse, på en god måte (Hart, 2011).

Klette (2007) sier at virkningen av trøst blant annet er aksept, ro og tillitt. Dette kan observeres som avslapping, kreativ utforskning og glede hos mindre barn. Denne gutten viste tydelig at denne teorien stemmer godt overens med virkeligheten, ved at gutten fort klarte å samle seg og begynne å leke igjen, etter at han ble trøstet av far.

I dette kapittel har jeg brukt meg selv som kilde og present funn fra min studie og analysert funnene i et kulturelt perspektiv sett i lys av aktuell forskning (Klette, 2007) og Kvello (2010). I det kommende kapitel vil jeg drøfte avhandlingens tre diskusjonsspørsmål sett opp mot omsorgssvikt.

8 Drøft

I ovenstående kapitler har det blitt presentert forskning og ulike teoretiske perspektiver, og det har blitt presentert funn og analyser fra empirien. I dette kapittel besvares avhandlingens tre drøftings spørsmål. Spørsmålene kommer av forhold og funn jeg har gjort underveis i arbeidet med avhandlingen, de lyder som følger:

- Hvorfor er helsesøster så opptatt av barnets fysiske kropp og praktiske gjøremål?
- Hvordan kan man forstå at ulike «sannheter», gir ulik forståelse av barns behov?
- Hvordan kan man forstå at tilknytningsteorien gir ulik mening i ulike kontekst?

Jeg opplevde underveis i arbeidet med avhandlingen, at omsorgssvikt ble et større fokusområde enn først antatt og drøftingskapitlet vil derfor bli sett opp mot omsorgssvikt, gjennom trøst som uttrykk for reaksjon av gode tilknytningsmønster slik Klette (2007), Bowlby og Ainsworth viser til. Jeg vil drøfte ut i fra mitt barnevernsblikk, hvor det er trøst og sensitivitet sett opp mot omsorgssvikt, som er oppdraget. Mens blikket er kanskje noe annet på helsestasjonen, dette igjen har antakelig konsekvenser for hjelpetiltak som igangsettes.

8.1 Hvorfor er helsesøster så opptatt av barnets fysiske kropp og praktiske gjøremål?

Helsestasjon er gitt styring fra staten, når hun skal utøve sine oppgaver, det kommer til syne i mandatet. Mandatet fra staten handler om å bevege borgeren i retning av en norm, en standard for normalitet, som er definert av moderne human- og sosialvitenskaper. Her kan man trekke en linje til helsesøsterkontoret. På den ene siden er helsesøster gitt en oppdragerrolle, når hun veileder foreldrene i forhold til ernæring, vitaminer og tannpuss og på den annen siden i forhold til det individuelle, eksempelvis, når helsesøster griper inn, når hun opplever en far ikke trøstet barnet sitt godt nok. Her ser man at helsesøster bruker sitt styringsverktøy, når hun grep inn overfor faren med veiledning, slik at han

kunne trøste barnet sitt på en bedre måte. Helsesøster brukte også sine styringsverktøy, når hun vaksinerte barna, når hun undersøkte barnets motoriske utvikling og når hun veiledet foreldrene i forhold til ernæring, vitaminer og tannpuss. I følge min barnevernsforståelse så jeg et tilfelle hvor helsesøster ikke fulgte sitt styringsverktøy. Det var i tilfellet med moren, som ville trøste barnet med tåteflaske, samtidig som barnet grått hjerteskjærende høyt. Her grep helsesøster ikke inn og veiledet moren til en bedre måte å trøste barnet sitt på.

Foucault hadde gjennom sitt forfatterskap et skarpt blikk på hva som kjennetegner maktutøvelse i det moderne liberale samfunn. Foucaults (1977) poeng var å vise hvordan liberale maktformer var skapende i den betydning at de søker å stimulere til bestemte egenskaper hos borgere i samfunnet. Han mente at den liberale maktformen er produktiv og skapende, fordi den får individer til selv, å gjøre seg til, bestemte individer. Foucaults begrep *governmentality* handler nettopp om å bevege borgeren i retning av en norm, en standard for normalitet, som er definert av moderne human- og sosialvitenskaper (Martinsen et al., 2018). Foucault (2001) viser at moderne styring hviler på kunnskap som er vitenskapelig basert. Slik skapes det en symbiose mellom styring og vitenskap i en gjensidig betinget relasjon. I maktutøvelsen brukes vitenskapelig kunnskap som legitimerende begrunnelser for innsettelse av kunnskap om borgere. Dette kom til syne under observasjonene, når jeg så hvordan helsesøster snakket med foreldrene og «oppdro» dem til å gi barnet sunn kost og vitaminer. Man kan utdype dette med Foucaults disiplineringsprosess, som tar utgangspunkt i en normkonstruksjon for en akseptable atferd. Denne normen er relatert til en generell kunnskap om mennesker, hvor utgangspunktet er en grunnleggende inndeling av det som er «ønsket» og det som er «uønsket» atferd. Med andre ord; helsesøster fikk individet til å innordne seg bestemte strukturer (Foucault, 2001).

Jeg erfarte at mye av kommunikasjonen mellom foreldre og helsesøster bar preg av å være en enveis kommunikasjon, hvor det var helsesøster som stilte spørsmålene og forelderen svarte. Jeg fikk inntrykk av at foreldrene var opptatt av å svare «riktig». Jeg opplevde som Neumann (2009, s. 181) beskriver helsesøster til å være: «*Den kroppsliggjorte ideelle mor, og hun vet best*». Det kan synliggjøres med Foucault (2001)

som skriver om galskap, hvor han viser hvordan det var forventet at den gale skulle bli positivt påvirket eller formet i møte med psykiatriens sunne vilje. Neumann (2009, s. 182) referer videre til Beverley Skjeggs (2002) sin bok om kjønn og klasse, hvor hun skriver om anstendige kvinner er gode, snille kjærlige, renslige og som har et naturlig håndlag for omsorg. Her trekker, slik jeg forstår det, Neumann en paraell til helsesøster. Jeg kjente meg igjen i denne beskrivelsen under mine observasjoner, hvor foreldrene har tiltro og respekt for helsesøsters råd og veiledning. Det er tydelig at det er helsesøster som har regien for konsultasjonen. Det kom til syne ved måten hun utførte hennes oppgaver på, ved at hun fulgte et fast program for alle konsultasjonene. Jeg opplevde at helsesøster gav lite rom for innspill fra foreldrene, selv om hun var imøtekommende og smilende overfor alle foreldrene, var det likevel lite dialog mellom helsesøster og foreldre. Det er ikke sikkert at verken helsesøster som har kontrollen over situasjonen, eller foreldrene som blir kontrollert, la merke til hva som foregikk.

Her viderefører jeg Foucaults (1977) begrep *panoptisk disiplinering*, fordi jeg fikk en følelse av at flere foreldrene som jeg observerte følte seg «overvåket», det hemmet dem i sin frie utfoldelse, med det mener jeg, at de oppførte seg disiplinerte, de svarte på spørsmålene som ble stilt og de fulgte overvåkerens råd, som i dette tilfelle er helsesøster. Skau (1996) hevder at velferdsstaten legger vekt på likhet og likeverdighet, dette henger ikke alltid overens med den enkelte hjelpers faktiske handlinger overfor sine klienter. Selv om den foresatte kan yte motmakt, er det helsesøster som strukturelt sett, ved sin posisjon som profesjonell, har mandat til å utøve regjering og oppdra foreldre.

Kommunikasjonen mellom helsesøster og foreldre er vanligvis enveis i den forstand at samtalen dreier seg om den enkelte familie og det er helsesøster som stiller spørsmålene. Jeg opplevde den symbolske makten kom til syne under mine observasjoner ved at helsesøster og foreldrene er posisjonert ulikt i konsultasjonsrommet. Helsesøsteren som jeg fulgte opplevde jeg til å være en trygg profesjonsarbeider som utførte sine arbeidsoppgaver med en utstråling av positiv autoritet, ved måten hun håndtere vaksinesituasjonen på og når hun med stø hånd undersøkte barnet. Det var tydelig at helsesøster har mye erfaring og kunnskap, og at hun er en viktig fagperson i barns oppvekst.

8.1.1 Mild paternalisme

Sett i et større perspektiv kan man forstå hva Foucault mener, når han får frem hvordan eksempelvis en helsesøster er gitt legitimitet til å styre foresatte indirekte, ved positiv påvirkning og oppdragelse, med en metode som kan minne om mild paternalisme. Måten hun utøver makten på kan formuleres ved Foucaults (2001) begrep om regjering. Jeg så under mine seks observasjoner hvordan helsesøster, som kan betegnes som *sunnhetspoliti* (Foucault 1977) når hun veiledet foreldrene, på en naturlig måte til å ta sunne og gode valg for barnet sitt. Foreldrene inngikk i en «pakt» med helsesøster, hvor målet er å fremme gode egenskaper hos foreldrene, som i neste omgang påvirker barnet på en positiv måte.

På den ene siden hadde helsesøster fokus ernæring, vitaminer, tannpuss og motorisk utvikling, på den annen siden, hadde hun lite fokus på barnets psykososiale fungering. Makt er noe relasjonelt og parallelt som utøves i samhandling mellom mennesker. De ulike normer tilføres profesjonene først gjennom utdanning og senere gjennom regelverket som styre fagutøvelsen. Derfor er det makten som ligger i tankesettet som utgjør selve institusjonen, eksempelvis på barnevernskontoret eller på helsestasjonen. Foucault sier det starter som en hypotese om kjøreregler for «ønsket» og «uønsket» atferd, som siden utvikles til en hypotese om standarder for normalitet og avvik. Med en slik liberal maktform styrer staten via sine styringsorganer. På helsestasjonen kan det handle om at helsesøster veileder i forhold til kosthold og barneoppdragelse. På barnevernskontoret kan det handle om at barnevernspedagogen inntar en bestemt holdning om for eksempel hva som kjennetegner *gode nok* foreldre. På den måten styres på den ene siden den enkelte profesjonsarbeider til å innta en bestemt holdning, og på den annen siden, styres profesjonsarbeideren til å utøve den bestemte holdningen i det daglige arbeidet.

Jeg fant i mitt materiale, at det var mye som skulle gjennomgå på de seks konsultasjoner jeg var med på. Det er tydelig at det kreves mye forarbeide før vaksinen kan settes. Helsesøster brukte mye tid på gjennomføring og dokumentering av vaksinene. De barn jeg fulgte skulle ha to vaksiner. Som jeg har vist i empirien brukte helsesøster også mye tid på ernæring, tannstell og motorisk fungering, derfor ble tiden knapp til å fange opp

eventuelle tegn på psykiske og sosiale i forhold ved barnet. På den ene siden er det selvsagt viktige oppgaver at helsesøster har fokus på ernæring og tannpuss som (Bettelheim i Klette, 2007) omtaler som; *kjærlighet som praktisk omsorg*, på den annen siden undret jeg meg over hva det kan bety for et barn som til daglig vokser opp under omsorgssvikt, når helsesøster ikke velger å ta opp temaer fra tilknytningsteorien, som er viktig for et barns utvikling. Slik som trøst, følsom inntoning og sensitivitet med foreldrene? Helsesøster kunne ha tatt opp viktigheten av barnets behov for trøst i forbindelse med vaksineringsen. Dette kan gjøres ved at helsesøster veileder forelderen til å tilkjenne en følelseskontur som ligner barnets, samtidig med at forelderen veiledes til utvise emosjonell stabilitet. Omsorgspersonen viser barnet samme følelse ved, å speile barnets følelse av ansiktsuttrykk, med rytme, med stemme og berøring slik barnepsykologene (Cooper et al., 2015) forklarer. Dette kan høres ut som noe, som tar tid, i en travel hverdag på helsestasjonen. Likevel vil jeg mene, at dette kunne vært mulig å fått til, under konsultasjonene jeg var med på. Helsesøster kunne ha visst med en dukke, hvordan dette kan gjøres, samtidig med at hun bruker sin mimikk og sine ansiktsuttrykk, som er lik det barnet viser etter å ha fått vaksine. I tillegg kunne hun ha hatt fokus på foreldrenes evne til selvrefleksjon i forhold til betydningen av trøst og sensitivitet. På den måten kunne helsesøster ha sikret seg at flere barn blir trøstet på en bedre måte, samtidig med at foreldrenes evne til selvrefleksjon ble belyst.

Helsesøster forteller at det vanskelig å definere hva som eventuelt er galt og hva som må gjøres på kort tid. På den ene siden er det utfordrende fordi barna er små, på den annen side kan det både være normale og unormale forhold bak barnets atferd, forteller helsesøster. Et sutrete barn kan være tegn på mistriivsel, men også sykdom, søvnmangel eller andre ting. En annen mulig forklaring kan være, at helsesøster opplever frykt for å krenke, for å ta feil og for å gå inn i det private lys. Frykten for å krenke knyttes på den ene siden opp mot, frykten for å miste kontakt eller ødelegge relasjonen med familien, og på den annen siden kan foreldrene trekke seg fra det videre samarbeid med helsestasjonen. Neumann (2009) beskriver en helsesøster som sier det er tabubelagt å kritisere andres måte å oppdra barn på. *Skitt og møkk er lettere å forholde seg til som indikator og håndfast bevis for bekymring, enn observasjon av triste øyne* (Neumann 2009, s 146). Kan det hevdes, at fordi helsesøster er redd for å ta feil på grunn av dårlig

tid, muligens mangel på kompetanse og fordi hun er redd for å krenke. Fører til at hun mest konsentrerer seg om barnets fysiske kropp, og dermed bevisst eller ubevisst, velger vekk psykiske og sosiale forhold ved barnet. I det ligger en form for styringsmakt, fordi helsesøster har mulighet til å velge *fra og til*. Det betyr slik jeg ser det, at helsesøster bruker sitt styringsverktøy, som her er den symbolske makten, til å velge barnets fysiske kropp *til* og velge barnets psykiske og sosiale kropp *fra*. I en slik makt-tankeprosess er det viktig å være klar over hvilke konsekvenser det kan få for et lite barn!

Skal helsesøster stole på det mor og far sier, og det hun ser barnet gjør, eller på stemningen mellom mor og barn? Fra statens side ligger det mange forventninger til hva helsesøster skal gjøre, se og oppdage. De strukturelle mangler ved helsesøsters hverdag med mangel på tid og resurser de er tildelt, er knappe i forhold til tiden og muligens kunnskapen de besitter. Helsesøster sier i et av intervjuene, at hun tar utgangspunkt i barnet. Hun sier hun har fokus på samspill og blikkontakt, men at det er utfordrende fordi barna er små, og det er vanskelig på kort tid å definerer hva observasjonene som gjøres betyr. Her får jeg en opplevelse av at helsesøster bruker sin makt til å velge *vekk* det sosiale og psykiske aspektet. Kan det være slik at, fordi helsesøster er redd for å ta feil, og dermed nedtoner hun rollen sin, som en som ikke skal se etter det relasjonelle mellom foreldre og barn. Det kan tenkes at hun mener det ikke legger til hennes oppgaver, tiltros for at det fremkommer i mandatet til helsesøster, at helsestasjonen har en sentral funksjon i å fange opp tidlige signaler på mistrivsel og utviklingsavvik (Helsedirektoratet, 2019).

8.1.2 Oppmerksom tilstedeværende

Jeg har tidligere i avhandlingen vist til begrepet *awareness*. Neumann og Neumann (2012) forklarer hvordan forskeren må være bevisst eller oppmerksom på seg selv, på informanten og på hele situasjonen. Her kan man trekke en linje til helsesøster og hennes arbeidsansvar, hvor det på den ene siden er viktig at helsesøster er bevisst på hva hun velger å ha fokus på i konsultasjon, men på den annen siden er det like viktig, at hun er bevist på hva hun velger *fra*. Helsesøster er i en unik posisjon fordi hun ser de fleste barn som vokser opp i Norge. Hun har dermed en unik mulighet til å styrke tilknytningsbåndet mellom barn og foreldre, og hun er i en unik posisjon til å fange opp barn som lever i

omsorgssvikt. Men det krever en tydelig bevisstgjøring og *oppmerksom tilstedeværelse* hvis helsestasjonen skal lykkes med dette på en bedre måte. Ellers er det fare for at små barn som lider ikke fanges opp, fordi helsesøster overser eller unnlater å se. Forståelse av det man ser, ligger i tankegangen gjennom fortolkende prosesser. Den forståelsen man i første omgang kom fram til kan vise seg å være feil. Den tolkningen man velger å satse på, må etterprøves (Løkken, 2012). Det kan gjøres, blant annet ved å ta i bruk flere ulike metoder. Man kan lett tenke seg «bort» når man er i situasjoner som man blir følelsesmessig påvirket av, men ved å være *oppmerksom tilstedeværende* som kan føre til at man lettere åpner opp for hjertelighet og intuitivt. Ved å vise menneskelige evner, som å legge merke til hvordan forelderen trøster og ser på barnet, bruker blikket, hvordan han eller hun bruker stemmen og hva vi fornemmer i kroppen. All den informasjonen som vi får gjennom vår oppmerksomhet på oss selv og på forelderen, hjelper oss til å vurdere og velge hvordan vi skal involvere oss. Ved å stille spørsmål og spørre forelderen hva skjer med deg nå, hva er du oppmerksom på og hva kjenner du i kroppen. Det handler om å gi respons til forelderen på det jeg ser og føler. Slik skapes større oppmerksomhet og bevissthet både hos helsesøster og barnevernspedagogen, men ikke minst også i forelderen, fordi det fører til mer bevissthet på egen væremåte og dermed kan samspillet mellom foreldre og barn styrkes (Løkken, 2012).

Habermas *systemverden* kan forklarer hvorfor det er vanskelig å opprettholde hverdagslivsperspektivet som *oppmerksom tilstedeværelse*, intuisjon og bruk av hjertelighet. Fordi systemene fjerner fokuset vekk fra menneskelige egenskaper fra den «naturlige» livsverden, (det ubevisste og ureflekterte) over i den «unaturlige» systemverden, hvor det er det instrumentelle og styringsmediene som er gjeldende.

En mors behov for veiledning.

Jeg vil trekke frem et funn fra min empiri. Helsesøster gir barnet en leke i hånden og mor sier: *Ja det er noe annet med leke, for hun er vel lei av å se på meg*» Hvorpå helsesøster svarer: *«Nei barnet ditt er ikke lei av å se på deg, du er det beste barnet har å se på»*. Etter konsultasjonen er ferdig sier helsesøster til meg: *«Jeg opplever en mor som er bekymret og som har vært usikker ved tidligere konsultasjoner»*. Her tenkte jeg, med mitt barnevernsblikk, at helsesøster, kunne ha undret seg sammen med mor, for å prøve å få tak i hva mors bekymring og usikkerhet handler om. Mors usikkerhet kan handle om at

hun er stresset, fordi hun er på helsestasjonen til kontroll med barnet sitt, som i tillegg skal ha to vaksiner. Ovenstående eksempel viser hvordan helsesøster brukte makten sin til å gripe inn på en positiv måte, når hun sier til mor: «*Nei barnet ditt er ikke lei av å se på deg, du er det beste barnet har å se på*». Men hun brukte også makten, til å unnlate å følge opp mors usikkerhet videre i konsultasjon. Dette tiltros for at helsesøster opplever mor som bekymret under konsultasjonen, og helsesøster har opplevd mor som bekymret og usikker ved tidligere konsultasjoner

Under mine seks observasjoner, hadde helsesøster ikke synlig fokus på foreldrenes eventuelle engstelse, i forhold til at barnet skal ha to vaksiner. For helsesøster er det en hverdags-tings, for foreldrene kan det oppleves som skremmende. Som barnevernsarbeider ville jeg tatt på alvor at mor er usikker – jeg ville i mitt oppdrag sett på hva som kunne være barnets beste og veiledet mor i forhold til hvordan hun kunne bli ennå tryggere mor, eventuell tilby veiledning over tid. Hart (2011) sier at foreldre er avhengige av miljøet som omgir dem for å gi og nok omsorg. Her kan man tenke at «miljøet» til helsesøsterkontoret, i forhold til hvordan helsesøster kunne ha brukt sin mulighet, for å legge til rette for et trygt og godt «miljø». Det hun kunne ha gjort, var å benevne engstelsen de fleste foreldre har, når deres barn skal ha vaksiner. Ved at helsesøster åpner opp for dialog, vil hun på den måten, kunne fange opp, hva foreldrene er opptatte av i forhold til store og små bekymringer, som fører til foreldrenes selvrefleksjon, som igjen sier noe om foreldrenes evne til å inngå i et sensitivt samspill med barnet.

Handler det om kjønnsroller?

Et annet eksempel fra min empiri, er episoden hvor helsesøster hjelper faren med å trøste barnet sitt. Her grep helsesøster konkret og bevist inn og hjalp barnet, slik at det fikk trøst. Etterpå ville det være naturlig å veilede far på hvordan tilknytningsbåndet mellom datter og far styrkes gjennom trøst og sensitivitet. Det valgte helsesøster vekk. Om det var et bevisst fravalg fra helsesøsters side, kan vi ikke vite. Men uansett kan en slik fravelgelse få store konsekvenser for et barn, fordi det ikke blir fanget opp tidlig nok.

Jeg forstod ikke hvorfor helsesøster ikke grep inn i tilfellet med moren, som ville gi barnet flaske, samtidig med at barnet gråt hjerteskjærende høyløst, når helsesøster grep inn i tilfellet med faren, som ikke klarte å trøste barnet. I ettertid undret jeg meg over, om det

handler om kjønnsforskjeller? Kanskje helsesøster har erfaring med at fedrene trenger å bli klar over bedre trøsteteknikker (Klette, 2007), enn det mødre trenger?

Det kan se ut til, som vist i eksemplet med faren som fikk hjelp til å trøste barnet, at helsesøster bevisst griper inn med veiledning, når hun ser det *konkrete*, men det *konkrete* blir ikke fulgt opp med det *abstrakte* (les: samspillsveiledning).

Den salutogenetiske tilnærmingen handler om å fokusere på eksempelvis foreldres ressurser og muligheter, når de kommer med sitt barn på helsestasjonen. I tilfeller hvor helsesøster opplever foreldre trenger hjelp til tolke barnets atferd og følelser, kan hun bruke sin styringsmakt til å eksempelvis igangsette hjelpetiltak og eventuell tilby COS veiledning. COS veiledningsprogrammet er eksempel på en salutogenetisk tilnærming, fordi det tar utgangspunkt i foreldrenes ressurser. I eksemplet fra empirien hvor jeg opplever moren som lite sensitiv, når hun trøster barnet med tåteflaske, og barnet virker kraftløs og lite interessert i omverden. Mors manglede følelsesmessige inntoning etterlot barnet som følelsesmessig isolert. COS veiledning vært et bra tiltak for denne moren, fordi det er med til å styrke tilknytningen mellom barn og mor. Hart og Schwarz (2015) hevder at allerede i to-tremånedersalderen har barnet utviklet en oppfatning av omsorgspersonens oppmerksomhet. I ingen av de seks observasjoner jeg var med på, ble hjelpetiltak foreslått eller tilbudt.

8.1.3 Oppsummering

Diskusjonen i denne delen har forsøkt å vise hvordan den usynlige makten fremtrer via, mandatet og styringsverktøyene gitt fra staten, kommer til syne og utøves i konsultasjonsrommet. Her beskrives forhold som i stor grad vitner om forhold som tid og ressurser preger arbeidssituasjonen til helsesøstre. Helsesøster må stole på egne beslutninger siden hun jobber mye alene. I tilfeller jeg opplevde som bekymringsfulle, grep helsesøster ikke inn, om det var bevisst eller ubevisst, kan jeg ikke vite. Jeg så eksempler på hvordan helsesøster brukte hennes oppdragende rolle gitt fra staten, når hun veiledet foreldrene til å ta gode beslutninger i forhold til ernæring, vitaminer og tannpuss. Men hennes manglede benevnelse på barnets psykososiale fungering undret meg, og gjorde meg til tider bekymret.

8.2 Hvordan kan man forstå ulike «sannheter», gir ulik forståelse av barns behov?

Mandatene til helsesøster og til barnevernspedagog, som begge handler om å sikre barn gode oppvekstvilkår og fange opp og hindre omsorgssvikt. Men hvordan kan man forstå at synet på det samme gir ulike «sannheter», på et barns behov? Det vil jeg komme nærmere inn på i denne diskusjonsdelen.

8.2.1 Hva er sannhet

Abrahamsen (2004) sier at det finnes mange sannheter, alt etter hvilken teoretisk retning det er som danner forståelsesgrunnlaget for observasjonen. Derfor er ikke min sannhet og din sannhet den samme. Hver menneske har sin indre og ytre virkelighet som utgangspunkt, og det er i relasjonen til dette at vår oppfatning av sannhet skapes. I dette spennet ligger det slik jeg ser det, gode muligheter for et konstruktivt samarbeide mellom helsesøster og barnevernspedagogen. Hver deres «sannhet» vil kunne skape en ny og bedre «sannhet», som gjør det mulig å se og fange opp *hele* barnet både det synlige og det mindre synlige. Gadamer (1997) hevder at vår forståelseshorisont aldri er helt lukket eller fastlåst, grensen for vår forståelse er flyttbare, vi kan utvide vår horisont. På den måten kan det skapes en ny og bedre forståelseshorisont. Meningen er å veksle mellom helsesøsterblikket og barnevernsblikket, og på den måten skapes et nytt og bedre perspektiv, som danner utgangspunkt, for å fange opp barn med bekymring på et tidligere tidspunkt. Ulike forståelsesmåter, gir gode muligheter til konstruktiv samarbeide på tvers av to profesjoner, til det beste for barnet.

8.2.2 Hermeneutisk blikk

Det kan være vanskelig å fange opp barn som lever i omsorgssvikt. Mangel på trøst og omsorgssvikt henger tett sammen. En mulig forklaring på hvorfor helsesøster har vanskeligheter med å fange opp omsorgssvikt, kan være på den ene siden, at helsesøsterblikket er preget av arbeidet med de normale og friske barn og på den annen side, kan det se ut som hennes blikk, har kroppen som sin kunnskap, som har sitt utspring fra medisinen.

Dette kan føre til at det er vanskelig å fange opp omsorgssvikt. Dersom helsestasjonen lagde seg egne kategorier for omsorgssvikt, ville de lettere kunne fange opp tegn på at

det er noe galt med omsorgen for barnet. Tegnene på kroppen, eller de som avgis fra kroppen, fester seg ikke erkjennelsesmessig, men i stedet blir en grensefigur. Neumann (2009) antar at det handler om de to ulike forståelsesformene som enkelt sagt ligger på den ene siden i den humanvitenskapelige tenkemåten og på den andre siden i den naturvitenskapelig tenkemåten. Derfor må perspektivet på dette forstås slik at helsesøster jobber i spennet mellom den medisinske og den sosialfaglige kunnskapen.

Neumann (2009, s. 115) viser til en helsesøster som uttaler følgende:

«Det er mange unger som gir meg bekymring, men som jeg ikke får gjort noe med. Det er både feigt og vanskelig å følge opp, men det er mange ganger som jeg tenker; men hvordan skal jeg finne ut mer av det?»

Det er åpenbart at helsesøster ser og vurderer. Man kan spørre seg på den ene siden hvor går grensen, hvor begynner den alvorlige bekymringen, og på den annen siden, hvor kommer tvilen inn? Dette var spørsmål jeg stilte meg under observasjonene.

Hvis man forestiller seg at barnets kropp er en *helhet* som består av flere *deler*, (jamfør den hermetiske sirkel). For at kroppen skal bli *hel*, trenger den sunn kost, vitaminer, vaksiner og tannpuss. Men kroppen trenger også trøst, sensitivitet, lite smil og en klem, for å bli *hel* og *fin*. Her kan man trekke inn funn fra min empiri og se at helsesøster stort sett «bare» har fokus på de *delene* som har med barnets fysiske kropp å gjøre. Jeg som barnevernspedagog har kanskje «bare» fokus på de *delene* som handler om tilknytning. På den måten blir barnet ikke sett som en *helhet* hverken av helsesøster alene eller av barnevernspedagogen alene. Det danner en sårbarhet, slik at sirkelen ikke blir *hel*, *fin* og *rund*. Som gjør at *hele* barnet ikke blir sett. Dette kan få alvorlige konsekvenser for et barn som lever i omsorgssvikt.

Tiltros for at mine funn, som antyder, at helsesøster mest har fokus på barnets fysiske kropp og på praktiske gjøremål, vil jeg likevel hevde (og håpe) at helsesøster vanligvis har mer fokus på samspill mellom foreldre og barn, enn hva jeg klarte å fange opp under observasjonene. Jeg begrunner dette med, at jeg kan ha påvirket relasjonen under observasjonene, med mitt nærvær, slik at helsesøster muligens ble usikker og dermed valgte hun det «vanskelige» fra, det som handler om barnets psykososiale fungering, enn det hun vanligvis pleier å gjøre, uten mitt nærvær. Men med mitt nærvær fokuserte hun

kanskje mer på de praktiske oppgaver, som hun er god på. I tillegg skulle barnet ha to vaksiner, slik at tiden bli ekstra knapp, til at helsesøster kunne ha fokus på trøst, sensitivitet og lek, som er viktige foreldre ferdigheter, for å skape en god utvikling for barnet.

I arbeidet med avhandlingen ser jeg at jeg skulle ha reist tilbake til helsestasjonen og intervjuet helsesøster på nytt, i forhold til det jeg oppfattet som hennes manglende fokus tilknytning, fordi det kunne ha vært interessant, å fått anledning til å være med på observasjoner, når barnet *ikke* skulle ha vaksine, for å se om helsesøsterblikket på barnets psykososiale fungering ville ha fått større plass, enn det jeg opplevde det hadde. Dette fikk jeg dessverre ikke gjort, noe jeg ser er en svakhet ved avhandlingen. Hvis jeg hadde dratt tilbake til helsestasjonen og blitt med på observasjoner når barnet *ikke* skulle ha vaksine. Hvilke funn ville jeg gjort da? Det kan jeg ikke vite, men jeg har en hypotese om at disse konsultasjoner, også ville ha båret preg av at helsesøster hadde mest fokus på barnets fysiske kropp og det «normale». Denne hypotesen underbygges med Neumanns (2009) forskning om helsesøsterrollen, som sier at det er vanskelig å fange omsorgssvikt, fordi helsesøster blikket er preget av arbeidet med de normale og friske barn. Videre hevder Neumann at helsesøsterprofesjonen mangler kategorier og forståelse i forhold til å utvikle et bedre blikk, som er bedre egnet til å skille normal og avvikende barneatferd i helsesøsterfeltet. Mange helsesøster, i følge Neumann opplever seg som en som skal kontrollere helse i stort, og som er mer usikker når hun skal vurderer samspill, på den måten blir samspill en *grensefigur*. *Grensefiguren* er vanskelig å forholde seg til og gjøre noe med, og dermed blir mange barn værende i omsorgssvikt, tiltros for at barna kan ha blitt tilsett av helsesøster og andre profesjoner, ved flere anledninger i oppveksten, uten at noen fanger dem opp, fordi vi ikke vet hva det betyr, det vi ser. Dette er bekymringsfylt.

8.2.3 Helsestasjonens behov for kategorier for omsorgssvikt

Neumann (2009) viser til ulike teoretikere som har skrevet litteratur om hvorfor det er vanskelig å oppdage barnemishandling, hun omtaler det som det komplekse sosiologiske blikk. Det er viktig å prøve å forstå hvorfor mange helsesøstre (og andre profesjoner) som jobber med vanskeligstilte familier ikke tør å melde fra om deres bekymring for barn. Ofte handler det om hva man ser og hva man gjør med det man ser. Bekymringer for barn blir

ofte holdt skjult. Neumann foreslår at helsesøsterprofesjonen importerer kategorier og forståelser som er utviklet av andre profesjoner i forhold til å utvikle et bedre blikk som er bedre egnet til å skille normal fra avvikende barneatferd i helsesøster feltet. Helsesøstrene vil tjene mye på å utvikle egne kategorier som springer ut fra deres egne profesjonelle erfaringer. Kan det være slik som Mary Douglas (1997) hevder, at mennesket har behov for å ordne verden i kategorier for å lettere klarer å orientere seg i verden. Ubehagelige fakta som ikke passer inn, ignorerer vi eller forvrenger, slik at de ikke forstyrrer de etablerte antagelsene. Hvis man tenker seg at rene kategorier er de normale barn og de urene kategorier er de barn med avvik, ville det da bli lettere for helsesøster å fange opp og validere avvik, for de barn hun har en viss bekymring for?

«Å se, krever ikke bare kunnskap, det er en følelsesmessig utfordring. Det er smertefullt å se barn og foreldre som lider, samtidig som vi ofte opplever at det er lite vi kan gjøre med deres omsorgssituasjon» (Killen, 2004, s. 226).

Mange profesjonelle ser ikke, fordi det er ubehagelig å ta innover seg at barn lider, og fordi man blir satt i kontakt med vonde minner fra egne liv en helst ikke vil kjenne på. I tillegg mener Killen at kunnskapen om samspill ikke er god nok, og at det som blir observert derfor ikke tas tilstrekkelig alvorlig.

Helsestasjonen ser alle barn som vokser opp i Norge. Barnevernet ser 4% av alle barn i Norge (bufdir.no/statistikk, 2018). I en travel hverdag på helsestasjonen kan det være vanskelig å fange opp og «sile ut» de barn som gir grunn til bekymring. Til forskjell fra barneverntjenesten som får de barn som er «silt ut». Derfor er startpunktet for helsesøster vanskeligere og noe helt annet enn hos barneverntjenesten. Barnevernspedagogen er lært opptil å til se etter tilknytningskompetanse, helsesøsteren har kroppen som sitt utgangspunkt. Neumann (2009) finner at flere av helsesøstrene opplever at de ikke er ekspert på feltet samspill, som er et stort tema i psykologien, men at helsesøstre er en som skal kontrollere i helse i stort. Å vurderer kvaliteten på samspill mellom barn og foreldre er vanskelig. Det er mange måter å forstå hva som er bra trøst og hva som kjennetegner sensitive foreldre på. Ikke bare innenfor et profesjonsfelt, men også foreldrene har sin forståelse og sine egne erfaringer med å bli trøstet.

Klette (2007) sier at foreldre har behov for å bli klar over mer passende og omsorgsfulle trøsteteknikker, som de kan lære å bruke overfor små barn. Her har helsesøster en unik mulighet til å veilede foreldre, siden barnet skal ha to vaksiner. Alle barn jeg observerte ga tydelig uttrykk for at de hadde vondt og trengte trøst. Derfor skulle helsesøster virkelig ha trått til, og veiledet foreldrene før hun gav vaksinen og sagt: Nå får barnet ditt vondt og trenger å bli trøstet. Innen helsesøster vaksinerte barnet kunne hun vist gode trøsteteknikker på en dukke, samtidig med at hun veiledet foreldrene om viktigheten av trøst. På den måten kunne helsesøster ha tilegnet seg gode observasjoner. Som hun kunne ha kategorisert i *foreldrenes evne til trøst*, etter at barnet har fått vaksine.

I mitt materiale fant jeg tydelige funn på at helsesøster og jeg som barnevernspedagog hadde ulike oppfattelser og «sannheter» om når et barn ble trøstet godt nok. Helsesøster ga ikke uttrykk for at hun var bekymret for noe av de seks barna jeg observerte, hun mente at alle barna ble trøstet godt nok og hun sa at ingen av barna stod i fare for å bli omsorgssviktet. Likevel måtte hun i det ene tilfellet gripe konkret inn med veiledning til far, der hvor hun opplevde at han ikke klarte å trøste barnet sitt på en god måte. Det betyr nødvendigvis ikke at det er grunn til bekymringer rundt denne familien, slik helsesøster hevder. Likevel vil jeg mene at helsesøster skulle ha veiledet faren om gode samspillsmetoder som lek og trøst, for å hindre at barnet blir skjevutviklet og for å styrke foreldrekjærligheten mellom far og datter.

Et lite smil: Under de seks observasjoner jeg var med på, registrerte jeg flere små øyeblikk hvor jeg tenkte med min barnevernsblikk, at helsesøster fint kunne ha kommet med en liten kommentar til forelderen om at; det var bra det du gjorde nå, med slike små tilbakemeldinger, kunne det føre til at foreldrene blir mer bevisst sin positive væremåte, som indirekte føre til at barn og foreldre får flere gode tilknytningserfaringer. Dette vil igjen akkumuleres i barnet, og føre til at barnet danner seg gode indre forestillingsbilder. Jeg så flere episoder hvor foreldrene overså barnet. Jeg tenkte at helsesøster kunne ha grepet inn med en liten kommentar og sagt; se nå, barnet ditt ser på deg, det trenger et lite smil og en kos. Det er helt konkret emosjonell veiledning fra helsesøster, som hun kan gi i det øyeblikk det skjer, eller ikke skjer, som styrker tilknytningsbåndet mellom barn og foreldre. Dette krever lite tid, og handler derfor ikke om ressurser, men mer om

personlighet og bevissthet, over viktigheten av de små intuitive hverdags handlinger, som å, se viktigheten av et smil. Man kan undrer seg over, om profesjonaliseringen av helsesøster rollen (og andre) gjør noe med intuitiveten til den profesjonelle. Det kan virke som om intuitiveten forsvinner i teoretiske begreper og metoder. Styringsverktøyene tar over, og fokuset blir i stedet på barnets fysiske kropp og på praktiske gjøremål, enn på hjertelighet og intuitiveten. Det handler om å *være oppmerksom tilstedeværende*.

Profesjoner som har samarbeidet med foreldre på foreldrenes premisser, for eksempel, helsesøstre, har ofte manglet kunnskap og ferdigheter i å arbeide med motivasjon og problemerkjenning, slik som Killen (2004) hevder. Sosialarbeidere er muligens den profesjon som har arbeidet mest i konflikt med foreldre, og mange har utviklet en kompetanse i dette. Killen sier at hvis helsesøstre skal bidra mer aktivt i forebyggende arbeid, er det nødvendig at de også utvikler denne kompetansen. Det er vanskelig å gjøre noe med sosiale og psykiske problemer. En av de intervjuene Neumann foretok av en helsesøster, uttrykker seg på følgende måte:

Ja helse, vi er gode på å sjekke helse, og vi har jo denne listen vår som vi går igjennom. Men når det gjelder sosiale eller psykiske problemer er det mye vanskeligere. I det hele tatt, det som har med relasjoner å gjøre kommer gjerne på slutten av en konsultasjon, og dette er jo det minst håndfaste og også det vanskeligste (Neumann, 2009. s. 144).

Helsesøster forteller til meg at mange av de barna hun har hatt til kontroll opp gjennom årene, som har gjort henne bekymret, uten at hun har gjort noe med det. Hun beskriver at hun har hatt dårlig samvittighet for flere av barna. Helsesøster er opptatt av å ta høyde for barnets dagsform, og at komme på helsestasjonen kan oppleves som uvant for både barn og foreldre. Helsesøster gir uttrykk for at det er vanskelige vurderinger hun må gjøre i forhold til om noe er unormalt. Helsesøster forteller om en familie som kommer på helsestasjonen ved en annen anledning. Hun har tidligere meldt bekymring for foreldrenes to eldre barn, som siden er plassert i fosterhjem. Helsesøster sier hun er svært bekymret for det nye barnet på 4. måneder, og hun er veldig usikker på om foreldrene klarer omsorgen for det nye barnet. I Neumanns (2009) materiale finner hun

at mange helsesøstre strekker seg langt for å følge opp de familier, de er ekstra bekymret for. Hun gir disse familier utvidet veiledning. Ingen av de helsesøstre Neumann har snakket med, griper uten videre til barnevernet, fordi helsesøster ikke vil gjøre foreldrene urett, og fordi helsesøster opplever det som ekstra belastende for en familie og bli meldt til barnevernet. Neumann sier at flere av helsesøstrene hun intervjuet opplever at dersom helsesøster sender en bekymringsmelding til barnevernet, har helsesøster ingen mulighet for å være i dialog med barnevernet. Mange opplever at det ikke nytter å sende bekymringsmelding til barnevernet. Tvilen helsesøstrene erfarer når de skal avgjøre om de har grunn til å være bekymret skyldes på den ene siden erfaringer med handlingsalternativer og (mangel) på positive resultater i det omkringliggende støtte- og kontrollapparat som barnevernet og på den annen side, at helsesøster alltid må vurdere om det er hun selv, eller konsultasjonen som kontekst, som utløser bekymringsfull atferd hos barnet. Helsesøstrene har en ensom jobb hvor de jobber mye alene og har et stort ansvar med å fange opp og stole på egne vurderinger og avgjørelser. Videre er samarbeidet med øvrige instanser der i blant barneverntjenesten til tider utfordrende (Neumann, 2009).

Den manglende tilbakemeldingen fra barnevernet, fører til at helsesøster får en forestilling om at det ikke nytter å melde. Derfor strekker helsesøstrene seg langt, for å unngå å melde til barnevernet, fordi de ikke vil gjøre foreldrene urett, og fordi de ikke vil blande seg i privat livet, som ligger dypt i oss slik Neumann (2009) hevder. En annen mulig forklaring på hva som hindrer helsesøstrene i å melde bekymring for et barn, er at helsesøster har et langvarig og forpliktende samarbeide med foreldrene, som gjør det vanskelig å melde. Man kan spørre seg om det er rimelig at helsesøstre skal se og oppdage bekymringer for et barn i forhold til problemstillinger de ikke er trent til å skulle løse, slik Neumann hevder. Hun sier at det er viktig å holde fast ved at helsesøsters profesjonelle selvforståelse ligger i normaliteten, og helsesøsters blikk primært er rettet mot det normale. Det betyr ifølge Neumann også fravær av et mistenksomhetsblikket rettet mot avvik. Dermed er ideen om at helsesøster, fordi hun ser så mange barn, lett vil oppdage dem som utsettes for omsorgssvikt, forfeilet.

Gode nok foreldre

Normalitetsbegrepet *gode nok* foreldre, konstrueres av barnevernsarbeidere. Det er et kompleks begrep som er vanskelig å måle. Barnevernsarbeideren har stor makt gjennom at de befinner seg i en posisjon der de er gitt myndighet til å fatte beslutninger som direkte berører foreldrenes liv. Og i sin streben med å finne ut av familiens utfordringer og løsninger på disse, definerer barnevernsarbeidere «sannheter» om hva det betyr å være *gode nok* foreldre. Begrepet *gode nok* foreldre opererer som et tankeredskap for barnevernsarbeideren og kan forstås både som et uttrykk for noe som de mener er «riktig» slik (Fauske et al., 2017) hevder. Fra samfunnets side ligger det en implisitt tillitt til at barnevernsarbeiderens skjønnspregede vurderinger foregår på en fornuftig måte. Barnevernsarbeiderens oppgave er å skille de som er *gode nok* foreldre fra de som ikke oppfyller dette *gode nok*. (Fauske, et al., 2017 s. 10) omtaler dette som den bedømmende virksomhet, under betingelser av ubestemthet, som bygger på fortolkninger, som hviler på svake argumentative holdepunkter. Begrepet *gode nok* foreldre som barneverntjenesten anvender i sin praksis er hentet fra kritisk realisme. Det betyr at begrepet har en innholdsmessig variasjon, ut fra hvilken sosialt eller faglig fellesskap vi tilhører. Her kan man forklarerer hvorfor to profesjoner som helsesøster og barnevernspedagogen ser og forstår samme fenomen ulikt. Derfor kan foreldrene på sin side, oppleve det som risikabelt å argumenter mot normalitetsbegrep, fordi de fremstilles som om de bygger på et vitenskapelig grunnlag. I sin ytterste konsekvens, bidrar dette til ytterligere å redusere sårbare familiers mulighet, til å kunne forutsi sin rettslige posisjon og forfølge sine livsvalg. Det er derfor lett å trå feil når en barnevernspedagog, skal vurderer om et barn har «gode nok» foreldre. Derfor kan man konkluderer med; å arbeide med foreldre og barn, er komplekst. Det krever ydmykhet, mot, samarbeidsevner og kompetanse.

8.2.4 Oppsummering

I denne delen om to profesjoners ulike sannhet og forståelse på barns behov, har jeg forsøkt å vise hvordan bevissthet rundt et barns behov for eksempelvis trøst, lett kan fokuseres mer på i konsultasjonsrommet hos helsesøster. For å skape mer fokus på trøst og dens viktige betydning for et barns utvikling, må man starte allerede i grunnutdanningen til helsesøster og barnevernspedagogen. Å arbeide som helsesøster

er en krevende jobb. Hver dag jobber hun alene og tett på mennesker og spesielt på sårbare mennesker, som små barn på helsestasjon. Derfor er det viktig at helsesøster har nok tid og ressurser, til å fange opp små barn som lider. Vi vet at det er vanskelig å se og oppdage barn som vokser opp i omsorgssvikt. Derfor må det tilføyes flere ressurser til helsestasjonen. Det kan være i form av at helsesøster og barnevernspedagogen samarbeider til daglig på helsestasjonen, som en naturlig del av oppfølgingen av alle barn i Norge. Vi jobber hver især med samme kropp, men med ulik «sannhet» på samme kropp. Ved å samarbeide på en bedre måte, vil vi nærme os en riktigere «sannhet» på *hele* kroppen, på en bedre faglig fundert måte, slik Storø (2008) beskriver det.

8.3 Hvordan kan man forstå at tilknytningsteorien gir ulik mening i ulike kontekst?

I avhandlingens siste drøftingsdel vil hodefokuset være å se på tilknytningsteoriens ulik mening i ulike kontekst. Det «skrøpelige» versus det «robuste» barnet, vil bli behandlet i denne delen. Foucaults perspektiv på blikket, har betydning når man eksempelvis skal velge egnet metode, for observasjon av samspill mellom barn og foreldre, vil bli beskrevet. Avslutningsvis i denne drøftingsdel vil tilknytningsprogrammet Circle of Security (COS) bli diskutert.

8.3.1 Snakk med foreldre om trøst og lek, ikke om tilknytning

Hvorfor trenger vi å snakke om tilknytning? Fokuset må heller være å utstyre foreldre med evidensbasert informasjon om barnets utvikling og hvordan foreldre skal samhandle og leke med barna sine, når de vokser opp og utvikler seg. Folk flest er helt fornøyd med variasjon i små barns høyde, vekt og evne til å snakke, men vil ikke ha variasjon i tilknytningen (The British Psychological society, 2017). Hvis man trekker en linje til beskrivelsen i forrige drøftingsdel, hvor jeg beskrev hvordan intuitiveten nærmeste forsvinner i teoretiske begreper og metoder, som betyr at helsesøster (og andre) fokuserer enda mere på barnets fysiske kropp og praktiske gjøremål, fordi det er mer konkret og målbart, er uheldig. Tilknytning på sin side er en type abstraksjon som er vanskelig å observere og beskrive. Den profesjonelle bør i følge Melinder (2014) utvise forsiktighet i sine fortolkninger når man skal vurderer samspill mellom foreldre og barn fordi, det ikke finnes retningslinjer for samspillsvurderinger. Å gjøre det abstrakte slik som

tilknytning er, mer konkret, kan enkelt gjøres ved å snakke med foreldrene om viktigheten for et barn å bli trøstet på en god måte. Dermed blir tilknytningsteorien som er abstrakt, omgjort til praktisk og konkret barneomsorg. Å legge så mye vekt på tilknytning hjelper ingen. Å fortelle foreldre at i de to første årene av et barns liv, at det er kritisk viktig med tilknytning, for et barns fremtidige utvikling vil sannsynligvis gi mange foreldre grunn til bekymring. Hva om en av foreldrene led av psykiske lidelse etter at barnet er født, eller hvis barnet er alvorlig syk eller behov for spesiell omsorg i de første måneder og årene av livet? Foreldre kan bli unødvendige bekymret for om de kan få til en god tilknytning med barnet (The British Psychological society, 2017). Vi som jobber med mennesker, behøver å være *oppmerksom tilstedeværende* (Neumann og Neumann, 2012), slik at vi kan bli oppmerksomme på oss selv og bruke intuisjon, når vi veileder foreldre.

Flere hevder at tilknytningsteorien har sine begrensninger. Den legger liten vekt på individuelle forskjeller, og den fokuserer ikke mye på forelderens evne til forandring. Det er imidlertid ingen teori som hittil har klart å utkonkurrer tilknytningsteorien. Å forstå at tryggtilknytning fører til vellykket utvikling, mens utrygg tilknytning fører til mislykket utvikling, er ikke utfordrende på noen måte. Men å forstå kompleksiteten av utviklingen, er betydelig vanskeligere, når man ser utviklingen parallelt med genetiske faktorer (The British Psychological society, 2017).

Den voksende interessen for genetik og nevrobiologiske mekanismer som danner utvikling, betyr at begrepet «det robuste» barnet har overlevd. Sommer (2014) viser til forskning gjort på 1950 tallet som viser at det er svært ulikt hvordan barn responderer på risiko. På den ene siden kunne noen barn fremstå som svært robuste, på den andre siden kunne noen reagerer negativt. Robusthet handler om å forstå hvordan individuelle forskjeller samspiller med miljø. Begrepet *robusthet* er relevant å ta med i diskusjonen, når man skal prøve å forstå et barns utvikling. Mye forskning innenfor robusthet kontra det skrøpelige har vært dominert av et elendighetsperspektiv. Derfor vil det være relevant å stille seg spørsmålet: Hvorfor noen er mer robuste enn andre? Sommer undrer seg over hvilken relativ betydning barndomsperioden har, som en del av et menneskers totale levetid? Når et gjennomsnittsmenneske har kommet gjennom barndommen, har det fortsatt 60 år igjen å leve. Derfor hevder Sommer, at det på den ene siden er vanskelig

å påstå at personligheten blir mer eller mindre ferdig formet og fast i løpet av barndom og ungdom og på den annen side, at årene etter barndommen i et menneskes liv «bare» består av mindre justeringer.

Kvellos (2010) samspillpunkter som jeg brukte under mine observasjoner, ser jeg i ettertid var snevret, siden jeg ikke har kunnskap foreldrenes sosioøkonomiske forhold, familiens nettverk og foreldrenes psykiske helse. Dermed blir observasjon av tilknytning, kun en del av en helhetsvurdering. Likevel vil jeg hevde at observasjon av tilknytning mellom barn og foreldre er svært viktig, når man skal prøve å forstå hvordan et barn har det. Forskning i dette årtusen har lagt merke til den komplekse sammenheng mellom våre gener og miljøet, når det gjelder å bestemme motstandskraft og sårbarhet. Jo mer vi lærer om genetiske markører av motstandskraft og sårbarhet, desto mer blir det åpenbart at det å forutsi barns utvikling er utrolig vanskelig. Kanskje dette er grunnen til at begreper som det «skrøpelige» og det «robuste» barnet ikke har tatt publikums begeistring på samme måte som tilknytning har. Enkle årsaksforhold som vurdering av samspill er attraktive, fordi samspill er lett å forså. Derimot blir det komplekst, når man i tillegg skal ta høyde for genetiske og nevrobiologiske mekanismer.

8.3.2 Det finnes ikke en sannhet

Hvordan kan man forstå at samme situasjon utløser ulike handlinger ut ifra hvilken profesjon man er i, men også i forhold til yrkeserfaring, personlige bakgrunn og posisjon som deltager i samfunnet, bidrar på ulike måter til vår forståelse. Hvordan kan man vite hva som er riktig, hva er sannheten? Når Foucault (1977) trekker frem blikkets betydning i boken hans *Overvåkning og straff* handler dette blant annet om å trekke linjene mellom persepsjon og språk, det vi ser er påvirket av våre kunnskaper, holdninger og verdier. Som har betydning for når man skal sette inn hjelpetiltak. En barnevernspedagog eller en helsesøster vil aldri kunne finne en sannhet, da en sannhet ikke eksistere, men gjennom våre faglige blikk kan man bestrebe seg på å komme så nært «sannheten» som mulig. Sannhetsbegrepet til Foucault handler om at ny kunnskap ikke skal erstatte gamle sannheter, men komme i tillegg. Det finnes ikke en klar sannhet, det må åpnes opp for nye alternative perspektiver. Hvis man trekker en linje til eksemplet med gutten og tåteflasken, hvor jeg var bekymret med mitt barnevernsblikk og helsesøster med sitt

helsesøsterblikk, ikke var bekymret. Hvor finnes sannheten da? Konklusjonen må bli at vi som jobber med barn og deres familier må ta i bruk ulike metoder når vi skal vurderer barns utvikling. Alle metoder har sine begrensninger, og når man skal oppnå kunnskapen om barn er det en utfordring å velge et bredt spekter av metoder, for å klare å se alle de ulike sidene av barnets liv. Dette kan settes i sammenheng med Foucaults understrekning av betydningen av flere sannheter. Observatøren kan ikke si seg fornøyd med *en* observasjon av barnet, det må tas flere og gjerne med ulike tilnærminger, for nettopp å oppnå flere sannheter om barnet. Et mål må være å ikke å finne «sannheten» om barnet, men flere «sannheter» som tilsammen gir en utvidet forståelse av hvordan barnet har det i sitt liv. Forforståelsen vil være med observatøren i videre søken mot forståelse for hvordan barnet har det i sin hverdag. Barnet har både en fortid og en fremtid som vi må ta hensyn til i hverdagen (nåtiden). Risikoen i et slikt arbeide handler om i hvor stor grad blikket er preget av institusjonens vedtatte sannheter, eller om observatøren klarer å ta i bruk det kliniske blikket i møtet med observasjonen (Tidsskrift for nordisk barnehageforskning, 2017). Når eksempelvis en helsesøster eller en barnevernspedagog skal vurderer hvor grensene for hva som fører til at foreldrene havner på den ene eller den annen siden av vurderingen av samspill, er utydelige. Barnevernet legger stor vekt på samspill og tilknytning og dens betydning. Forskning viser at både langvarig fattigdom og psykisk helse påvirker foreldrenes evne til å yte omsorg og å tilegne seg nye måter å utøve omsorg på. Det kan derfor sies å være et paradoks at sosioøkonomiske forhold inngår i barnevernets undersøkelse, samtidig som barnevernet som oftest ikke har tiltak som retter seg mot materielle forhold. Forskning viser at kvaliteten på samspillet mellom barn og foreldre vektlegges mer, enn fokuset på at barn i barnevernet ofte har faglige utfordringer på skolen (Fauske, et al., 2017. s. 9).

8.3.3 Er COS tiltaket virksom?

COS metoden er etablert på tilknytningsteori fra utviklingspsykologien. Teorigrunnlaget er samspill og tilknytning og gir metoden legitimitet, da det tas for gitt at den er «sann». Dette til tross for at man ikke har forskning som dokumenterer resultatene av COS-veiledning i Norge. Internasjonal forskning er også svak, siden det kun finnes to studier hvor målgruppen i tillegg er en helt annen. I lys av Foucault (2001) kan man forstå at slike programmer er legitimering av «normal» foreldrefungering. Med andre ord fungerer det

som en type disiplinering av sårbare familier. I så måte er det betenkelig at foreldrene påtvinges til å utøve sin omsorg i tråd med barnevernets ønsker, ikke finnes forskning eller annet kunnskapsgrunnlag som tilsier at slike tiltak er virksomme.

8.3.4 Oppsummering

Tilknytningsteorien som vist ovenfor, møter kritikk, likevel hevder mange at den fortsatt er en egnet metode, når man skal forstå hvordan et lite barn har det, når det er i samhandling med sine foreldre. Under mine observasjoner så jeg at tilknytningsadferden fra barnet, aktiverte foreldrene, når barna hadde det vondt etter å ha fått vaksine. Jeg så at foreldrene trøstet barnet sitt, men på ulike måter, med ulik sensitivitet. I siste drøftingskapitlet har jeg vist at når man skal vurderer et barns utvikling må man anvende flere metoder, fordi det finnes ikke bare en «sannhet», det finnes flere «sannheter».

9 Avslutning

Oppsummering av resultatene

Empirien i avhandlingen viser at helsesøster har mange arbeidsoppgaver, som føre til at det er vanskelig å ha fokus på tilknytning. Derfor har hun, bevisst eller ubevisst mest oppmerksomhet på barnets fysiske kropp. En måte å skape mer fokus på *hele* barnet, er å være seg bevisst på begrepet *awareness*, som Neumann og Neumann (2012) oversetter med *oppmerksom tilstedeværelse*. En slik bevissthet sammen med selvrefleksjon, fører til at man lettere åpner opp for følelser, både foreldrenes og hjelperens, som i neste omgang kan forteller noe om hvordan barnet har det. Min empiri tyder på at helsesøsters arbeidssituasjon fører til at hun har et manglende fokus på barnets psykososiale fungering, fordi hun er gitt en oppdragende rolle fra staten, hvor det forventes at hun styrer foreldrene til å ta sunne og gode valg med vitenskapelige kunnskap som legitimerende begrunnelser, og dermed fungerer hun som en *helsepoliti* (Foucault 1977). Helsesøsters praktiske gjøremål tar tid, slik at tiden blir kort til å ha fokus på tilknytning, som kan være vanskelig å fange opp og beskrive. Hvis helsesøsteren i tillegg ikke er seg nok bevisst om sin egen betydningsfulle rolle og ikke tør å stole på sin intuisjon, fordi den forsvinner i *systemverdenen*, hvor det er de praktiske gjøremål og de teoretiske begreper som er viktige, og ikke gjennom *livsverden*, hvor det er den forståelsesorienterte handling som gjelder, da blir det vanskelig å ha fokus på *trøst* og dens betydning.

Refleksjon rundt forskningsprosessen

Under min første observasjon skjønnte jeg raskt, at hvis jeg skulle ha mulighet for å fange opp et blick eller et lite smil, måtte jeg være *oppmerksom tilstedeværende* (Neumann & Neumann, 2012), fordi ting skjedde fort. Jeg hadde derfor ikke tid til å notere underveis. I ettertid ser jeg, at jeg skulle ha tatt opp observasjonene på video, fordi det ville ført til større validitet, fordi det ville ha gitt meg mulighet for å kontrollere mine funn. Jeg opplevde at når to profesjonsverdener møtes, kan man lett snakke forbi hverandre. En utfordring i arbeidet, har vært å både være «forsker» og barnevernspedagog. En styrke ved avhandlingen, slik jeg ser det, er at jeg har hatt fokus på mine egne følelser under arbeidet. Følelsene kan fungerer som som en informasjonskilde på hvordan barnet har det, slik Abrahamsen (2004) hevder.

Perspektivering i forhold til avhandlingens tema

Jeg har sett hvordan helsesøsteryrket er preget av barnets fysiske kropp (*en del*) og hvordan barnevernsyrket er preget av tilknytningsteori (*en del*), og hvordan de to yrker prøver å skape hver sin egen *helhetsforståelse*. Når to livsverdener møtes kan det skapes en følelsesorientert handling og gi en bedre helhetsforståelse, men det kreves samarbeide for på få det til. Fordi hver livsverden «bare» har sin *del* av «sannheten». Jeg har sett at helsesøster gjør en viktig jobb, jeg har *også* sett at det finnes barn som står i fare for å vokse opp i omsorgssvikt, fordi eksempelvis en helsesøster ikke er nok *oppmerksom tilstedeværende*, i forhold til å fange opp tegn på omsorgssvikt.

Perspektivering i forhold til praksis

Gjennom analysing og teori om tilknytning, har jeg sett at en helsesøster og en barnevernspedagog vektlegger trøstens betydning ulikt. Jeg har sett at helsesøster ikke vektlegger i noen stor grad, trøst og sensitivitetens betydning. Det kan virke som om det er for komplekst i en travel hverdag på helsestasjonen, og dermed unnlater helsesøster å ha fokus på dette. Det kan handle om at hun ikke vet hva hun skal gjøre med det hun ser. Mangel på kategorisering er en sentral del av utfordringen. Hvis helsestasjonen lagde seg egne kategorier for omsorgssvikt, ville de lettere kunne fange opp tegn på at det er noe galt med omsorgen for et barn. Det er åpenbart et helsesøster ser og vurderer og at hun er en viktig person for et barns utvikling. Men hvor går grensen for, når den alvorlige bekymringen begynner. Jeg vil foreslå slik Neumann (2012) beskriver det, at helsesøsterprofesjonen importerer kategorier og forståelser som er utviklet av andre profesjoner i forhold til å utvikle et bedre blikk, som er bedre egnet til å skille normal og avvikende barneatferd i helsesøsterfeltet. På den måten kan helsesøster bedre fange opp barn som lever i omsorgssvikt.

Perspektivering i forhold til videre forskning

Jeg har funnet i empirien at det er grunnlag for å mene, at det kreves mer fokus på de «små tingene» ved å gjøre foreldrene oppmerksom på betydningen av et lite smil, å sitte tett i armkroken og å bli trøstet. Det er konkret samspillsveiledning som ikke krever særlig tid eller ressurser. Ikke la de «små tingene» forsvinne i systemverden. Derfor må rådet være til helsesøster: Forsett å være *helsepoliti*, for det er viktig at vi får sunne og sterke barn. Men husk å snakke med foreldre om lek og trøst, stol på intuisjonen og *være oppmerksom tilstedeværende* i møte med barn, og spesielt i møtet med sårbare barn.

10 REFERANSELISTE

- Abrahamsen, G. (2004). *Et levende blick*: UNIVERSITETSFORLAGET
- Bringmann, S. & Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). GYLDENDAL AKADEMISK
- Bringmann, S. & Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). GYLDENDAL AKADEMISK
- Broden, M. B. (1989). *Mor och barn i Ingenmannsland*. Almqvist & Wiksell, Stockholm
- Buudir, (2017, 20. mars). *Vold, overgrep og mobbing*. Hentet fra https://buudir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/
- Buudir, (2017, april – juni). *Kompetansebehov i barneverntjenesten*. Hentet fra [https://www.buudir.no/Global/aktuelt/Barnevern/Kompetansebehov%20i%](https://www.buudir.no/Global/aktuelt/Barnevern/Kompetansebehov%20i%20)
- Buudir. (2018, 18. november). *Barnevernsstatistikk*. Hentet fra https://www.buudir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/
- Christiansen, Ø. & Kojan, B. (2016). *Beslutninger i barnevernet*. Oslo Universitetsforlag
- Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, B. Powell, B. (2015). *Trygghetssirkelen*. GYLDENDAL AKADEMISK
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. (2. utg.). UNIVERSITETSFORLAGET
- Douglas, M. (1997). *Purity and danger*. Pax Forlag. Oslo
- Donovan, R. M. & Sletteland, N. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Gyldendal
- Eriksen, T. H. (2010). *Små steder og store spørsmål*. (3. utg.). UNIVERSITETSFORLAGET
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. (1. utg.). FAGBOKFORLAGET
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. (2. utg.). FAGBOKFORLAGET
- Fauske, H., Langsrud, E. & Lichtwarsk, W. (2017). *Et maktperspektiv på «gode nok foreldre» i barnevernets kontekst*. Tidsskriftet Norges Barnevern 02.05.2017 s 126-138.
- Forskningsetisk komite. (2014). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/
- Foucault, M. (1977). *Overvåkning og straff*. Fakkell
- Foucault, M. (2001). *Overvåkning og straff*. (2. opplag). Fakkell
- Gadamer, H. G. (1997). *Sanning om metod*. Daidalos Gøteborg

- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. (3. utgave) UNIVERSITETSFORLAGET
- Grue, J. (2015). *Teori i praksis*. FAGBOKFORLAGET
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. (1. utg.). FAGBOKFORLAGET
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. (2. utg.). FAGBOKFORLAGET
- Hart, S. & Schwarz, R. (2009). *Fra Interaksjon til relasjon*. GYLDENDAL AKADEMISK
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. GYLDENDAL AKADEMISK
- Hart, S & Schwarz, R. (2015). *Barnet*. GYLDENDAL AKADEMISK
- Helsetilsynet, (2006, 29. juni). *Gjennomgang av barnevernssaker* Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/om_helsetilsynet/styringsdok/barneverngjennomgang_mandat_29_juni_2016.pdf
- Helsedirektoratet, (2019, 7. februar) *Helsestasjonsprogrammet 0-5 år* Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>
- Killen, K. (2004). *Sveket*. Oslo: Kommuneforlaget
- Klette, T. (2007). *Tid for trøst*: NOVA Rapport
- Kommunetorget, (2015). *Kommunikativ planlegging og planlegging i praksis* Hentet fra <http://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/Hva-er-kommunikativ-planlegging/>
- Kvillo, Ø. (2010). *Barn i risiko*. (1. utg.). Oslo: GYLDENDAL Norsk Forlag
- Kvillo, Ø. (2015). *Barn i risiko*. (3. utg.). Oslo: GYLDENDAL Norsk Forlag
- Lovdata (2017, 1. juli). *Lov om barneverntjenester* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Lovdata (2018, 1. november). *Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjonens- og skolehelsetjenesten* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Løkken, G. (2012). *Levd observasjon*. CAPPELEN DAMM AKADEMISK
- Martinsen, K., Sørensen, N, Ø. & Øye, C. (2018). *Å tenke med Foucault*. Fagbokforlaget
- Melinder, A. (2014). *Sakkyndighetsarbeid*. Oslo Universitetsforlaget
- Mørch, W. T. (2017). Historiske tilbakeblikk. *Den helsevitenskapelige fakultet* <http://dua.uit.no/wp-content/uploads/2017/06/1-Willy-Tore-Historisk-tilbakeblikk>

- Neumann, I. B. (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Cappelen
upopulære skrifter
- Neumann, C. B. (2009). *Det bekymrede blikk*. Novus forlag
- Neumann, C. B & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen*
CAPPELEN DAMM AKADEMISK
- Olesen, S. G & Pedersen, P.M. (Red). (2000). *Pædagogik i sociologisk perspektiv*.
Forlaget PUC
- Psychotherapy networker (2011). *Do We Still Need Attachment Theory* Hentet fra
<https://www.psychotherapynetworker.org/blog/details/1103/do-we-still-need-attachment-theory>
- Psykologitidsskriftet, (2008, 11. November). *Et begrep som skaper nye relasjoner*.
Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/bokessay/2008/11/et-begrep-som-skaper-nye-relasjoner>
- Regjeringen, (2018, 22. juni). *Tydligere lovverk om opplysningsplikt til barnevernet*:
Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/tydeligere-loverk-om-opplysningsplikt-til-barnevernet/id2605599/>
- Regjeringen, (2003, 3. April) Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i
helsestasjonens- og skolehelsetjenesten. Hentet fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/is-1154_2619a.pdf
- Skau, G. M. (1996). *Mellom makt og hjelp*. (2. utg.). Tana Aschehoug
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*: Høyskoleforlaget
- Smith, L. (2006). *Oppvekst og psykologisk utvikling*: Oslo Universitetsforlaget
- Sommer, D. (2014). *Barndomspyskologi*. FAGBOKFORLAGET
- Storø, J. (2008). *Sosialpedagogisk praksis*. UNIVERSITETSFORLAGET
- Tidsskrift for nordisk barnehageforskning (2017, juli). *Observasjonens betydning i den profesjonelle praksis*. Hentet fra [file:///C:/Users/bruker/Downloads/1984-Artikkelen-7088-1-10-20170703%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/bruker/Downloads/1984-Artikkelen-7088-1-10-20170703%20(2).pdf)
- The British Psychological society (2017, januar). *Overrated: The predictive power og attachment*. Hentet fra <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-30/january-2017/overrated-predictive-power-attachment>
- Vormnæs, O. (1996). *Vitenskap, enhet og mangfold*: Oslo Gyldendal Norsk forlag

VEDLEGG 1

NSD

Halvard Vike

3603 KONGSBERG

Vår dato: 08.12.2017

Vår ref: 57100 / 3 / LAR

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning S 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 14.11.2017 for prosjektet:

57700	Hvordan trøster mor barnet sitt etter å ha fått vaksine på helsestasjon
Behandlingsansvar/ig	Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Halvard Vike
Student	Lea Ærensgaard

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av S 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

'opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon

'Vår prosjektvurdering, se side 2

- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet
Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre
institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt
Ved prosjektslutt 01.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen
av personopplysninger

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med
prosjektet!

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / Lasse.Raa@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lea Ærensgaard, lea-hau@online.no

VEDLEGG 2

Forespørgelse om deltagelse i masterprosjektet: Hvordan trøster mor barnet sitt etter det har fått vaksine på helsestasjonen

Jeg heter Lea Ærensgaard og går siste året på master "Forebyggende arbeide for barn og unge" ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Mitt masterprosjekt har arbeidstitelen "Hvordan trøster mor barnet sitt etter det har fått vaksine på helsestasjonen".

I løpet av det neste året som masterstudent håper jeg å finne ut mer om trøstens betydning for barnets utvikling. Derfor ønsker jeg å være med på 7 konsultasjoner hvor barn får vaksine for å observerer hvordan samspillet er mellom mor og barn i trøstessituasjonen etter det har fått vaksinen. Etter hver konsultasjon ønsker jeg å intervju deg som helsesøster om din opplevelse av mors trøsteferd. For å best mulig få med all informasjon er det ønskelig at intervjuet tas opp på lydopptaker. Siden vil intervjuet transkriberes og lydopptaket slettes.

Alle personligopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navn og andre karakteristiske kjennetegn vil anonymiseres slik at de deltagende i prosjektet ikke vil kunne gjenkjennes i avhandlingen. Døng@et er kun to veiledere som har tilgang til materialet som samles inn. Ved masteravhandlings slutt slettes all innsamlet informasjon.

Det er frivillig å være med som informant i prosjektet og du kan når som helst trekke deg.

Dersom du har spørsmål om prosjektet kan du ta kontakt med meg på e-post leahau@online.no eller kontakte mine veiledere halvvard.vike@usn.no eller ellinor.young@usn.no.

Masterprosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til å delta i prosjektet: Jeg har mottatt informasjon om prosjektet, og er villig til å delta

7/2-18 Gaulset helsestasjon, Ingvild G. Hegn
DATO STED UNDERSKRIFT

Vennlig hilsen Lea Ærensgaard

VEDLEGG 3

Intervjuguide

Jeg ønsker å snakke med deg om din opplevelse av mors evne til å trøste barnet sitt etter det har fått vaksine på helsestasjonen. Jeg vil stille deg noen spørsmål rundt dine tanker om betydningen av trøst og hva du eventuelt tenker og gjør hvis du opplever at mor strever med å trøste barnet sitt.

- Hva innebærer trøst for deg?
 - Hva handler trøst om?
 - Hva gjør du hvis du opplever at barnet ikke får den trøst det trenger?
 - Er det mulig å endre mors trøsteadferd, og eventuelt hvordan?
 - Opplever du at helsesøstre har fokus på trøst?
-
- Var trøst et tema i utdanningen?
 - Er det mulig å endre mors trøsteadferd og eventuelt hvordan?

VEDLEGG 4

	Barn 2	Gutt 3mnd
	mor og far	mor og en datter
	er lysester.	har ikke sammen-
1	Kroppsposeitur: Barnet lå tett og fint samtill mor. Mellom de to vaksiner trøstet mor med sterne og hun forbereder til neste stikk.	
2	Nærhet versus distanse Mor og barn hadde fin nærhet.	
3	Fysisk berøring Barnet fikk fysisk berøring fra mor, hun ropte. Ved barnet ved flere anledninger.	
4	Blikk Barnet hadde lite blikk- kontakt med mor. Bortsett	

5 Verbalt
mor snakket til
og med barnet,
hun forberedte
barnet ift neste stikk,
hun trøstet barnet
med sin sterne

6 Barn - versus voksenstyrt
Fin rytme

7 Turtaling - engasjement
mor engasjerte seg
i det barnet skulle
gjennom

8 Spilling
mor speiler barnet
ved at hun snakket til
og med barnet i ft
stillehet han fikk og i ft
stillehet han skal fe.

9 Affektinnføring
mor trøster barnet
adekvat og hun var
innført på barnets
område

10 Cues vs miscues

- Råd fra helsesøster
H. gir/hjelper mor/

- Finst å legge barnet
på magen fra 2-3 mnd
alder.
- Hva gjør mor før
under og etter
stillehet
- Mor lar barnet gråte
ferdig, hun avlede
ilke barnet, hun
lar ham bli ferdig.
Når han er ferdig prøver
hun å gi ham sukker
fersklig, han vil ilke
ha den, mor respekter det.
- Triste/jinø gull
- H. barnet hadde en
normal reaksjon etter
stillekene.
- Praktisk omsorg - ilke bekymret.
God kontakt.