



**Høgskolen i Telemark**

Avdeling for helse – og sosialfag

## De usynlige barna



*Helsesøsters utfordringer i arbeidet med å fange opp psykisk lidelse hos foreldre*

Katrine Slettedahl

Høst 2012

MASTEROPPGAVE

Master i flerkulturelt arbeid med barn og unge

Høgskolen i Telemark  
Fakultetet for helse – og sosialfag  
Institutt for helse – og sosialfag  
Kjølnes ring 56  
3918 Porsgrunn

<http://www.hit.no>

© 2012 Katrine Slettedahl

Denne avhandlingen representerer 60 studiepoeng

## Sammendrag

Denne oppgaven er et resultat av min interesse for temaet psykisk sykdom/lidelse i familien, og da spesielt rettet mot barn som vokser opp med psykisk lidelse hos en eller begge foreldre.

I forhold til valg av forskningsfelt(helsestasjonen), handler dette i hovedsak om deres posisjon i forhold til barnefamilier, da nær 100 % av alle sped – og småbarnsfamilier velger å benytte seg av dette tilbudet.

Selve motivasjon bak prosjektet lå i ønsket om å bli bedre kjent med en av de allmenne, obligatoriske tjenestene rundt spedbarn – og barn, og deres opplevelse i møtet med psykisk lidelse i familien.

Jeg fikk tilgang til tre informanter via ledende helsesøster i kommunen. Helsesøstrene har ingen spesifikk kompetanse rette mot psykisk lidelse, annet enn kunnskap de har tilegnet seg via kurs og lignende. Jeg hadde heller ikke dette som et nødvendig kriteri, da alle helsesøstre – spesialkompetanse eller ikke – må forholde seg til denne type problemstillinger.

Jeg valgte å benytte meg av metoden kvalitativt forskningsintervju. Mitt valg av metode ble gjort med bakgrunn i ønsket om å få et dypere innblikk i – og forståelse av helsesøsters opplevelse av utfordringer knyttet til arbeidet med å se og fange opp psykisk lidelse hos foreldre.

Ut ifra dette utarbeidet jeg en semistrukturert intervjuguide, med følgende hovedproblemstilling:

### **Hvilke utfordringer står helsesøster ovenfor i arbeidet med å fange opp psykisk lidelse hos foreldre?**

I transkriberings – og analyseringsfasen fordelte helsesøstrenes opplevelser seg inn i tre kategorier, som videre ble underkategorier til problemstillingen. Disse underkategoriene belyser ulike og komplementære forhold ved helsesøsters utfordringer i dette arbeidet. De tre underkategoriene er:

- Utfordringer knyttet til kulturelle forhold
- Utfordringer knyttet til institusjonelle – og strukturelle forhold
- Utfordringer knyttet til relasjonelle forhold.

Studiens resultat viser hvordan helsesøsters utfordringer i møte med denne problemstillingen er av en kompleks karakter, uten noen entydig konklusjon. Jeg fikk imidlertid et dypere innblikk i helsesøsters opplevelse i disse møtene, og en bedre forståelse for hennes vurderinger og handlinger her.

Resultater: Prosjektet har gitt meg et godt innblikk i disse helsesøstrenes møte med psykisk lidelse hos foreldre. De har beskrevet opplevelser i møtet med definerte lidelser, og utfordringer i de tilfeller der lidelsen ikke er bekreftet (det er de sistnevnte tilfellene jeg har valgt å fokusere på dette prosjektet). Utfordringer som kommer frem fordeler seg på flere nivå, fra utfordringer i det direkte møtet (i relasjonen) til utfordringer knyttet til institusjonelle rammebetingelser og kulturelle trekk.

Et sentralt funn i prosjektet er hvordan helsesøsters bekymring og vurdering ikke alltid samsvarer med hennes handlinger. Dette viser seg imidlertid ikke å være et tegn på tiltaksløshet eller mangel kompetanse, men snarere en veloverveid form for ”taktfull uoppmerksomhet” med mål om videre kontakt og samarbeid med familien. Samarbeid, tillit og trygghet står frem som hennes mulighet for å utføre sine hovedoppgaver: fremme helse og forebygge sykdom, skade og lidelse.

Helsesøstrene viser et stort engasjement for barnet, men opplever at institusjonelle – og strukturelle rammebetingelser gjør arbeidet rundt denne aktuelle problemstillingen utfordrende på flere områder. Disse utfordringene knyttes til tid, ressurser, stort mandat, fremmedgjøring og manglende myndighet.

## Forord

Dette prosjektet representerer siste del av en lang reise gjennom masterstudie *Flerkulturelt forebyggende arbeid med barn og unge*. Selve studiet har gitt meg utrolig mye nyttig læring og kunnskap, som vil komme til nytte i videre arbeid og i livet for øvrig.

Det har vært en lang prosess med oppturer og nedturer, der veien mellom bunn og topp til tider har vært kort. Når jeg ser tilbake på prosessen, ser jeg hvor mye den har gitt meg. Dette gjelder i stor grad kunnskapen jeg har tilegnet meg i møtene med helsesøster. Den har imidlertid også løftet blikket mitt i møtet med omgivelsene og gitt meg bedre selvinnsikt. Jeg har virkelig lært meg selv å kjenne på godt og vondt gjennom denne prosessen.

Jeg vil rette en stor takk til informantene mine, som delte raust av sine opplevelser i møte med en utfordrende problemstilling. Dere gav meg et nyttig innblikk i hvordan disse møtene kan oppleves, sett i lys av de rammene dere er satt inn i.

Videre vil jeg takke min kjære veileder Kjersti Røsvik. Du har holdt ut med meg på den lange veien mot målet. Det har vært høy puls, gode diskusjoner og ide – myldring, tankekaos, frustrasjon, glede, latter og tårer – og du har forholdt deg rolig og støttende hele veien.

Til min rolige og tålmodige samboer: Frode du har virkelig stått i mye under denne prosessen, både for meg og for barna. Til tross for mitt stress, variable humør og tilstedeværelse den siste tiden har du sørget for balanse i hverdagen.

Jeg vil også rette en stor takk til resten av min nærmeste familie for at dere alltid støtter meg i det jeg gjør, og for at dere har hjulpet meg så mye med praktiske ting i hverdagen under min skriveprosess.

Tusen takk alle sammen!

21. november 2012

Katrine Slettedahl



# INNHOLDSFORTEGNELSE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SAMMENDRAG</b> .....                                     | <b>3</b>  |
| <b>FORORD</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b> .....                            | <b>7</b>  |
| <br>  |           |
| <b>1 INNLEDNING</b> .....                                   | <b>9</b>  |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....                         | 10        |
| 1.2 PROBLEMSTILLINGEN.....                                  | 12        |
| 1.2.1 Kulturelle utfordringer .....                         | 12        |
| 1.2.2 Strukturelle og institusjonelle utfordringer .....    | 14        |
| 1.2.3 Individuelle utfordringer .....                       | 15        |
| 1.2.4 Begrepsavklaring.....                                 | 16        |
| 1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING.....                               | 18        |
| <br>  |           |
| <b>2 AKTØRENE</b> .....                                     | <b>20</b> |
| 2.1 BARNET .....  | 21        |
| 2.1.1 De usynlige barna.....                                | 21        |
| 2.1.2 Barns rettigheter.....                                | 22        |
| 2.2 HELSESØSTER .....                                       | 23        |
| 2.2.1 Helsestasjonens ansvar og tilgjengelighet.....        | 24        |
| 2.2.2 Helsesøsters mandat.....                              | 25        |
| 2.3 SATSINGSOMRÅDET PSYKISK HELSE .....                     | 27        |
| 2.3.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006)..... | 28        |
| <br>  |           |
| <b>3 FORSKNING</b> .....                                    | <b>29</b> |
| 3.1 SOSIOLOGISKE BIDRAG .....                               | 29        |
| 3.2 HELSESØSTERS KOMPETANSE .....                           | 31        |
| 3.3 OMFANG OG KONSEKVENSER.....                             | 32        |
| <br>  |           |
| <b>4 TEORETISK REFERANSERAMME</b> .....                     | <b>34</b> |
| 4.1 KULTURELL VIRKNING ELLER INDIVIDUELLE VALG .....        | 35        |
| 4.1.1 Det hellige selvets ukrenkelighet .....               | 35        |
| 4.1.2 Usynlige kulturelle tråder.....                       | 36        |
| 4.1.3 Habitus .....   | 38        |
| 4.2 HELSESØSTER SOM BAKKEBYRÅKRAT .....                     | 41        |
| 4.2.1 Særtrekk ved bakkebyråkratiet .....                   | 42        |
| 4.2.2 Mestringsstrategi.....                                | 43        |
| 4.2.3 Kritikk av Lipskys teori.....                         | 44        |
| 4.3 DEN GODE RELASJONEN .....                               | 46        |
| 4.3.1 Mellommenneskelige forhold.....                       | 47        |
| 4.3.2 Samhandlingsorden Goffman .....                       | 50        |
| 4.4 OPPSUMMERING.....                                       | 52        |
| <br>  |           |
| <b>5 METODE</b> .....                                       | <b>53</b> |

---

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 5.1      | VALG AV METODE.....   | 54         |
| 5.1.1    | <i>Forforståelse</i> .....  | 54         |
| 5.2      | KVALITATIV METODE .....   | 55         |
| 5.2.1    | <i>Fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv</i> .....                  | 55         |
| 5.3      | VITENSKAPELIG REDELIGHET OG KVALITETSVURDERING .....                    | 57         |
| 5.3.1    | <i>Validitet</i> .....  | 58         |
| 5.3.2    | <i>Reliabilitet</i> .....   | 59         |
| 5.3.3    | <i>Intersubjektivitet</i> .....   | 60         |
| 5.4      | KVALITATIVT FORSKNINGSINTERVJU.....                                     | 60         |
| 5.4.1    | <i>Intervjuundersøkelsens syv stadier</i> .....                         | 61         |
| 5.5      | INTERVJUUNDERSØKELSEN .....   | 67         |
| 5.5.1    | <i>Valg av informanter og tilgang til feltet</i> .....                  | 67         |
| 5.5.2    | <i>Gjennomføring av intervjuene</i> .....                               | 69         |
| 5.6      | ETISKE HENSYN .....   | 71         |
| <b>6</b> | <b>UTFORDRENDE KULTURELLE REFERANSER.....</b>                           | <b>73</b>  |
| 6.1      | OVER DEN PRIVATE GRENSE OG INN I DET PRIVATE ROM.....                   | 74         |
| 6.1.1    | <i>Respekt for individet</i> .....                                      | 74         |
| 6.2      | UTFORDRINGER I MØTET MED ET TABUBELAGT FELT .....                       | 82         |
| 6.2.1    | <i>Habitus</i> .....  | 84         |
| 6.3      | OPPSUMMERING.....   | 86         |
| <b>7</b> | <b>HELSESØSTERS STRUKTURELLE – OG INSTITUSJONELLE UTFORDRINGER.....</b> | <b>88</b>  |
| 7.1      | UTØVELSE AV SKJØNN .....  | 89         |
| 7.2      | FREMMEDGJØRING.....   | 92         |
| 7.3      | MESTRINGSSTRATEGI .....   | 95         |
| 7.3.1    | <i>Tilpassing av metoder, nedjustering av mål</i> .....                 | 97         |
| 7.4      | OPPSUMMERING.....   | 99         |
| <b>8</b> | <b>HELSESØSTERS RELASJONELLE UTFORDRINGER.....</b>                      | <b>101</b> |
| 8.1      | ÆRLIGHET ELLER TAKTFULL UOPPMERKSOMHET .....                            | 102        |
| 8.2      | TAUSE TILFELLER .....   | 105        |
| 8.3      | OPPSUMMERING.....   | 108        |
| <b>9</b> | <b>AVSLUTNING/OPPSUMMERING.....</b>                                     | <b>110</b> |
|          | <b>REFERANSELISTE .....</b>   | <b>112</b> |
|          | <b>VEDLEGG 1.....</b>   | <b>117</b> |
|          | <b>VEDLEGG 2.....</b>   | <b>119</b> |
|          | <b>VEDLEGG 3.....</b>   | <b>121</b> |



## 1 INNLEDNING

Hele 410 000 (37 %) barn i Norge har i løpet av det siste året levd i familier der en eller begge foreldre har en psykisk lidelse. Av disse barna har 260 000 foreldre med psykiske lidelser som går utover den daglige fungeringen, og 115 000 av disse igjen lever med svært alvorlige lidelser i de nærmeste relasjoner (Torvik og Rognmo, 2011).

Barn som vokser opp med psykisk lidelse hos mor og/eller far viser seg å ha en forhøyet risiko for selv å utvikle en psykisk lidelse. Studier viser at barna er mer utsatt for mishandling og omsorgssvikt, og at de står i fare for å oppleve store belastninger i form av for eksempel angst, skam og isolasjon knyttet til foreldrenes lidelse (Torvik og Rognmo, 2011).

Det er selvsagt store variasjoner knyttet til konsekvenser dette har for det enkelte barn. De siste års bevilgninger og satsinger på området, viser imidlertid til at dette er å anse som en samfunnsutfordring som krever nødvendige tiltak. *Opptrekningsplanen for psykisk helse, Nasjonal helseplan for arbeid med psykisk helse og Samhandlingsreformen* er viktige eksempler på samfunnets forsøk på å forebygge. En av flere viktige fellesnevnerne i disse reformene er å styrke det forebyggende helsearbeidet, med hovedvekt på de kommunale tjenestene. I denne oppgaven møter jeg en av kommunenes og samfunnets viktigste tjenester rettet mot nettopp folkehelse og forebyggende helsearbeid, gjennom helsestasjonstjenesten og deres møte med psykisk lidelse i familien.

Helsesøstertjenesten stilles stadig ovenfor nye problemstillinger og arbeidsoppgaver. Disse endringene kommer som et resultat av endringer i samfunnet generelt, med påfølgende behov for økt kompetanse på ulike områder. Til tross for at psykisk helse er et av områdene som de siste årene har vært høyt prioritert gjennom ulike reformer og bevilgninger, viser det seg at en stor andel helsesøstre selv opplever å ha liten eller ingen kompetanse til å håndtere barn av psykisk syke foreldre (Wessel Andersson, Osborg Ose og Norvoll, 2006).

I mitt møte med helsesøstre synes ikke selve håndteringen av sakene som den største utfordringen, men identifiseringen og oppfølgingen av de tausede tilfellene. En viktig del av helsestasjonens legitimeringsgrunnlag ligger i nettopp forventningene om å oppdage forskjellige former for avvik. Fokuset på å fange opp og følge opp slike avvik, har blitt spesielt skjerpet de siste 20 årene, og allerede i 1982 ble det reist spørsmål i NOU 1982:26 om hvor gode muligheter helsestasjonen har til å følge opp bekymringer knyttet til enkelte sped – og småbarns oppvekstvilkår (Neumann, 2009).

Dette leder meg inn i min problemstilling, der jeg ønsker å se på hvilke utfordringer helsesøster står ovenfor i arbeidet med å fange opp psykisk lidelse hos foreldre. Utfordringene som kommer frem knytter seg til ulike sosiologiske aspekter ved både det mellommenneskelige – og relasjonelle og det strukturelle. Kunnskapen om en slik fordeling gav oppgavens problemstilling en naturlig inndeling i tre underkategorier; *utfordringer knyttet til kulturelle forhold, utfordringer knyttet til institusjonelle –og strukturelle forhold og utfordringer knyttet til individuelle forhold.*

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min interesse for barn og psykisk helse har hatt stor betydning for mitt valg av videreutdanning, og nå også tema for masteroppgave. Det foreligger utallige aktuelle problemstillinger knyttet til et slikt felt. Min interesse for temaet ligger imidlertid i de utfordringene som kan oppstå i den profesjonelles møte med vanskelige problemstillinger, slik som denne oppgaven tar for seg.

Som nevnt innledningsvis vokser et stort antall barn opp med foreldre som sliter med en psykisk lidelse, flere av dem i så stor grad at det går utover den daglige fungeringen. I mange tilfeller er foreldre åpne om sine lidelser. I slike tilfeller ligger forholdene ofte til rette for nødvendig oppfølging fra hjelpeapparatet. Det viser seg imidlertid at et ukjent antall barn lever med syke foreldre som av forskjellige årsaker ikke søker hjelp for sin lidelse (Torvik og Rognmo, 2011). Dagens samfunnsstruktur gjør hvert enkelt individ synelige for omgivelsene allerede fra fødsel. Gjennom oppfølging ved helsestasjon og barnehage, blir barna fulgt tett opp av eksperter på nettopp barn, barndom og utvikling. Det viser seg allikevel at disse instansene sjelden melder sin bekymring videre til andre instanser, noe som i følge Kvello er betenkelig sett ut ifra at barna er mest utsatt for å ta skade av sine omgivelser i nettopp denne perioden av oppveksten (Helsedirektoratet, 2007).

For denne oppgaven blir det interessant å se nærmere på årsakene til at disse sakene ofte ikke følges opp eller meldes videre.

Helsesøstre møter mangfoldet i samfunnet med en oppslutning på nær 100 % av sped – og småbarnsfamilier. Gjennom deler av helsestasjonstjenestens legitimeringsgrunnlag forventets hun å oppdage alle former for avvik (Neumann, 2009).

I forhold til ovennevnte avvik opplever mange helsesøstre at mangel på kompetanse forhindrer relasjonen og en tilstrekkelig oppfølging av barn med psykisk lidende foreldre. Aamodt og

Aamodt (2005) viser imidlertid til et stort misforhold mellom den kunnskapen man har i hjelpeapparatet om betydningen av psykisk lidelse hos foreldre, og den manglende oppfølgingen barna får herfra.

Kunnskap og kompetanse er vesentlig, men i følge Aamodt og Aamodts rapport ikke alltid tilstrekkelig.

Min interesse for temaet ligger i nettopp forholdet mellom intensjon og virkelighet, og i forhold (både interne og eksterne) som utfordrer og virker inn på praksis.

Mastergraden denne oppgaven er en del av, legger stor vekt på det forebyggende aspektet i arbeidet med barn og unge. Helsestasjonen er sammen med barnehagene blant de viktigste forebyggende instansene rettet mot barn i samfunnet, og står i en særstilling i forhold til tidlig intervensjon. Oppgavens problemstilling har ikke et direkte fokus på forebygging, men møter det indirekte gjennom helsestasjonen som forebyggende instans og ved å se på de utfordringene helsesøster opplever å stå ovenfor i diffuse og vanskelige problemstillinger. Det er et paradoks at man i møte med nettopp disse problemstillingene, der det forebyggende aspektet er av så stor betydning, i hovedsak ser ut til å arbeide symptomatisk fremfor forebyggende (Helsedirektoratet, 2007).

## 1.2 Problemstillingen

Oppgavens problemstilling lyder som følge:

*Hvilke utfordringer står helsesøstre ovenfor i arbeidet med å fange opp psykiske lidelser hos foreldre?*

Innledningsvis presenterer jeg kort problemstillingens inndeling i underkategorier. Selve inndelingen kommer av at utfordringene som kommer frem i intervjuene kan knyttes til ulike forhold både hos helsesøster selv og i det omkringliggende samfunnet. Det viser seg at flere av utfordringene sammenfaller helsesøstrene imellom. Tredelingen ser slik ut:

*Utfordringer knyttet til kulturelle forhold.*

*Utfordringer knyttet til strukturelle – og institusjonelle forhold.*

*Utfordringer knyttet til individuelle forhold.*

### 1.2.1 Kulturelle utfordringer

I mine samtaler med helseøstre knyttes flere av utfordringene som kommer frem til ytre forhold. For å forstå helheten av deres handlinger og opplevelse i disse møtene, ser jeg det derfor som nødvendig å gå nærmere inn på dette i lys av kulturell kontekst.

Familien har helt frem mot slutten av 1900 – tallet symbolisert en privat arena. Det som foregikk innenfor husets fire vegger var privat og opp til den enkelte familie å håndtere. Gjennom den offentlige revolusjonen forsvant deler av denne private sfæren. Velferdsstaten skulle nå fungere som den enkeltes sikkerhetsnett, og kvinner og små barn, som tidligere hadde sin tilhørighet i hjemmet, ble synelig for samfunnet gjennom deltakelse i arbeidslivet og i barnehage (St. meld. nr. 25 (2005-2006), 2006).

Syneligheten avdekket nye problemstillinger knyttet til familiære forhold, som i denne oppgaven psykisk lidelse i et familieperspektiv. Forskning og erfaring fra voksne barn av psykisk syke, gav kunnskap om hvilke konsekvenser slike lidelser hos en forelder kunne ha for barnet, noe som

førte til en aktiv innlemming av slike problemstillinger i aktuelle reformer og opptrappingsplaner.

Til tross for økt synlighet, ny kunnskap og endret praksis viser intervjuene at det fremdeles forekommer barrierer for å bryte inn i det private rom. Hva er det med slike problemstillinger som gjør at det skapes en distanse? Er det psykiske lidelsers tabuiserte fortid som påvirker holdninger og handlinger, er respekten for den enkelte families privatliv fortsatt så stor at man ikke griper inn før man har håndfaste bevis, eller handler det rett og slett om det individualiserte samfunnets grunntanke om et opphøyet individ der individet selv er sin egen lykkes smed?

Strukturorientert sosiologisk teori er bygget på tanken om nettopp hvordan det omkringliggende samfunnet påvirker aktørene som lever der. Pierre Bourdieu benytter habitusbegrepet for å forklare menneskets handlinger og væremåte. Han mener at det ikke først og fremst er basert på refleksjon, men på en førrefleksiv og nesten instinktiv forståelse av hva vi må gjøre i en situasjon (Leira, 2003, s. 160). Kan det med utgangspunkt i en slik forståelse tenkes at utfordringene rundt ovennevnte problemstillinger ligger i helsesøsters habitus – i en uerkjent holdning til psykisk lidelse, møte med det private rom eller andre forhold?

Eller handler dette om det Erving Goffmann presenterer som *det menneskelige selvets ukrenkelighet*? Med dette legger han vekt på hvordan vi mennesker i en samhandlingsorden fremfor alt forsøker å fremstå som en respektabel person med et ukrenkelig selv, samtidig som vi anstrenger oss for å respektere samhandlingspartnerens like ukrenkelige selv (Aakvaag, 2008).

Bourdieu's habitusbegrep og Goffmans samhandlingsorden vil, med bakgrunn i ovennevnte refleksjoner, være en viktig del av oppgavens teoretiske referanseramme og blir presentert nærmere i kapittel 3.

## 1.2.2 Strukturelle og institusjonelle utfordringer

I det foregående avsnittet beskrives utfordringer knyttet til den kulturelle kontekst.

Helsesøstrene beskriver imidlertid også utfordringer av strukturell og institusjonell karakter knyttet til konkrete forhold i deres arbeidssituasjon og omgivelser, som blant annet organisering/rammer, mandat og tid – og ressurser. Min interesse ligger i hvordan de ovennevnte faktorene påvirker arbeidet med å fange opp utfordrende problemstillinger slik som denne oppgaven tar for seg.

Sosiologene Therese Andrews og Cecilie Basberg Neumann er begge opptatt av hvordan flere av de ovennevnte strukturelle og institusjonelle faktorene kan virke inn både på arbeidssituasjon og på arbeidsutførelse.

Helsestasjonstjenesten blir satt under lupen i deres arbeider. Ettersom dette arbeidet også bygger på direkte kontakt med helsesøstre og helsestasjonen, ser jeg disse som viktige teoretiske referanser videre i oppgaven. En grundigere presentasjon av deres tanker og teorier presenteres i kapittel 2 om forskning.

En annen viktig teoretiker i problemstillingens andre underkategori er Michael Lipsky. I 1980 gav han ut boken *Street – Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*, der han analyserer offentlige ansattes utfordringer med å løse sine oppgaver i velferdssamfunnet. Ett av hovedpoeng i hans arbeid er hvordan de strukturer offentlige ansatte arbeider innenfor, bidrar til å legge føringer for resultatet av deres arbeid. På den annen side ser han på hvordan bakkebyråkraten svarer på disse betingelsene satt ovenfra gjennom sin høye grad av skjønnsutøvelse og relative autonomi. På denne måten skiller Lipskys teori seg fra tradisjonell byråkratisk teori ved at de offentlige ansattes handlinger, gjennom rutinene de etablerer og redskapene de finner opp for å takle usikkerhet og arbeidspress, konstituerer de tjenestene som leveres av offentlige myndigheter (Grung, 2008, Lipsky, 2010).

De to første underkategoriene tar i hovedsak for seg ytre forholds innvirkning på problemstillingen. Helsesøstrene er imidlertid også åpne om individuelle utfordringer knyttet til arbeidet med å fange opp psykisk lidelse hos en forelder. Disse utfordringene presenteres nærmere i det kommende punktet om individuelle utfordringer.

### 1.2.3 Individuelle utfordringer

Problemstillingens siste underkategori ser på utfordringer som knyttes direkte til opplevelser i helsesøster selv. Noen helsesøstre opplever usikkerhet i møtet med mistanke om psykisk lidelse i familien. Andre forteller om frykt for å ta feil og for å krenke, noe som igjen kan føre til at familien velger å avslutte samarbeidet med helsestasjon.

Frem til nå har det vært snakk om utfordringer med en forklaring i samfunn/kultur og struktur, men hva når utfordringen ligger i helsesøster selv eller i den direkte interaksjonen med forelderen? Helsesøster er selv sitt viktigste arbeidsredskap i møtet med familien, og som i samfunnet for øvrig finner vi store individuelle forskjeller her. Det som gjør helsesøsters situasjon spesiell er at hun må forholde seg til to parter som krever ulik kompetanse, det lille barnet og dets foreldre. Her kan signaler som kommer frem være diffuse og motstridende. Til syvende og sist er det barnets beste som er i hennes fokus, og det er opp til henne å gjøre vurderinger på hva barnets beste i ethvert tilfelle er.

Med bakgrunn i relasjonsteori og i symbolsk interaksjonisme via Goffmann, vil jeg se nærmere på de individuelle utfordringer helsesøster beskriver i disse møtene.

Relasjonsteori fordi kommunikasjon regnes som grunnleggende i alt arbeid med mennesker. Vår evne til å skape et godt møte og en god, bærende relasjon kan ofte være den viktigste delen av jobben, noe som igjen krever at man kjenner seg selv på godt og vondt.

”God kommunikasjon dreier seg om å leve seg inn andres verden, å skape et opplevelsesfellesskap, å bygge relasjoner til andre mennesker og å våge å være i situasjoner som oppleves som vanskelige” (Røkenes og Hanssen, 2012).

Goffmann hevder derimot at ”ansikt til ansikt samhandling” har sin egen selvstendige og spontane logikk, som ikke lar seg avlede av egenskaper ved aktøren eller sosiale strukturer (Aakvaag, 2008).

Disse retningene representerer ulike perspektiver på et fenomen, og vil danne et teoretisk grunnlag for diskusjonsdelens siste kapittel.

Et nærmere innblikk i mitt valg av teori presenteres i kapittel 3.

## 1.2.4 Begrepsavklaring

### 1.2.4.1 Utfordring

En utfordring kan defineres på mange måter ettersom hvem man spør. Det som oppleves som utfordrende for meg, behøver ikke oppleves utfordrende for andre. En utfordring handler allikevel ofte om møte med et problem, et hinder eller lignende som man må forsøke å finne en løsning på. I denne oppgaven knyttes utfordring til helsesøsters arbeid med å fange opp psykisk lidelse i barnefamilien. Som nevnt innledningsvis opplever man heller ikke her utfordringene som ensartet, til tross for likheter på enkelte punkt. Det går også et skille mellom personlige utfordringer og ytre utfordringer (som for eksempel samfunnsutfordringer). I samtalene med helsesøstrene spør jeg dem direkte om utfordringer knyttet til det å fange opp og følge opp slike problemstillinger. Ettersom *utfordring* er et begrep som beskriver hvor jeg vil med denne oppgaven, har jeg sett på de utfordringene som kommer frem av de ulike kategoriene i intervjuguiden som for eksempel samarbeid, kunnskap – og kompetanse og egne barrierer i møte med disse situasjonene.

### 1.2.4.2 Fange opp

I forhold til problemstillingens *fange opp* er jeg i denne oppgaven først og fremst opptatt av hvordan helsesøster identifiserer et eventuelt symptom i møte med familien. Hva er de opptatt av, hva ser de etter og hvordan begrunner de dette? *Fange opp* blir derfor det helhetsinntrykket helsesøster skaper seg gjennom observasjon, samtale og diverse arbeidsredskap hun har, samt hvordan hun forklarer dette inntrykket ved å feste det til knagger i sin faglige bagasje. *Fange opp* viser også til at dette er en ukjent tilstand for helsesøster. Alle helsesøstrene sier noe om møtet med en definert, kjent psykisk lidelse og møtet med det ukjente. Møtet med åpenhet og ønsket om hjelp oppleves ofte tryggere, enn usikkerheten rundt det tause og udefinerte. Åpenheten kan også tenkes å ha en forbindelse med en akseptert og reflektert holdning til egen lidelse, noe som igjen kan virke betryggende både inn i hverdagen og i møtet med hjelpeapparatet. I samtale med helsesøstrene snakket vi om nettopp møtet med det ukjente og hva som oppleves utfordrende med disse situasjonene.

Å *fange opp* preges av multiple faktorer både i mennesket, utenfor mennesket og mellom mennesker. Det er slike faktorer jeg er opptatt av å avdekke og diskutere videre i oppgaven, og



det er ut fra dette min problemstilling har tatt form. Dette sammen med den forkunnskap og de tanker og undringer jeg presenterer underveis i innledningen.

### 1.2.4.3 Psykisk lidelse

”Psykiske lidelser arter seg forskjellig, viser seg på ulike måter og synes å ha en uendelighet av uttrykksformer” (Håkonsen, 2000, s. 20).

Dette sitatet viser mangfoldet man finner innenfor ”kategorien” psykisk lidelse. Til tross for at hovedgruppen psykisk lidelse deles inn i flere diagnostiske undergrupper med visse fellestrekk, vil mangfoldet her gjøre definisjonsarbeidet svært utfordrende. Jeg ønsker ikke å begrense eller redusere forståelsen av psykisk lidelse gjennom én enkelt definisjon i denne oppgaven, og spør meg om det i det hele tatt lar seg gjøre å danne én dekkende definisjon av et så heterogent fenomen. Dette mangfoldet viser imidlertid til en av utfordringene helseøstre står ovenfor i sitt arbeid, der en stor grad av individuell tilpasning kreves.

Til tross for at jeg i punkt 2 viser til forskning om konsekvenser av å vokse opp med psykisk lidelse i nære relasjoner, er ikke mitt hovedmål med denne oppgaven å se på hvordan de enkelte lidelsene påvirker barnet og familien. Jeg vil derfor heller ikke gå dypere inn i enkeltdiagnoser her. Tvert imot ønsker jeg å se på dette fra helsesøsters ståsted, gjennom hennes opplevelse i disse møtene og utfordringer hun opplever å stå ovenfor her.

Ut ifra problemstillingens ordlyd er det en viss fare for at en slik forenkling, som jeg her velger å gjøre, kan gi et stereotyp bilde av foreldre med psykisk lidelse. Det er viktig å ta med seg at nyansene her er mange, og at ikke alle tilstander vil ha like store konsekvenser for funksjonsevne og foreldrerolle. Disse nyansene vil naturlig nok også påvirke møtet mellom helsesøster og familie, og stille henne ovenfor ulike utfordringer knyttet til hver enkelt sak. Hvert enkelt møte er unikt og viktig. Jeg ønsker imidlertid å se på disse forholdene med et mer overordnet blikk, og er opptatt av om det finnes fellestrekk ved helsesøstrenes opplevelse og håndtering av disse møtene.

Det er viktig å få med her at denne oppgaven ønsker å se på de tilfellene der lidelsen ikke er kjent for helsesøster. Det kan være flere årsaker til at foreldre ikke er åpne om sin lidelse. I noen tilfeller håndterer familien og nettverket dette selv, mens andre ikke våger å stå frem i frykt for konsekvenser, skamfølelse og følelsen av og ikke strekke til som forelder. De mest alvorlige tilfellene er imidlertid ofte der forelderen ikke har innsikt i – og/ eller benekter sin egen

situasjon/lidelse, og dermed ikke ser lidelsens innvirkning på barnets hverdag. Sistnevnte kan man blant annet se i enkelte tilfeller av personlighetsforstyrrelse, maniske faser og psykose.

Jeg har til nå i dette avsnittet om psykisk lidelse, argumentert for hvordan jeg vektlegger selve lidelsesbegrepet inn i oppgaven. Det gjenstår imidlertid et viktig aspekt rundt dette fenomenet som vil ha betydning for denne oppgaven, og det er det omkringliggende miljøet og samfunnets reaksjoner på denne type lidelser. Jeg har valgt å presentere dette som en del av et punkt i teoridelen. Dette punktet vil blant annet ta for seg et tilleggsbegrep som gjennom litteratur og informasjon fra intervjuene knyttes tett opp til problemstillingen, uten at det er en direkte del av den. Fenomenet det her er snakk om er *tabu*.

### 1.3 oppgavens oppbygging

I Kapittel 1 gir jeg et innblikk i oppgavens tematikk, før jeg kommer inn på en kort drøfting av problemstilling og underkategorier. Avklaring rundt forståelse og bruk av begreper i problemstillingen, blir også gjort nærmere rede for her.

Med kapittel 2 ønsker jeg å gjøre leseren bedre kjent med aktørene i dette prosjektet, gjennom aktuell informasjon knyttet til barnet og helsesøster. Til tross for det, er det helsesøster som er å anse som hovedaktør. Med tanke på barnet som en ”biaktør” ønsker jeg først å gi et innblikk i hvem disse barna er og lover – og rettigheter som favner barn i denne problemstillingen. Deretter blir helsestasjonens – og helsesøsters rolle og ansvarsområde beskrevet og knyttet opp til den aktuelle problemstillingen. Dette blir gjort gjennom en beskrivelse av helsestasjonens – og helsesøsters mandat, for videre å gi en kort introduksjon av satsingen på psykisk helse gjennom helsesøsters innlemming i blant annet Opptappingsplanen for psykisk helse.

I Kapittel 3 kommer jeg inn på tidligere aktuell forskning, gjennom viktige sosiologiske bidrag av Cecilie Basberg Neumann og Therese Andrews. Disse bidragene beskriver helsesøsterfeltet som et underteoretisert felt i samfunnsvitenskapelig sammenheng. Dette viser seg ved at det finnes svært få studier som tar helsesøsterprofesjonen opp til kritisk drøfting og som er relevante i norsk sammenheng.

Videre presenteres rapporten om omfang og konsekvens og rapporten om helsesøsters opplevelse av kompetanse i møte med psykisk lidelse. Den sistnevnte rapporten gir viktig informasjon om helsesøsters opplevelse av sin kunnskap – og kompetanse i møte med foreldre med psykisk lidelse.

I den teoretiske referanserammen, i kapittel 4, fortsetter jeg tredelingen under problemstillingen. Kapittelet fordeles dermed i tre underpunkter, knyttet til *kulturelle utfordringer, strukturelle – og institusjonelle utfordringer og individuelle utfordringer*. Disse tre undergruppene beskriver hvordan helsesøsters opplevelse av utfordring kan forstås på ulike nivå, gjennom beskrivelser som viser seg i kulturelle trekk, i hennes strukturelle og institusjonelle rammer og til sist i henne – og hennes møte med foreldre.

Denne inndelingen fortsetter inn i diskusjonskapitlene i punkt 6, 7 og 8. Her ses helsesøsters opplevelse og beskrivelse av sine utfordringer i lys av relevant forskning og tilsvarende underpunkter i den teoretiske referanserammen.

Metodekapittelet, kapittel 5, gir en omfattende gjennomgang av hele prosessen rundt dette 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. Dette kapittelet gir derfor et innblikk i bakgrunn for valg av metode. Jeg gjør videre rede for de forskningsvitenskapelige kravene til redelighet og kvalitet, for deretter å presentere mitt arbeide i lys av Kvale og Brinkmanns (2009) syv stadier. Til slutt beskriver jeg fremgangen i selve intervjuundersøkelsen, som innebærer valg av informanter, tilgang til felt, gjennomføringen av intervjuene og til sist etiske hensyn.

I kapittel 9 oppsummeres arbeidet og jeg trekker frem sentrale funn i prosjektet.

## 2 AKTØRENE

Dette kapitlet vil i hovedsak være en presentasjon av aktørene i oppgaven.

I min studie er det helsesøster og hennes arbeid det settes fokus på, og det er helsesøster som er min hovedperson. Det blir derfor naturlig at det er hennes rolle som vies størst oppmerksomhet i dette kapitlet.

Det er allikevel også andre viktige aktører som er med på å forme min problemstilling og som utgjør selve grunnlaget i dette arbeidet. Jeg tenker her på familien og ikke minst på barnet som vokser opp med psykisk lidelse hos en eller begge foreldre. Disse aktørene danner et bakteppe for oppgaven. Det har derfor vært nødvendig for meg å se nærmere på hvem disse barna er, hvilke rettigheter de har og hvorfor det er viktig å fange dem opp så tidlig som mulig.

Den første delen av dette kapitlet vil derfor handle om barn av psykisk syke og deres rettigheter.

I del to ser jeg nærmere på helsesøster og hennes mandat spisset inn mot denne aktuelle problemstillingen. Helsesøsters kan sies å ha en særstilling i forhold til tidlig intervensjon, da hun møter nær 100 % av småbarnsfamilier her i landet. Hun er en av de første som har kontakt med familiene etter fødsel, gjennom hjemmebesøk og konsultasjoner på helsestasjon. Det vil være interessant for oppgaven å se på hvilke målsettinger helsesøster arbeider ut fra i forhold til dette temaet, og hvilke krav, muligheter og begrensninger hun møter her.

For å forstå hvordan helsesøster jobber, er det også viktig å se på organisatoriske forhold. Jeg har derfor valgt å ta med en kort oversikt over kommunens – og den enkelte helsestasjonens ansvar. Mot slutten av kapitlet tar jeg for meg det viktige satsingsområdet psykisk helse og hvordan hovedansvaret for den syke nå er flyttet fra sykehus til kommune. Dette stiller høyere krav til det tilbudet man gir i kommunen.

## 2.1 Barnet

Barna som møter ved helsestasjonen befinner seg i aldersgruppen null til fem år. Intervallet på konsultasjonene er hyppigst i første leveår. Barnet er derfor ofte mest synelig for helsesøster i den perioden av livet hvor de er mest avhengig av sine nære omsorgspersoner, hvor de har minst evne til å uttrykke seg verbalt og hvor de er mest sårbare for de ytre omgivelser.

Barna i denne oppgaven lever i familier der foreldrenes psykiske lidelse ikke er kjent for hjelpeapparatet eller for omgivelsene rundt. Rapporten jeg tar for meg i siste del av kapittel 3 om omfang og konsekvens, viser til store mørketall i antall barn som vokser opp i familier der en eller begge foreldre har en lidelse som vil gå utover deres daglige fungering. I disse tilfellene er det foreldrene som av ulik årsak velger å holde sin lidelse skjult for omgivelsene (Torvik og Rognmo, 2011). Barna det her er snakk om blir flere steder omtalt som *de usynlige barna*.

### 2.1.1 De usynlige barna

I tilnavnet *de usynlige barna* ligger det viktig informasjon om disse barnas posisjon i samfunnet; deres situasjon blir altfor sjeldent oppdaget og fulgt opp. Det er flere årsaker til denne usynligheten. En viktig faktor er å se på hvordan hjelpeapparatet arbeider med å fange opp disse barna. Arbeidet rundt disse barna var inntil århundreskiftet preget av en stor grad av tilfeldighet, og det var ofte frivillige organisasjoner og ildsjeler i helsevesenet som drev jobben for barnets rettigheter frem. Dette arbeidet gav resultater som ble synelig gjennom bevilgninger, opptrappingsplaner og ressurs – og kunnskapsvekst, rettet mot denne aktuelle gruppen, innenfor hjelpeapparatet. Det viser seg imidlertid at det er et stort misforhold mellom den kunnskapen man har i hjelpeapparatet om betydningen av psykiske lidelse hos foreldre, og den oppfølgingen disse barna får (Aamodt og Aamodt, 2005). Hva som er årsaken til dette, er noe av det jeg ønsker å se nærmere på gjennom arbeidet med denne oppgaven.

Det har allikevel skjedd viktige og positive endringer i arbeidet rundt barn av psykisk syke de siste årene, og da blant annet gjennom lovendringer for barn som pårørende. Dette vil jeg komme nærmere inn på i neste punkt.

## 2.1.2 Barns rettigheter

Dette punktet om barns rettigheter vil benyttes til en kort presentasjon av barns rettigheter rettet mot denne aktuelle problemstillingen. Jeg har derfor valgt vise til barnekonvensjonen som lovfester et hvert barns rettigheter, og lovendringene rundt barn som pårørende som går direkte på barn som har en alvorlig syk mor eller far.

### 2.1.2.1 Barnekonvensjonen

Barn skal være beskyttet av de samme menneskerettighetskonvensjonene som voksne. Det viste seg tidligere at barn ikke fikk ivaretatt sine behov og interesser gjennom disse retningslinjene, og det ble derfor opprettet en egen konvensjon for å sikre barnets rettigheter. Denne konvensjonen, Barnekonvensjonen, er en internasjonal avtale om barns rettigheter som ble vedtatt av de forente nasjoner 20. november 1989. Norge forpliktet seg til å følge denne konvensjonen ved å ratifisere den i 1991. I 2003 ble barnekonvensjonen tatt inn i menneskerettighetsloven, som betyr at den i dag gjelder som norsk lov. Ett av konvensjonens fire grunnleggende prinsipper, og som er det viktigste med hensyn til denne oppgaven, er at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle saker som berører barn (Barneombudet, 2009).

### 2.1.2.2 Lovendring; barn som pårørende

19. juni 2009 vedtok Stortinget endringer i helsepersonelloven og i lov om spesialisthelsetjeneste, for å sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar det informasjons – og oppfølgingsbehovet mindreårige barn som pårørende har.

Selve formålet med endringene er å sikre at barn blir fanget opp tidlig, og at det settes i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. De tar også sikte på å forebygge problemer hos både barn og foreldre.

Disse bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester (Helsedirektoratet, 2010a). Endringene her tar først og fremst for seg helsepersonell som møter den syke forelder, men viser indriekte til det viktige samarbeidet med de instanser som er tett på barnet i dets hverdag som for eksempel helsestasjon, barnehage og skole.

Punkt 2.1 har gitt et kort innblikk i barnet og dets rettigheter, noe jeg ser på som viktig bakgrunnskunnskap for denne oppgaven. Neste punkt vil se på helsesøster og hennes mandat knyttet opp mot min problemstilling.

## 2.2 Helsesøster

Helsestasjons – og skolehelsetjenesten er en lovpålagt kommunal tjeneste til alle barn og unge fra 0 – 20 år, samt til gravide som ønsker å benytte seg av svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Denne tjenesten har lenge vært en svært viktig del av kommunens folkehelsearbeid, noe som kommer tydelig frem i *Veileder for kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*.

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot ytre helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Meld. St. 16. (2010-2011), 2011).

Veilederen, som bygger på stortingsmelding nr. 16 *Resept for et sunnere Norge* fra 2004, er også opptatt av å få frem hvordan nye utviklingstrekk i samfunnet gir helseutfordringer som krever nye strategier. Regjeringen gikk med bakgrunn i dette inn for å styrke helsetjenestene til gravide, barn og unge, slik at de ble bedre tilpasset alle i målgruppen og spesielt til nye utfordringer knyttet til blant annet psykisk helse.

Psykisk helse er forøvrig et utpekt satsingsmål i denne veilederen, noe som kommer tydelig frem i denne setningen om hvordan den tenker seg at helsetjenesten skal møte disse utfordringene.

”Det handler om å satse på styrking av psykisk helse, gjennom å legge til rette for opplevelsen av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet og respekt” (Sosial – og helsedirektoratet, 2004, s. 8).

Selve målet med styrkingen av tjenestene beskrives slik i veilederen:

- Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet.
- Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

Veilederen kommer inn på fem viktige perspektiver for folkehelsearbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Folkehelsearbeid blir imidlertid her definert som å svekke det som medfører helserisiko, samt og styrke det som bidrar til god helse. De tidligere nevnte perspektivene viser til forventinger som settes til helsestasjonstjenesten i kommunen. Jeg nevner dem kort her for å

gi et innblikk i hvilke føringer som legges til grunn for det arbeidet som skal utføres i helsestasjon, og for å gi et bilde av hva helsesøsters arbeid på dette område skal favne.

*Mestringsperspektivet* bygger på erkjennelsen om at vår evne til å utvikle og ta i bruk egne ressurser er en vesentlig faktor i den personlige utvikling og i å bygge en god helse.

*Brukerperspektivet* omfatter i denne sammenhengen foreldre, barn og unges alminnelige deltakelse i samfunnet. Den enkeltes ønsker, behov og forståelse av sin egen situasjon bør ligge til grunn for utforming av tiltak og tjenester.

*Helhetsperspektivet* bygger på den gjennomgående ideen om å styrke barns, unges og familiens opplevelse av helhet i de tjenestene som ytes, uavhengig av forvaltningsnivå.

*Helsefremmings- og forebyggingsperspektivet* handler om det faktum at godt helsefremmende og forbyggende arbeid gir en betraktelige høyere gevinst både for klientene og systemet, fremfor å sette inn ressurser senere i forløpet.

*Kunnskaps- og kompetanseperspektivet* handler om å benytte seg av og ta i bruk eksisterende kompetanse og kunnskap, samtidig som ny kunnskap erverves der den mangler.

I dette punktet sier veilederen: ”Kommunen har et ansvar for å legge til rette for kompetanseutvikling og kunnskapsoppdatering hos de ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Den enkelte helsearbeider har også et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert” (Sosial – og helsedirektoratet, 2004, s. 9).

### 2.2.1 Helsestasjonens ansvar og tilgjengelighet

Helsestasjonen er som nevnt tidligere en del av kommunehelsetjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn fra 0 – 6 år. Dette arbeidet omfatter helseopplysning, veiledning, helseundersøkelser og vaksinasjoner, oppfølging av barn med spesielle behov og oppfølging av foreldre som av ulik årsak har behov for utvidet støtte. I veilederen blir det lagt vekt på hvor viktig det er at helsestasjons- og skolehelsetjenesten fremstår som et tilbud til både foreldre, barn og unge, og at det tilpasser seg samfunnets utvikling. Endrede kjønns- og familiemønstre er eksempel på resultat av samfunnets utvikling de senere år, og som det er viktig



at helsestasjonen tilpasser seg. Helsestasjonens tilgjengelighet er også av stor betydning for de som benytter seg av den (Sosial – og helsedirektoratet, 2004).

### **2.2.1.1 Lavterskeltilbud**

I veilederen står det at denne tjenesten skal fungere som et lavterskeltilbud. Det vil si at den skal være lett tilgjengelig for alle brukere i målgruppene. For at man skal fungere som et godt lavterskeltilbud sier veilederen at tilgjengeligheten som nevnt ovenfor er avhengig av at det er tilstrekkelig antall ansatte i tjenesten. Videre påpeker den at kjennetegnet ved god tilgjengelighet er kort ventetid og publikumsvennlige åpningstider. I veilederen nevnes noen grupper som må ivaretas spesielt i forhold til tilgjengelighet, og en av disse er personer med psykiske problemer (Sosial – og helsedirektoratet, 2004).

## **2.2.2 Helsesøsters mandat**

Helsesøster har sin grunnutdanning i sykepleiefaget. I sin videreutdanning får hun en fordypning innen emner som helsefremmende og forbyggende arbeid inkludert forebyggende psykososialt arbeid for barn og unge. Med sin bakgrunn er det naturlig at helsesøster har den sentrale rollen i helsestasjon. Hun er den som møter alle brukerne, og som henter inn annen kompetanse ved behov (Sosial – og helsedirektoratet, 2004).

### **2.2.2.1 Ansvar for faglig fremgang og utvikling**

Det stilles i dag store krav til evidensbasert behandling i helsevirksomhet og helsesøster skal også sørge for å holde seg oppdatert på den nyeste forskningen og kunnskapen på området. Det er derfor viktig at helsesøstrene engasjerer seg i faglig utvikling og forskning som finnes på de ulike områdene. Dette er også belyst i St.meld. nr. 16 som sier noe om behovet for mer kunnskapsbaserte helsetiltak og at det er mangel på forskningskompetanse på eget felt hos helsesøstrene. Det blir derfor lagt vekt på at forholdene skal legge til rette for at slik kunnskap skal kunne oppnås (Glavin, Helseth og Kvarme, 2007).

### **2.2.2.2 Likeverd og respekt i møtet med bruker**

For denne oppgaven handler dette om forholdet mellom helsesøster og brukeren av helsetjenesten. Brukeren skal oppleve møtet med helsesøster som likeverdig og respektfullt. Dette kan by på utfordringer, da det alltid vil forekomme en form for asymmetri i samhandling mellom faglært og ufaglært.

Helsesøster representerer det offentlige og er satt til denne oppgaven for at brukeren skal få et lovbestemt tilbud, og hun har derfor en forpliktelse i denne relasjonen som ikke brukeren har. Helsesøster sitter også på kunnskap som er spesifikk for nettopp helsesøster, noe som kan være med på å skape en faglig distanse mellom partene. Måten helsesøster fremtrer på ovenfor brukeren vil derfor spille en sentral rolle for hvordan møte med helsestasjonstjenesten oppleves (Glavin, Helseth og Kvarme, 2007).

### **2.2.2.3 Legge til rette for trygghets – og tillitsforhold**

Her vises det til tillit som en viktig ingrediens for at forholdet mellom bruker og helsesøster skal fungere på best mulig måte. Det er viktig at brukeren har tillit til helsesøsters faglige kunnskap, men også at helsesøster viser et personlig engasjement, evne til innlevelse og investerer tid i møtet med familien. Dette fører til at helsesøster må ha en god faglig forankring samt evne til å møte brukeren på en empatisk måte (Glavin, Helseth og Kvarme, 2007).

### **2.2.2.4 Ansvar for å synliggjøre profesjonens behov**

Helsesøstertjenesten har et stort omfang og møter utfordringer som ofte er mange og komplekse. Helsesøstrene har i de senere år fått flere og vanskelige oppgaver, og må stå til ansvar for lovpålagte oppgaver. Dette fører til en økning i behov for ressurser og helsesøstrene må aktivt stå frem å synliggjøre behovene, slik at det forebyggende arbeidet med barn og unge blir styrket. Helsesøstre har ansvar for å forvalte de ressurser som blir gitt på en måte som er forsvarlig for brukeren. Dagens helsesøster skal kunne planlegge, vurdere og sette i gang tiltak som er forbyggende og helsefremmende (Glavin, Helseth og Kvarme, 2007).

Den profesjonelle helsesøster skal, som ovennevnte punkter viser til, være i besittelse av god faglig, relevant og oppdatert kunnskap, arbeide etter evidensbaserte metoder, være empatisk og løsningsfokusert og vise personlig engasjement til brukerne de møter. De skal være gode på å se og møte den andre på lik linje og i tillegg være engasjert utad og formidle behov for ressurser.

Den profesjonelle helsesøster har et enormt mandat som krever mye av dem både på det faglige og personlige plan.

## 2.3 Satsingsområdet psykisk helse

Helt frem til midten av 70- tallet ble flere norske helsestasjoner drevet av frivillige organisasjoner. Ikke før helsestasjonsloven trådte i kraft i 1974 tok det offentlige over ansvaret for helsestasjonene. På samme tid tiltok satsingen for å øke helsesøsters faglige kvalifikasjoner. Denne perioden har i ettertid også blitt kalt ”Bogen – perioden”, etter psykolog Berit Bogen. Sammen med barnepsykiater Hilchen Sommerchild Sundby var hun en viktig pådriver for å øke kunnskap og fokus rundt helsesøstertjenestens arbeid på det mentalhygieniske feltet (Glavin og Kvarme, 2003).

Tett samarbeid og veiledning av både familier og helsesøstre, var en viktig del av arbeidet de utførte. Nye arbeidsmetoder ble introdusert ved helsestasjonene med fokus på nettverk og samarbeid. Gruppe som metode ble blant annet mye brukt, da til å begynne med ofte i form av barselgruppe eller temagrupper.

Forebyggende psykisk helsearbeid kom også tydeligere frem i denne perioden, og helsestasjonene ble gjenstand for økt forskningsvirksomhet når det gjaldt arbeidet med å forebygge psykiske helseproblemer (Helsetilsynet, 1998).

Forskningen gav ny kunnskap, nye ideer - og erfaringer og forslag til endring. Helsesøstrene som deltok i enkelte av disse prosjektene konkluderte imidlertid med at forutsetningen for å drive mentalhygienisk arbeid på helsestasjonen, var muligheten for regelmessig kontakt med spesialister i form av barnepsykiatere, barneleger, psykologer, sosionomer og lignende (Glavin og Kvarme, 2003).

Noe av årsaken til det endrede fokuset innen forbyggende psykisk helsearbeid mot slutten av 70-tallet, kan henge sammen med datidens endringer i forståelse fra arv til miljø som hovedfaktor til psykiske lidelser. Samtidig som man ser endringer i synet på arv og miljø i forhold til psykisk helse, begynner det omfattende arbeidet med nedbyggingen av datidens ”galehus” eller asyler. Psykiske lidelser skulle avmystifiseres og ansvaret skulle flyttes ut i samfunnet til de enkelte kommunene. Lite skjedde imidlertid rundt dette før i 1997 med Stortingsmelding nummer 25 ”Åpenhet og helhet”, som resulterte i at Opptrappingsplanen for psykisk helse ble iverksatt året etter. Nedenfor skisseres noe av den nasjonale satsingen på området for å kunne gi et bilde av – og en forståelse for hvordan helsesøstervirksomheten møter denne utfordringen.

Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) viser til en opptrappingsplan som skal sikre ivaretagelsen av den gruppen.

### 2.3.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006)

Ett prioritert område i *Opptrappingsplanen for psykisk helse* er styrkingen av helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det psykososiale arbeidet innenfor denne virksomheten skulle økes, med mål om at det på landsbasis skulle tilføres 800 årsverk fordelt på ulike faggrupper. Videre skulle det rekrutteres 260 nye årsverk til annet psykososialt arbeid i kommunen.

I forhold til barn og unge blir det nå lagt stor vekt på forebyggende tiltak. For å bidra til å forebygge psykiske plager og lidelser på en god måte, slik at situasjonen for de som er syke blir bedre, er det i regi av opptrappingsplanen satt i gang en informasjonssatsing i samarbeid med ulike brukerorganisasjoner (St. meld. nr. 16, (2002-2003), 2003).

Det er et stort behov for kunnskap og åpenhet i forhold til psykisk helse, og det er det som danner grunnlaget for samarbeidet med brukerorganisasjoner. Informasjonsstrategien består av tre satsingsområder: barn og unge, arbeidsliv og brukere- og tjenesteapparat.

Som et ledd i opptrappingsplanen ble det gjort forsøk på familiesenter i seks kommuner hvor målet skulle være å ivareta og styrke arbeidet med barn, unge og deres familier.

Familiesentrene skal være et lavterskeltilbud og en møteplass med tjenester som forebyggende barnevern, forebyggende pedagogisk-psykologisk tjeneste, åpen barnehage, svangerskapsomsorg, helsestasjon og familierådgivning. Det er en modell for å arbeide med barn og barnefamilier på en tverrfaglig og samordnet måte (St. meld. nr. 16, (2002-2003), 2003).

Målet med denne modellen skulle være at familiesenteret ble en arena for tverrfaglig kunnskap og at bedre og mer sammensatt hjelp kunne ytes til familiene.

### 3 FORSKNING

I dette kapittelet vil jeg presentere aktuell forskning med relevans for min problemstilling. Forskningen som presenteres vil ha ulik funksjon inn i oppgaven. Rapporten om omfang og konsekvens vil for eksempel gi viktig grunnleggende kunnskap i møtet med min problemstilling. Rapporten har imidlertid en indirekte betydning for oppgaven, og har en ren informativ funksjon. Annen forskning, som rapporten om helsesøsters opplevelse av kompetanse i møte med psykisk lidelse, vil derimot gi mer direkte kunnskap om forholdene jeg er ute etter å se nærmere på her. Jeg har hele tiden vurdert hvilke prioriteringer jeg skal gjøre i dette kapittelet for å få frem den viktigste foreliggende kunnskapen for min oppgave. Til tross for at jeg anser forskning knyttet til resiliens, tidlig intervensjon og metoder som foreldreveiledning som viktig bakgrunnskunnskap til denne oppgaven, har jeg av hensyn til min problemstilling valgt å avgrense forskningskapittelet til tidligere forskning med direkte tilknytning til helsesøsters arbeid.

#### 3.1 Sosiologiske bidrag

Det er ikke gjort mye forskning direkte på dette, og i Norge er de viktigste bidragene utført innenfor det sosiologiske fagfeltet av henholdsvis Cand. polit. Therese Andrews og Dr. polit. Cecilie Basberg Neumann. Det naturlige i at disse bidragene er å finne innen nettopp sosiologi, blir blant annet synlig i Willy Martinussen sin uttalelse av sosiologiens hovedoppgave som å fortolke sosialt liv. I en slik definisjon ligger en forståelse av sosiologi som læren om blant annet samfunnet, fellesskapet, den sosiale virkelighet og samspillet mellom mennesker (Garsjø, 2001). Både Neumann og Andrews ser på slike sosiologiske fenomen gjennom fokus på henholdsvis klasse – kjønn, og forholdet mellom aktør – struktur og makt – avmakt. Her følger en nærmere presentasjon av deres arbeider.

Cecilie Basberg Neumanns doktorgradsavhandling om helsesøstre og deres bekymrede blikk på barn og foreldre, er som nevnt et av svært få bidrag til studier som tar helsesøsterprofesjonen opp til kritisk drøfting. Denne mangelen på forskning nevnes og etterlyses også i undersøkelsen som presenteres i neste punkt gjort av Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av helsesøstre og Sosial – og helsedirektoratet.

Neumanns prosjekt skulle i utgangspunktet handle om fenomenet barnemishandling slik det ble forstått og gitt mening i helsesøsterfeltet. Etter en lengre fase med datainnsamling ble det tydelig

for henne at helsesøstrene ikke hadde så mye å si om barnemishandling ut fra sine profesjonelle erfaringer. Hun oppdaget imidlertid at de hadde mye å si om sin bekymring for at barn på forskjellige måter ikke har det bra nok. Dette gjorde at hennes fokus og interesse endret seg mot å forstå helsesøsters profesjonelle blikk, og å se dette blikket i forhold til de spenningene som omgav feltet. Denne interessen resulterte til slutt i boken *Det bekymrede blikket*.

Her ser hun blant annet på hvordan kunnskap, klasse og kjønn skjærer igjennom helsesøstrenes profesjonelle arbeid og gjør seg gjeldene i deres tenking om normalitet og avvik. Videre viser hun hvordan man i bruddflaten mellom normalitet og avvik finner tvil og gråsoner, som kan få konsekvenser for helsesøsters håndtering av bekymringssaker (Neumann, 2009).

Neumann baserer forskningen sin på observasjon i helsestasjonens venterom, dybdeintervju med helsesøstre, leger og assistenter (i hovedsak helsesøstre) og et gruppeintervju.

Jeg var godt i gang med oppgaven da jeg for første gang leste deler av Neumanns forskning, og opplevde å kjenne meg igjen i flere deler av hennes prosess. Flere av hennes funn blir synlig også i mine funn gjennom blant annet helsesøsters enorme mandat og at de ofte opplever å arbeide alene. Hennes interesse for kjønn og klasse har også vært med meg når jeg ønsker å se nærmere på hvordan omkringliggende faktorer påvirker oss – også som profesjonelle yrkesutøvere.

Therese Andrews har i sin doktorgradsavhandling og i flere artikler skrevet om dagens situasjon i helsesøsteryrket. Doktorgradsavhandlingen med tittelen *Tvetydige ideologier og motstridende krav, en studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*, tar for seg de ideologiske endringer i den kommunale helsestasjonstjenesten. Hun ser blant annet på hvordan denne virksomheten, som tradisjonelt har hatt som siktemål å lære foreldre om hva som er til barnets beste sett fra ett profesjonelt synspunkt, nå har fått instruksjoner om å nedtone sin ekspertrolle og heller veilede foreldre slik at de selv finner løsningen på problemer som gjelder sitt eget barn. Dette er i tråd med de endringene man ser i helse – og sosialsektoren for øvrig, med stikkord som brukermedvirkning og empowerment, og overgangen fra forebyggende til helsefremmende arbeid (Andrews, 2002).

Dette er også en av flere komponenter hun kommer inn på i artikkelen *Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket*, hvor hun viser til endringer i lov og struktur av nyere dato som har påvirket dagens helsestasjonstjeneste. Her kan nevnes: omorganiseringer i kommunehelsetjenesten som har redusert helsesøsters beslutningsmyndighet ved å fjerne den obligatoriske fylkeshelsesøstertittelen, samle flere profesjoner under samme sektor ofte ledet av ledere uten

tilknytning til feltet og reduksjon av spesifiserte arbeidsoppgaver på grunn av tilveksten av nye yrkesgrupper. Videre har flere arbeidsoppgaver endret seg fra en mer konkret til en mer diffus karakter, og angår nå i stor grad det psykososiale feltet (Andrews og Wærness, 2004).

Andrews ser i sitt arbeid nærmere på de dilemmaer helsesøster møter på når prinsippene i de ovennevnte ideologiske endringene skal omsettes til praksis. I forhold til denne oppgaven vil hennes undersøkelser og artikler om omorganiseringenes - og lovendringenes innvirkning på helsestasjonstjenesten og de strukturer som former tjenestene, være nyttig å ha med seg for å danne et bilde av hvordan disse forholdene kan prege mine informanters profesjonsutøvelse og yrkeshverdag – og da spesielt i møte med spesielt utfordrende situasjoner slik som denne oppgaven tar for seg.

Disse bidragene fra Neumann og Andrews vil være viktige kilder videre i denne oppgaven. Kombinert med annen sosiologisk teori vil de danne hovedgrunnlaget for den teoretiske delen av oppgaven som jeg vil begrunne valg av og presentere ytterligere i det følgende kapitlet.

### **3.2 Helsesøsters kompetanse**

I 2006 gikk Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av helsesøstre og Sosial – og helsedirektoratet sammen om en undersøkelse der man ønsket å ta for seg helsesøsters egenrapporterte kompetanse og kompetansebehov i forhold til psykisk helse. Spørreundersøkelsen mottok svar fra 1094 helsesøstre, som gav en svarprosent på 60 %. Samtlige av landets fylker er representert i utvalget, og utvalget hevdes å være representativt i følge rapporten (Wessel Andersson, Osborg Ose og Norvoll, 2006).

Helsesøstrene i undersøkelsen gir uttrykk for å være betydelig mer tilfreds med den kompetansen de har innen primærforbyggende/helsefremmende arbeid enn innen psykisk helse for barn og unge og barn av psykisk syke. Hele 36 % opplever at de i liten eller ingen grad har kompetanse til å håndtere barn av psykisk syke foreldre. 46 % av helsesøstrene sier også at de i stor grad har behov for økt kompetanse i konsultasjonsteknikk i møte med psykisk syke foreldre.

Opptappingsplanen for psykisk helse hadde som mål å resultere i både en kvalitativ og kvantitativ bedret tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. Gjennom undersøkelser som er nevnt over, var ønsket å identifisere utfordringer for å kunne heve kompetansen på nettopp disse områdene. Med utgangspunkt i disse problemområdene utarbeides programmet for etterutdanning av helsesøstre i psykisk helsearbeid for barn og unge.

### 3.3 Omfang og konsekvenser

Innledningsvis presenterer jeg tall hentet fra rapporten *Barn av foreldre med psykisk lidelse eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Denne rapporten ser på omfanget av denne type problematikk i det norske samfunn og anslår antallet tilfeller i befolkningen som helhet. Det kommer frem at svært mange barn opplever at mor eller far har en psykisk lidelse i løpet av oppveksten, og det i så stor grad at det her sidestilles med antall barn som opplever at mor eller far får en somatisk diagnose i løpet av oppveksten. Dette blir imidlertid bare benyttet som et bilde på omfang, andre likheter og forskjeller mellom disse gruppene diskuteres ikke.

Rapporten, som er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet, anslår at 410 000 barn opplevde å ha en eller to foreldre med en psykisk lidelse i løpet av det siste året. Dette tallet viser til diagnostiserbare tilstander, men får ikke frem nyansene innenfor gruppen. Mange av foreldrene det her henvises til har forholdsvis milde lidelser, som i hovedsak plager dem selv og sjelden påvirker barna.

I denne rapporten er det imidlertid gjort egne beregninger av antallet barn som vokser opp med foreldre med mer alvorlige lidelser. Disse tallene viser at 260 000 barn har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover den daglige fungeringen, mens 115 000 av disse regnes som alvorlige. Dette er den første rapporten i Skandinavia som tar sikte på å anslå antall barn, på befolkningsnivå, som vokser opp i familier der en eller begge foreldre sliter med psykisk lidelse. Tidligere tall er som oftest hentet fra innleggelsesstatistikk ved døgnavdelinger og poliklinikker. Rapporten henviser her blant annet til pasienttelling fra SINTEF, som viser at 65000 barn har foreldre som får behandling for psykiske lidelser. Disse tallene tar imidlertid ikke med i beregningen at et ukjent antall barn lever med syke foreldre som av forskjellige årsaker ikke søker hjelp for sine lidelser. Utenlandske beregninger viser til store mørketall her (Torvik og Rognmo, 2011).

Den andre delen av rapporten henviser til konsekvenser av å vokse opp med psykisk syke foreldre. Uten å gå dypere inn i funn her, vil jeg kort nevne noen hovedtrekk for å gi et bilde av den kartlagte situasjonen denne rapporten viser til.

Forskningen som presenteres her hentes fra forskjellige utenlandske studier, altså viser ingen av dem til norske forhold. Disse studiene viser at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre, har en noe forhøyet risiko for å oppleve mishandling og omsorgssvikt og/eller selv å utvikle en psykisk lidelse. Det knyttes imidlertid stor usikkerhet til disse funnene, på grunn av variasjonene



innenfor de ulike tilfellene. Uten å ha konkrete data å vise til, antas det i rapporten at langt flere barn opplever foreldrenes lidelser som belastende, enn andelen hvor dette fører til alvorlige konsekvenser. Eksempel på slike belastninger kan blant annet være parentifisering, der barnet går inn i en slags voksenrolle og tar på seg ansvar for forelderen og for familien. Andre former for belastning er stadig frykt/angst for nye sykdomsutbrudd og arbeidet med å holde dette skjult for omverdenen. I artikkelen *et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre* beskriver artikkelforfatter Kari Vik hvordan de ovennevnte belastningene kan arte seg.

Psykisk smerte og psykisk lidelse er tabubelagt i vår kultur. Mange barn skammer seg over sin psykisk syke forelder, og føler raskt hva man kan – og ikke kan snakke om. Mange barn av psykiatriske pasienter får tidlig mye ansvar, og går inn i en voksenrolle. De avskjæres med dette fra lek og læring sammen med jevnaldrende. Lojalitet overfor foreldrene samt angst for nye sykdomsutbrudd, kan føre til isolasjon for mange barn. De føler det tryggest å være hjemme i tilfelle noe skulle skje, og i tillegg slipper de den sosiale skammen. Mange barn lever i konstant redsel. De er redde for at forelderen ikke skal bli frisk igjen, og de tør ikke spørre andre om dette. Slike spørsmål er belagt med skam, og barna er redde for å gjøre noe galt (Vik, 2002).

## 4 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapittelet ønsker jeg å ta med meg deler av punkt om problemstillingen inn i en redegjørelse for valg av teoretiske perspektiver jeg vil benytte meg av videre i oppgaven.

Ettersom problemstillingen har tre underkategorier knyttet til ulike forhold, vil det bli naturlig å følge en slik inndeling også i dette teorikapittelet og videre i diskusjonsdelen.

Punkt 3.1 vil, med utgangspunkt i intervju og analyse, ta for seg to ulike sosiologiske perspektiver knyttet til forholdet mellom struktur og aktør. Her settes det individualiserte samfunnet og det frisatte individ opp mot kulturens usynlige tråder gjennom deler av Bourdieus' sosiologi. Dette med tanke på at helsesøster eksisterer og deltar i en sosial og kulturell sammenheng, der hun i ulik grad påvirkes av og påvirker sine omgivelser.

I punkt 3.2 presenteres Michael Lipskys teori om bakkebyråkrati knyttet opp til helsesøstrenes beskrivelser av utfordringer rundt strukturelle – og institusjonelle forhold ved deres virksomhet. Lipsky forsøkte i sin teori å analysere offentlige ansattes utfordringer med å løse sine oppgaver i velferdssamfunnet, og hevder at det er her – i direkte kontakt offentligheten – at den offentlige politikken skapes/produseres.

I kapittelets siste punkt presenterer jeg teori knyttet direkte til forholdet mellom helsesøster og forelder via Joyce Travelbees' teori om mellommenneskelige forhold. Hennes teori fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige funksjon, og ser den som selve grunnlaget for å oppfylle sykepleiens formål. Teorien er imidlertid et redskap som er ”produsert” for sykepleiere og sykepleiepraksis, hvor formålet er å veilede hjelperen til å etablere gode hjelpeforhold. I møtet med helsesøster opplever jeg imidlertid at hvert enkelt møte påvirkes av faktorer hos aktørene og i samspillet, noe som i liten grad tas hensyn til hos Travelbee. Jeg har derfor valgt å supplere med Erwing Goffmans' tanker om samspillet mellom mennesker gjennom hans teori om samhandlingsorden og dramaturgiske perspektiv på samfunnslivet.

Ytterligere argumentasjon for valg av teori presenteres underveis i kapittelet.

## 4.1 Kulturell virkning eller individuelle valg

Dette punktet vil knyttes direkte til problemstillingens første underkategori om *kulturelle utfordringer*. Innledningsvis under dette punktet stiller jeg spørsmålstegn ved hvordan mennesket påvirkes av ytre forhold i kultur og samfunn. Sett direkte i lys av min problemstilling, vil dette vinkles inn på hvordan disse omkringliggende faktorene kan virke inn på helsesøsters møte med psykisk lidelse i familien.

Med utgangspunkt i intervju og analyse har jeg valgt to motstridende, men for dette kapittelet aktuelle teoretiske perspektiver, som hver for seg kan knyttes til forholdet mellom kultur/samfunn og aktør(helsesøster). Det første perspektivet som presenteres knyttes til den delen av sosiologien som ofte blir kalt modernitetsteorier. Her frisettes individet, og kulturelle skillelinjer viskes ut. Kulturen er ikke lenger bestemmende for individet, det er individet selv som velger sin vei.

Det neste perspektivet kommer først til syne gjennom punkt 4.1.2 om tabu, men blir mer inngående beskrevet under det siste punktet om habitus. Perspektivet er, i motsetning til det ovennevnte, opptatt av hvordan menneskets virkelighetsoppfatning, tanke og handling påvirkes av strukturene/omgivelsene det vokser opp i. Punktet vil inneholde en presentasjon av aktuell teori, samtidig som jeg vil avklare for min bruk av Pierre Bourdieus teori – og da nærmere bestemt habitus og klassebegrep.

### 4.1.1 Det hellige selvets ukrenkelighet

Det individualiserte samfunnet kan være med på å belyse enkelte sider ved de utfordringene helsesøster opplever i møtet med min problemstilling, og da spesielt knyttet til dens første underkategori. Helsesøstrene forteller blant annet om en hverdag med hyppige endringer i forhold til arbeids – og ansvarsområdet, der områdene hun i dag har ansvar for å veilede foreldre i (oppdragelse, ernæring, fysisk aktivitet og lignende) ikke lengre kan sies å være eksakt kunnskap. Tidligere var det for eksempel en allmenn oppfatning om at grovbrød og melk var det barn skulle ha. I dag finnes det utallige anbefalte kostholdsvariasjoner og produkter, og det blir opp til den enkelte å velge hva som passer for seg.

Flere sentrale teoretikere har de senere tiåra beskrevet en tiltakende individualisering av samfunnet, og enkelte av dem hevder i denne sammenheng at livsstiler er i ferd med å miste sin forbindelse til den sosiale strukturen (blant annet Ulrich Beck og Zygmunt Bauman). I det individualiserte samfunnet frigjøres det enkelte mennesket fra tradisjonelle bindinger til familie,

kjønn, sosial klasse og lignende. ”Individet er frisat til at vælge sig selv og sit liv” (Jørgensen, 2004, s. 112). En slik forståelse av at livsstiler ikke lengre er grunnleggende i folks sosiale posisjon, markerer et tydelig skille til Bourdieus teorier som jeg vil se nærmere på i de to neste underpunktene.

Med individualisering og individuell frisetting vokser også tanker og teorier om menneskets iboende kraft til selv å endre sin situasjon frem. Brukermedvirkning og empowerment er sentrale og høyst aktuelle trekk her. Utviklingsprosesser i samfunnet påvirker også profesjonsutøvelsen, og Hilde Larsen Damsgaard sier det slik i sin bok om *Den profesjonelle sykepleier*: ”Norske helsearbeidere kan sies å være et produkt av et samfunn med klare individualistiske trekk. I slike samfunn er blant annet jeg – bevissthet, autonomi, uavhengighet og retten til privatliv sentrale elementer” (Damsgaard, 2010, s. 35).

I helsesøstertjenesten ble spor av dette synelig da det i 1996/97 ble innført et krav om endring i helsesøsters konkrete arbeid overfor barn og foresatte, fra direkte rådgivning til veiledning (Neumann, 2009). I veilederen fra 1998 anbefaler Statens helsetilsyn at de profesjonelle toner ned sin rolle som ekspert, noe som viser til et tydelig oppgjør med en tidligere paternalistisk tradisjon i helsetjenestene. Samtidig ble det sett som et uttrykk for at profesjonelle ikke lenger sitter med svaret når det gjelder rett eller galt i barneomsorgen, i tråd med individualiseringstanken der det autonome mennesket selv vet best om rett og galt for seg selv (Andrews, 2002).

De to påfølgende punktene viser det ovennevnte teoretiske perspektivets motpart gjennom aktuelle trekk ved Bourdieus sosiologi knyttet opp mot problemstillingens utfordringer.

#### 4.1.2 Usynlige kulturelle tråder

Det er flere forhold ved denne problemstillingen som oppleves utfordrende for helsesøster. Noen av disse utfordringene oppleves som vanskeligere og mindre håndfaste enn andre, og henger ofte sammen med en taus og underliggende opplevelse som man ikke helt klarer å sette ord på.

Helsesøstrene beskriver både tabu knyttet til psykisk lidelse og den vanskelige grensen rundt det private rom som slike forhold.

Halldis Karen Leira benytter deler av Bourdieus begrepsapparat i møte med de kulturelle tabu. Hun er, som Bourdieu, opptatt av å avdekke usynlige og tilsynelatende opplagte trekk og verdier ved vår kultur, og hun ønsker å se på hvordan hvert enkelt menneske er en del av disse trekkene.

”Når tabu er en slik sterk og overalt – eksisterende kraft, hvorfor er vi da så lite klar over fenomenet?” (Leira, 2003, s. 156).

Dette spørsmålet besvarer hun gjennom tabuets doksiske funksjon. Gjennom samfunnets, kulturens eller en gruppes ubevisste kollektive kunnskap om *fare*n ved å gjøre synelig det som er forbudt å se, viser den kollektive kunnskap om *tabuets landskap* til det som psykoanalytikere Carl Gustav Jung omtalte som ”det kollektive ubevisste”. Dette handler om å forstå de dypereliggende kollektive mønstre som finnes i en kultur eller et samfunn, og som er i stadig utvikling. Videre beskriver hun hvordan tabuet kan virke på oss:

Vi har en masse ubevisst kunnskap om hva som er tabu. Ellers kunne de ikke fungere. Vi er bærere av tabuer som vi selv ikke ser, vi forholder oss til tabuer uten at vi selv er det bevisst, vi agiterer for tabuer uten å vite det. Vi kan gjenkjenne sosiale situasjoner hvor vi merker at pulsen slår fortere og adrenalinet øker, eller vi kan plutselig kjenne ”et sting i hjertet” eller ”en kniv i magen” uten at vi er klar over hvorfor, men noe holder oss tilbake fra å sette ord på vår opplevelse, både for oss sjøl og andre (Leira, 2003, s. 156).

I dette eksemplet benytter Leira vår kulturs oppfatninger rundt vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner, men hun har også ved flere anledninger hevdet at tabuet rundt psykisk smerte og lidelse fortsatt opprettholdes i vår kultur (Vik, 2002). Dette forklarer hun med at dominerende kulturelle trekk holdes i sjakk ved å usynliggjøre og ugyldiggjøre dem. På denne måten vil kulturens tabuisering av bestemte tema føre til at dominerende oppfatninger fortsatt får råde. Leira er her spesielt opptatt av Bourdieus tanker om *doxa* og *symbolsk vold*. Her er hun opptatt av hvordan usynlige kulturelle tråder fungerer som normer, uten at vi mennesker er klar over det. Og hvordan den tabuiserte selv integrerer samfunnets tanker om seg og gjør dem til sine egne (Leira, 2003).

Dette punktet gir et kort innblikk i hvordan enkelte tabuer opprettholdes i kulturen, og hvordan det arter seg for aktørene her. Leiras tanker om tabu som en del av kulturen og aktørene der er knyttet tett opp mot Bourdieus begrepsapparat, og vil derfor være aktuell å ta med inn i det neste punktet om habitus og klasse.

### 4.1.3 Habitus

En måte å forstå de utfordringer helsesøster står ovenfor i møtet med psykisk lidelse i familien, kan være å se på hvordan vår habitus – vårt kroppsliggjorte program – regulerer hvordan vi oppfatter, vurderer og handler i den fysiske og sosiale verden. Denne habitusen knytter Bourdieu til klasse og kulturell kapital, som vil si at mennesket utvikler ulike habituser med ulik kulturell kapital ettersom hvilke klasse vi vokser opp i. Dette vil igjen føre til at vi mennesker, gjennom institusjonaliserte praksiser som varierer mellom samfunnsgrupper, er disponert for å handle på bestemte måter. Altså utvikles og bestemmes habitus av menneskets primærsosialisering og tilpasning til den sosiale statusen de innehar (Martinussen, 2008).

I forhold til min problemstilling kan denne teorien være med på å belyse hvordan helsesøster møter disse aktuelle utfordringene dersom man tenker, som Bourdieu, at hun har internalisert samfunnets tabu rettet mot psykisk lidelse eller møtet med det private rom. Bourdieu omtaler habitus slik:

(...) de sosiale aktørene er utstyrt med en habitus som er innskrevet i kroppen gjennom tidligere erfaringer. Disse systemene av mønstre for oppfattelse, vurdering og handling gjør det mulig å utføre handlinger styrt av praktisk kunnskap, basert på lokalisering og undersøkelse av betingende og konvensjonelle stimuli som de er disponert for å reagere på, og samtidig gjør de det mulig, uten eksplisitt fastsatte mål eller rasjonelle beregninger av midler, å fremkalle tilpassede strategier som hele tiden fornyes, men innenfor de strukturelle begrensninger som de er produkter av, og som definerer dem (Bourdieu, 1999, s. 144).

Bourdieu er opptatt av hvordan faktorene knyttet til habitus ofte er ubevisste for oss.

Habitus er først og fremst kroppsliggjort, og vår handle- og væremåte er i følge Bourdieu først og fremst basert på en førrefleksiv og nesten instinktiv oppfattelse av hva vi skal gjøre i en situasjon. Denne kroppsliggjøringen gjør at vi sjelden er bevisste på hvor preget vi er av vår habitus. ”Habitus er sosiale forhold omgjort til natur” (sitert i Aakvaag, 2010, s. 160).

Forståelsen av at habitus som kroppsliggjort, gjør også at den forstås som noe varig og stabilt. Habitus blir av Bourdieu betraktet som kjernen i en persons identitet. Vår habitus er derfor ikke lett å forandre. Tanker og refleksjon alene er ikke nok til å endre den vi er.

Bourdieu's habitus er imidlertid ikke bare strukturert, den er også strukturerende og gir handlingskompetanse. Bourdieu hevder med dette at det er habitus som virker muliggjørende for vår deltakelse i sosiale situasjoner.

I egenskap av å være *utsatt for verden*, utsatt for sansninger, for følelser, for lidelser, etc., dvs. deltager i verden, pantsatt og satt på spill i verden, er kroppen (positivt) disponert overfor verden, og i samme grad orientert mot verden og det som umiddelbart finnes å se, føle og fornemme i den. Kroppen er i stand til å mestre verden ved å gi den en tilpasset respons, den er i stand til å ha et grep om verden og til å bruke den (men ikke fortolke den) som et redskap som ligger i hånden, og som – idet den aldri blir betraktet som sådan – gjennomtrenges som om den var gjennomsiktig, av den oppgave som den gjør det mulig å fullføre, og som den er orientert mot (Bourdieu, 1999, s. 148).

Helsesøsters habitus sammen med hennes faglige forankring i sykepleie – og helsesøsterutdanning, er med på å gi henne et spesifikt blikk, hvor det internaliserte blikket gir grunnlaget for bestemte handlinger (Neumann, 2009). Bourdieu hevder at disse handlingene verken er ren reaksjon eller rent bevisst eller beregnet. Han mener at habitus gjennom sine kognitive og motiverende strukturer, som ofte avhenger av det feltet habitus er en del av, er med på å bestemme hva som skal gjøres, hva som er nødvendig og til syvende og sist alt som igangsetter en handling (Bourdieu, 1999).

Neumann ser også på sammenheng mellom habitus og handling når hun henviser til en dansk studie som forteller om en tett sammenvevning av det personlige og det profesjonelle hos helsesøster. Her beskrives det hvordan dette sammenfallet fører til at habitus ofte slår særlig kraftig igjennom når det gjelder hva helsesøster oppfatter og reagerer på (Neumann, 2009). Dette leder meg videre inn i Neumanns fokus, med bakgrunn i Bourdieus klassebegrep, på helsesøsters klassetilhørighet. I hennes studier viser helsesøstrene selv bevissthet rundt egen klassetilhørighet, og flertallet anser seg selv for å tilhøre middel – eller øver middelklasse. Jeg har ikke selv hatt dette fokuset i møte med mine informanter, og jeg vil av den grunn ikke gå dypt inn i dens betydning for denne oppgavens problemstilling, men jeg ser at det kan være interessant å se nærmere på noe av det Neumann tar opp i sin studie med tanke på helsesøsters utgangspunkt, også knyttet til hennes habitus. Hun siterer her en doktorgradsavhandling som sier noe om klasse, makt og normer, og som jeg i lys av dette teoretiske perspektivet vil diskutere nærmere i punkt 6.

(...) i løpet av nittitallet har middelklassens verdier om barneoppdragelse blitt oppfattet som normative. Ekspertenes diskurs om barneoppdragelse kan sies å være en del av middelklassens kapital, det vil si at barneoppdragelsen er preget av moderne barnepsykologi (siteret i Neumann, 2009, s. 192).

Helsesøster tilhører da, i følge Neumanns studie, den klassen som sitter på den grunnleggende kunnskap om hva som er ”god” og ”riktig” barneoppdragelse.

### 3.1.3.1 Habitus i dette prosjektet

Jeg har til nå i dette punktet forsøkt å gi en kortfattet innføring i selve habitusbegrepet, samtidig som jeg har knyttet det opp mot denne aktuelle problemstillingen. Min bruk av habitus sammenfaller imidlertid ikke direkte med Bourdieus bruk av begrepet.

Hos Bourdieu knyttes habitus tett sammen med klasse, felt og kapital. Hans hensikt var å undersøke hvorfor ulikhet og undertrykkelse reproduseres i samfunn som tilsynelatende innrettes på frihet og likhet, samfunn der aktøren selv finner sin plass gjennom fritt valg av yrke, livsstil og partner. Dette gjør han ved å se på hvordan samfunnets klasser, med sin spesifikke klassekapital (sosial, økonomisk, kulturell), fungerer innad og i forhold til hverandre, og på hvordan de dominerende klasser opprettholder og definerer gjeldene (herskende) idealer i samfunnet (Bourdieu, 2002).

Min bruk av habitusbegrepet fokuserer på de utfordringer helsesøster beskriver i møtet med problemstillingen, og om hvorvidt dette kan henge sammen med forhold i hennes habitus. I lys av Neumanns studie knyttes deler av denne vinklingen opp mot klassetilhørighet. Begrepet tas dermed ut av sin originale kontekst, om ulike klassers valg, smaks – og handlingsmønstre samt virkningen og reproduksjonen av disse, og benyttes for å belyse hvordan *usynlige kulturelle tråder* inkorporeres i oss og påvirker våre tenke, vurderings – og handlingsmønstre i møtet med andre.

Det må videre tas med i betraktningen at jeg med min kortfattede introduksjon ikke får belyst alle sider ved og rundt Bourdieus omfattende arbeider. Ved å plukke ut enkelte aktuelle trekk og fjerne disse fra sine omgivelser, kan disse enkelttrekkene stå i fare for å miste noe av sin opprinnelige mening og hensikt. Kjetil Jakobsen skriver i sitt innledende essay til en norske oversettelse av *Distinksjonen* at habitus kan være individuell eller kollektiv, og at den dermed både kan beskrive en enkeltpersons habitus, en gruppe – eller et folks habitus (eksempel: den norske habitus) (Jakobsen i Bourdieu, 2002).

Jeg tenker at slik forståelse, om en norsk habitus, delvis separerer habitusbegrepet fra sine omgivelser i klasse, felt og kapital og gjør det anvendbart på fenomen man på tross av ulikheter kan spore i en hel befolkning. Med et slikt utgangspunkt tar jeg med meg habitusbegrepet videre inn i oppgaven.



## 4.2 Helsesøster som bakkebyråkrat

Helsesøstrene beskriver utfordringer som kan knyttes direkte opp til strukturelle forhold ved deres virksomhet. Lignende forhold blir beskrevet i Michael Lipskys teori om bakkebyråkrater og bakkebyråkrati, der bakkebyråkraten omtales slik:

Public service workers who interact directly with citizens in the course of their jobs, and who have substantial discretion in the execution of their work are called street- level bureaucrats in this study (Lipsky, 2010, s. 3).

Bakkebyråkratene omtales i denne definisjonen som ansatte i offentlig sektor som har direkte kontakt med befolkningen i sitt arbeid, og som i sitt arbeid preges av stor bruk av skjønn. Helsesøster kan tenkes å falle inn under en slik definisjon. Om hun helt uproblematisk kan plasseres direkte inn i Lipskys teori kommer jeg tilbake til mot slutten av kapittelet.

Hupe og Hill presenterer i sin bok *Implementing Public Policy* Michael Lipsky som grunnleggeren av ”bottom- up” perspektivet på implementeringen av offentlig politikk. Dette perspektivet skiller seg fra det tradisjonelle byråkratiske perspektivet, der de ansatte anses for å være styrt av lover, regler og rutiner, og der implementeringen av offentlig politikk oppfattes som et resultat av politiske beslutninger (top- down). Lipsky er opptatt av å få frem de virkelige forholdene i bakkebyråkratenes hverdag, og hans teori har vokst frem med bakgrunn i nettopp observasjon av ansatte i offentlige organisasjoner. Han er, i motsetning til tradisjonelle byråkratiske perspektiv, av den oppfattning at den offentlige politikken skapes av bakkebyråratene i deres hverdag (Hupe og Hill, 2009).

Although they are normally regarded as low- level employees, the actions of most public service workers actually constitute the services “delivered” by government. Moreover, when taken together the individual decisions of these workers become, or add up to, agency policy (Lipsky, 2010, s. 3).

Bakkebyråkraten anses ikke for å være en passiv leverandør av offentlig politikk, men er selv aktivt med på å utforme denne gjennom tolkninger og tilpasninger av regler og målsettinger i sin hverdag. Disse vurderingene påvirker også valget av prioritering og fordeling av de knappe

ressurser de står ovenfor. Slik vil altså hver enkelt bakkebyråkrat påvirke tjenesten gjennom egne avgjørelser og prioriteringer, noe som igjen vil speiles i det arbeidet som utføres.

Disse vurderingene og prioriteringen må allikevel følge generelle målsettinger og rammevilkår, noe bakkebyråkraten, i følge Lipsky, har svært liten innflytelse over (Lipsky, 2010).

Hupe og Hill henviser til Lipsky når de er viser til hvordan valg og egenskaper hos bakkebyråkraten påvirker den tjenesten som gis.

”(...) the implementation of policy is really about street- level workers with high service ideals exercising discretion under intolerable pressure” (Hupe og Hill, 2009, s. 52).

#### 4.2.1 Særtrekk ved bakkebyråkratiet

Et viktig skille mellom bakkebyråkrati og tradisjonelt byråkrati, er at bakkebyråkratens arbeid preges av et stort skjønnsmessig handlingsom. I forhold til denne problemstillingen stilles helsesøster ovenfor en rekke avgjørelser som hun kontinuerlig må vurdere ut fra eget ståsted. Disse vurderingene har nok en kime av likhet i seg med bakgrunn i felles rammeplan og rammevilkår i utdanning og arbeid, men vil også påvirkes av erfaring, interesse, utdannelsens form, personlige egenskaper, ytre faktorer med mer. Slik kan det tenkes at utøvelsen av skjønn gjør tjenesten mer fleksibel og tilpasset ved at den går utover begrensingene i en rutinisert hverdag, samtidig som den på den annen side begrenses av den enkelte helsesøsters valg og vurderinger.

Et annet særtrekk ved bakkebyråkratiet er at deres arbeidshverdag ofte preges av missforholdet mellom ressurser og behov. Det forekommer en ubalanse mellom antall ansatte og antall brukere, samtidig som tiden de har til rådighet ikke alltid strekker til for å utføre arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte. I tillegg til dette har bakkebyråkraten en del rutinepreget dokumentasjonsarbeid ved siden av, som ”stjeler” både tid og fokus fra den direkte kontakten med brukerne (Lipsky, 2010).

Ved siden av ovennevnte faktorer preges bakkebyråkratens hverdag også i stor grad av å arbeide under tvetydige og motstridende mål. Målsettingene de skal arbeide etter, er i stadig endring ettersom utviklingen og behovet i samfunnet forandrer seg. Tema for denne oppgaven er blant flere nye satsings- og ansvarsområder helsestasjonsprogrammet er utvidet med i senere tid. Et dilemma med disse ”nyere” problemstillingene er at de er mindre håndfaste og konkrete enn tidligere mer rutinepregede oppgaver. Disse problemstillingene krever ofte individuelle

tilpassninger, og krever dermed mer tid og kompetanse på ulike områder. Dette kan igjen føre til konflikt mellom brukerstyrte mål og organisatoriske mål (Lipsky, 2010).

Her kan for eksempel den enkelte tidkrevende, men unike konsultasjon komme i konflikt med virkelighetsbildet, der helsesøster har begrenset tid knyttet til hver konsultasjon.

Et siste særtrekk jeg vil nevne i dette punktet er fremmedgjøring eller alienation som Lipsky omtaler det (Hill og Hupe, 2009).

Lipsky speaks of the street- level bureaucrats role as an "alienated" one, stressing such classic features of alienation as that work is only on "segments of the product", that there is no control over outcomes, or over "raw materials", and that there is no control over the pace of work (Hill og Hupe, 2009, s. 52).

Bakkebyråkraten arbeider ofte med bare deler av helheten, og får sjelden innblikk i eller oversikt over resultatet av arbeidet de utfører. Et eksempel kan ses i tilfeller der helsesøster henviser en forelder videre til fastlege, eller der en sak meldes videre til barnevernet. Helsesøster selv jobber med "saken" så lenge den er hos henne, men etter overføring til andre instanser går det ingen automatikk i at de får se hvordan denne saken ender. En slik fremmedgjøring kan føre til opplevelse av maktesløshet og mangel på kontroll.

#### 4.2.2 Mestringsstrategi

Lipsky argues that, therefore, to cope with the pressures upon them, street- level bureaucrats develop methods of processing people in a relatively routine and stereotyped way. They adjust their work habits to reflect lower expectations of themselves and their clients (Hupe og Hill, 2009).

Bakkebyråkratens ideal er å imøtekomme individuelle behov i møtet med brukerne. Arbeidsbetingelsene nevnt i særtrekkene ovenfor, forhindrer en slik individuell behandling i de enkelte sakene. Dette resulterer i at bakkebyråkraten utvikler mestringsstrategier for å redusere gapet mellom muligheter og mål. Disse mestringsstrategiene utarbeides for å skape en balanse mellom en ønsket situasjon og den virkelige situasjonen, og for å redusere noe av den følelsesmessige belastningen i opplevelsen av og ikke strekke til. På denne måten oppnår man

tilfredsstillende, men sjelden optimale tjenester. Lipsky skriver følgende om bakkebyråkratens tilpassing av egne arbeidsmetoder.

At best, street- level bureaucrats invent modes of mass processing that more or less permit them to deal with the public fairly, appropriately, and thoughtfully. At worst, they give in to favoritism, stereotyping, convenience, and routinizing – all of which serve their own or agency purposes (Lipsky, 2010, s. xiv).

Slik tilpasser bakkebyråkraten arbeidsmetoder ved å rutinisere tjenesten de tilbyr.

En annen mestringsstrategi ses der bakkebyråkraten tilpasser sin egen forståelse av rollen han/hun innehar, ved å redusere/omformulere ambisjoner og mål (Lipsky, 2010).

Gjennom rutinisering, rasjonisering, innskrenkninger og nedjusteringer av arbeidsmetoder og mål, reduseres også skjønnsutøvelsen slik som i byråkratiet. Arbeidet tilpasses og blir mer forutsigbart. Forutsigbarhet henger ofte sammen med trygghet, men i dette tilfellet også med liten fleksibilitet i tjenestene. Dette vil, i lys av min problemstilling, kunne by på utfordringer ved at disse tilfellene i stor grad krever en individuelt tilpasset oppfølging.

I det neste punktet vil jeg se nærmere på om det er helt uproblematisk å sette helsesøster i vårt samfunn direkte inn i Lipskys teori om bakkebyråkrati.

### 4.2.3 Kritikk av Lipskys teori

Rettet mot denne oppgaven er det spesielt to typer kritikk som kan være av relevans. For det første kritiseres Lipskys teori for å være for universell. Dette begrunnes i at Lipsky i for stor grad fokuserer på likhetene mellom de forskjellige instansene han omtaler som bakkebyråkrater, og i liten grad beskriver forskjellene dem imellom. Det finnes flere typer bakkebyråkrater og bakkebyråkratier, og det foreligger også vesentlige forskjeller i disse yrkenes arbeidsoppgaver og organisering (Grung, 2008).

En annen kritikk retter seg mot teoriens utgangspunkt i den amerikanske velferdsstaten, som igjen stiller spørsmålsteget ved teoriens allmenngyldighet. Den amerikanske velferdsstaten skiller seg fra den norske ved at de offentlige ytelsene befinner seg på et minimumsnivå. Denne anglo-amerikanske modellen kjennetegnes av store sosiale ulikheter, og det stilles høyere krav til den enkelte med tanke på ansvar for eget liv. Den norske sosialdemokratiske modellen karakteriseres derimot av universalitet, og her er statens mål og sikre likhet (Martinussen, 2008). Den norske

modellen kan derfor tenkes og legge mer ansvar over på bakkebyråkratiet, mens den amerikanske overfører mye av dette ansvaret til den enkelte aktør. Dette ansvaret for å sikre likhet og fordelte goder, skal sikre den enkelte innbygger et godt liv. Så kan man jo spørre seg hvem som definerer hva det gode liv er, når ansvaret for den enkelte legges over på systemet?

Noe av kritikken som rettes mot Lipskys teori sier at den er for universell, og at den ikke tar høyde for forskjeller som eksisterer mellom ulike bakkebyråterer. Jeg tenker imidlertid at slik kritikk kan styrke min bruk av denne teorien inn i min oppgave, da det kan tenkes at den er lettere å overføre til andre forhold. Jeg kjenner igjen flere av utfordringene helsesøstrene uttrykker i Lipskys teori. Sett bort ifra ovennevnte forskjeller i velferdsstatenes oppbygning, tenker jeg at denne teorien kan være med på å underbygge noe av det helsesøstrene opplever som utfordrende i møtet med denne problemstillingen.

### 4.3 Den gode relasjonen

Dette siste punktet i teoridelen knyttes sammen med tilsvarende underkategori presenteret innledningsvis. Helsesøster beskriver flere utfordringer knyttet til det relasjonelle i forhold til møtet med psykisk lidelse. Noen av disse utfordringene beskrives som forhold hos helsesøster selv, mens andre oppleves å ligge hos foreldrene. Ettersom disse forholdene knyttes direkte til mellommenneskelig samhandling og kommunikasjon, vil teorier og tanker om relasjon få en sentral plass i denne teoridelen. I det første punktet vil jeg se nærmere på sentrale aspekter ved aktuell relasjonsteori, gjennom Joyce Travelbees menneske – til – menneske – forhold. Dette bidraget, som har sine røtter i sykepleieteori, vil gi et utdypende bilde av hva profesjonell, hjelpende kommunikasjon forutsetter og innebærer.

Både Travelbee og helsesøster har sitt faglige grunnlag innenfor sykepleiefaget, som er noe av min bakgrunn for valg av teori. Samtidig tenker jeg at det i møte med min problemstilling og i helsesøsters beskrivelse av relasjonelle utfordringer, er viktig å ha en forståelse av hva som ligger til grunn for det som omtales som en ideell relasjon. I denne oppgaven baseres dette på helsesøsters uttalelser, da jeg ikke selv har observert kommunikasjon og relasjon mellom helsesøster og foreldre.

Den ovennevnte teorien er, som nevnt tidligere, opptatt av å beskrive forutsetninger for – og veien til den ideelle relasjonen. For å kunne forstå de relasjonelle utfordringene helsesøster beskriver, kan utelukkende bruk av ideell teori skape et overdrevet negativt/kritisk bilde av en situasjon. Travelbees teori tar også i liten grad hensyn til at mennesket eksisterer i en sosial og kulturell sammenheng, som i varierende grad virker inn på individet og relasjonen. Jeg har derfor valgt å utdype forståelsen av disse utfordringene ved å benytte meg av Erving Goffman og hans tanker om samhandlingsordenen. I hans teori ses den enkelte unike samhandling gjennom forstørrelsesglass, for å spore forhold som er så selvfølgelige og hverdagslige for oss at vi ikke tenker over at vi gjør dem. Goffman er her opptatt av å analysere alle de regler, prosedyrer, metoder og strategier som aktører tar i bruk når de i fellesskap skal konstruere meningsfulle og ordnede sosiale situasjoner. Hans teori har her en forklarende funksjon i møte med relasjon og samhandling, og vil i denne oppgaven benyttes som en annen aktuell vinkling i møtet med de relasjonelle utfordringer helsesøster beskriver (Aakvaag, 2008).

### 4.3.1 Mellommenneskelige forhold

Joyce Travelbee er opptatt av relasjonens uerstattelige betydning for møtet mellom hjelper og bruker. For Travelbee er sykepleie primært en mellommenneskelig prosess, der kommunikasjon er sentralt for å kunne virkeliggjøre sykepleiens formål. Dette kommer til syne i hennes beskrivelse av sykepleierens viktigste oppgaver:

- å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ
- å utvikle et ”menneske – til – menneske – forhold” til pasienten, for dermed
- å møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle sykepleiens hensikt (Eide og Eide, 2004, s. 135).

#### 4.3.1.1 Sykepleiebehov

Et menneske – til – menneske – forhold kjennetegnes av at den enkeltes eller familiens sykepleiebehov blir ivaretatt. Travelbee definerer sykepleiebehov som et behov hos en syk person eller hos personens familie, som kan oppfylles av de profesjonelle sykepleier og som ligger innenfor lovens grenser for sykepleiepraksis. Videre defineres det som et behov som, hvis det blir oppfylt, hjelper den syke personen(eller familien) til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 2001).

For at sykepleier skal kunne fastslå et sykepleiebehov, viser Travelbee til fem trinn. Jeg anser de tre første trinnene som aktuelle for dette prosjektets problemstilling, og gir en kort presentasjon av dem under.

1. *Sykepleieren må observere for å kunne avdekke om personen har et behov.*

Dette begrunner hun til dels med at syke mennesker ofte kan ha problemer med å kommunisere sine behov til sykepleierne, og at sykepleieren ikke alltid kan basere seg på det den syke sier om sine behov. Ved systematisk observasjon forutsettes det at sykepleier vet hva og hvordan hun skal observere, og at hun kan bedømme den relative betydningen av det hun har observert (Travelbee, 2001).

## 2. Sykepleier får sine antakelser bekreftet eller avkreftet.

Her mener Travelbee at sykepleieren må innlede en undersøkelsesprosess, der hun tar opp med den syke sine formodninger om hva slags behov han/hun har, for deretter å gi vedkommende mulighet for å bekrefte eller avkreftet dette. Dette vil, ifølge Travelbee, ikke la seg gjøre i alle settinger. Sett i forhold til denne oppgaven bør helsesøster vurdere alvorlighetsgrad og konsekvens før hun deler sin opplevelse av situasjonen med forelder. I de fleste tilfeller har hun allikevel mulighet til å drøfte situasjonen med forelderen, for så å ta en videre beslutning (Travelbee, 2001).

## 3. Sykepleier avgjør om hun kan (eller bør) oppfylle den sykes behov, eller om vedkommende bør henvises til andre profesjoner innen helsetjenesten.

Dersom sykepleieren konstaterer helserelaterte behov utenfor sitt ansvarsområde, er det hennes ansvar og henviser saken videre til den instans som kan gi nødvendig hjelp. Videre har hun ansvar for å følge opp disse henvisningene, og å samarbeide nært med den instansen som det henvises til (Travelbee, 2001)

### 4.3.1.2 Faser i utviklingen av et menneske – til – menneske – forhold

Travelbee hevder at kommunikasjon bidrar til å realisere sykepleiers formål. Dette begrunner hun med at sykdom og lidelse henger nøye sammen, og at menneskets holdning til lidelsen i stor grad bestemmer hvor effektivt man mestrer sykdom. Mellommenneskelige relasjoner kan, ifølge Travelbee, påvirke den enkeltes holdning til egen lidelse, ved at man finner mening og får hjelp til å mestre både lidelsen og sykdommen bedre. Dette skisserer hun gjennom fem faser i sin modell for utvikling i forholdet mellom sykepleier og pasient. De fem fasene er:

- det innledende møtet
- fremvekst av identiteter
- empati
- sympati
- gjensidig forståelse og kontakt



I det første møtet mellom sykepleier og pasient, vil partene observere, vurdere og trekke slutninger om hverandre. Denne fasen vil derfor ofte være preget av førsteinntrykk og tidligere erfaringer fra tilsvarende situasjoner. Her vil sykepleiers hovedoppgave være å se pasienten som et individ og kommunisere sin opplevelse som sykepleier, noe som igjen innebærer at hun setter til side all forforståelse om hvordan den andre burde eller skulle være (Eide og Eide, 2004).

I den andre fasen, som begynner når fase en er vellykket avsluttet, begynner sykepleier og pasient å etablere bånd til hverandre. De begynner å se hverandre utenfor rollene som sykepleier og pasient, og det unike individets identitet kommer til syne. Her er sykepleiers viktigste oppgave å være bevisst på egen oppfattelse av pasienten, adskilt fra seg selv og fra stereotype rolleforventninger. Travelbee beskriver i den forbindelse faren for ”overidentifikasjon”, der sykepleieren legger mer av egne følelser, tanker og forventninger inn i pasienten enn det som er adekvat (Eide og Eide, 2004).

I neste fase, empatifasen, ligger sykepleierens utfordring i å forholde seg empatisk til pasienten. Empati defineres her som evnen til å gå inn i, eller ta del i og forstå, et annet individs aktuelle psykologiske tilstand. Her understreker hun at ”å ta del i” ikke er sammenfallende med å tenke og føle som den andre, men at man skal dele og samtidig stå utenfor. Samtidig hevder hun at man med en empatisk forståelse også foretar en verdivurdering av den andre, noe som bør og kan unngås. Hun mener derfor at sykepleieren bør bestrebe seg på å bli bevisst på sin egen verdivurdering av pasienten, for så å kunne forstå pasienten og hans/hennes reaksjoner (Eide og Eide, 2004).

Empati er, ifølge Travelbee, nødvendig, men ikke tilstrekkelig for god sykepleie – her kreves også sympati. Den fjerde fasen består av nettopp bevegelsen fra empati til sympati.

”Travelbee definerer sympati i sykepleiesituasjonen som en holdning eller innstilling, en måte og føle og tenke på, som kommuniseres til pasienten, en holdning av dyp personlig omtanke og interesse” (Eide og Eide, 2004, s. 138).

Denne evnen til å sympatisere med pasienten, vokser, ifølge Travelbee, frem av den empatiske prosessen, og innebærer et reelt ønske om å hjelpe pasienten. Dermed stilles det ikke bare krav til hvordan sykepleier forholder seg til pasienten, men også til hva hun skal føle i dette møtet, og hun ser på sympati som sykepleiers grunnleggende trang til å lindre pasientens lidelser.

I de fire første fasene utvikler forholdet mellom sykepleier og pasient seg mot gjensidig forståelse og kontakt. Denne fasen blir av Travelbee omtalt som *the phase of rapport*, som her kan oversettes med harmonisk eller sympatisk relasjon (Eide og Eide, 2004).

I den femte og siste fasen realiseres det dynamiske og meningsfulle menneske – til – menneske – forholdet, basert på gjensidig tillit, som Travelbee ser som grunnlaget for å oppfylle sykepleiens formål.

De ovennevnte fasene gir en presentasjon av hva Travelbee mener må ligge til grunn for at sykepleier skal nå sine mål. I fasene beskriver hun hvordan det bør være, og eventuelle fallgruver og konsekvenser. Til tross for sitt individualistiske menneskesyn og synet på det individuelle unike, kan disse fasene gjøre det enkelte møtet mindre spesielt og mer kategorisert.

I følge Goffman kan man vanskelig forutsi hvordan det enkelte møtet oppleves og utvikler seg. Han ser på den enkelte unike ansikt – til – ansikt samhandlingen som en samhandlingsorden, der aktørene tar i bruk og følger forskjellige regler, prosedyrer, metoder og strategier for å, i fellesskap, konstruere meningsfulle og ordnede sosiale situasjoner (Aakvaag, 2008).

Det må imidlertid tas med i betraktningen at disse teoriene hentes fra ulike fagtradisjoner og har ulike formål. Travelbees' teori er forbeholdt en hjelper – bruker situasjon, mens Goffman ser på virkelighetsområdet som befinner seg mellom den enkelte aktør og sosiale strukturer. Han ser derfor mennesket som helhet, utenfor sine roller som hjelper og bruker.

Goffman er opptatt av at den enkelte samhandlingsorden må forstås innenfor sin ramme. Han er også, i motsetning til Travelbee, opptatt av hvordan mennesket i sosiale situasjoner opptrer og spiller roller for å avgi et bestemt inntrykk til omgivelsene. Hans teori kan derfor benyttes for å se de utfordrende forholdene med andre ”briller” en Travelbees' rene sykepleieteori.

### 4.3.2 Samhandlingsorden Goffman

Helt sentralt i Goffmans sosiologi står ambisjonen om å åpne opp det sosiale virkelighetsområdet som befinner seg mellom enkeltaktørene på den ene siden og mer omfattende sosiale strukturer på den annen, nemlig *sosiale situasjoner* (Aakvaag, 2008, s. 72).

Goffman hevder at den tradisjonelle sosiologien i alt for stor grad overser det han kaller for *samhandlingsordenen* eller opprinnelig *the interaction order*.

En samhandlingsorden dannes hver gang det forekommer ansikt – til – ansikt samhandling, og det er hans sosiologiske prosjekt å analysere – sette på begrep – alle de regler, prosedyrer, metoder, strategier osv. aktøren gjør bruk av når fellesskapet konstruerer meningsfulle og ordnede sosiale situasjoner (Aakvaag, 2008, s. 72).

Dette perspektivet bygger altså på en samfunnsforståelse bestående av kun disse løst sammenkjedede sosiale situasjonene.

I følge Goffman er partenes felles definisjon av situasjonen helt avgjørende for at en samhandlingssekvens skal fremstå som ordnet og meningsfull. Dersom man har en slik felles forståelse får man svar på hva som skal skje, hvilke roller vi møter hverandre som, hvilke forventinger vi kan ha til hverandre og lignende. En slik felles situasjonsdefinisjon betegnes som selve limet i samhandlingsordenen. Uten denne felles rammen, vil samhandlingen falle fra hverandre (Aakvaag, 2008).

I forhold til individet, anser Goffman selvet som hellig, og i det sosiale liv retter han fokus mot det menneskelige selvets ukrenkelighet. I samhandlingen med andre er det viktig for aktøren å fremstå som en respektabel person, med et ukrenkelig selv, samtidig som han anstrenger seg for å respektere samhandlingspartnerens like ukrenkelige selv. Goffman kaller dette *demeanour* (fremtreden) og *deference* (hensynsfullhet). Det første er en betegnelse på våre anstrengelser for å fremstå som pålitelige og respektable for andre, mens det andre viser til at vi også hjelper andre å fremstå som respektable. Dette beskriver Goffman som et samarbeid for å opprettholde og beskytte hverandres respektabilitet og verdighet (Aakvaag, 2008).

#### 4.3.2.1 Frontstage og backstage

Goffman er også kjent for sitt dramaturgiske perspektiv på samfunnslivet. I boken *The presentation of self in everyday life*, eller *vårt rollespill til daglig* som den er oversatt til på norsk, er han opptatt av å sammenligne sosiale situasjoner med hendelser og begreper fra teateret. I hans øyne er aktørene i samfunnet skuespillere som *opptrer* og *spiller roller* for hverandre på en scene. Målet for den enkelte aktør vil være å gi et bestemt inntrykk til omgivelsene og til *publikum*. I forbindelse med dette innførte Goffman et viktig skille mellom frontstage og backstage. Frontstage kan ses som den scenen forestillingen foregår på, mens backstage er det stedet der forestillingen forberedes. Sistnevnte er ofte skilt både i tid og rom fra frontstage (Aakvaag, 2008). Frontstage er altså ute etter å vise et ønsket inntrykk ut til omgivelsene.

Goffman mener altså at vi alltid spiller roller i sosiale situasjoner. I følge Goffman har vi et ytre forhold til rollene våre. Denne avstanden til rollene betegner han som *rolledistanse*. For mens vi i for eksempel Bourdieus perspektiv er mer identiske med rollen, er Goffman opptatt av at vi bruker rollene for å danne et inntrykk av oss selv utad. Vi har derfor det han omtaler som en kritisk – refleksiv avstand til de rollene vi spiller (Aakvaag, 2008).

#### 4.4 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg forsøkt å beskrive, belyse og argumentere for mitt valg av teori, knyttet opp mot de utfordringer helsesøster beskriver i intervju og kategorier i analysen. Teorien jeg har presentert over skal av den grunn bidra til å belyse og diskutere de utfordringene helsesøster opplever å stå ovenfor i arbeidet med å fange opp psykisk lidelse hos foreldre.

Som oppgaven for øvrig fordeles også teori inn under problemstillingens tre underkategorier. Punktet innledes derfor naturlig nok med et innblikk i de to perspektivene jeg har presentert innledningsvis. Her søker jeg å forstå de utfordringene helsesøster står ovenfor i lys av samfunnet/kulturen/omgivelsene hun er en del av.

Videre i teoridelen presenteres Michael Lipskys´ teori om bakkebyråkrati som en innfallsvinkel til underkategorien om strukturelle – og institusjonelle utfordringer, da han i sin analyse tar for seg flere av de utfordringene helsesøster opplever å stå ovenfor.

Teoridelen avsluttende del om relasjon, presentert i lys av Joyce Travelbee og Erwing Goffman, har som formål å belyse teori som kan knyttes til helsesøsters utfordringer i samspillet med foreldrene.

## 5 METODE

”Generelt sett er en metode en planmessig fremgangsmåte for å nå et bestemt mål” (Grønmo, 2004, s. 27).

Målet innen vitenskapelig virksomhet er først og fremst å bygge opp kunnskap om bestemte fenomen, for videre å utvikle en teoretisk forståelse av denne kunnskapen. Ut ifra dette kan vitenskapelige metoder ses som systematiske og planmessige fremgangsmåter for å etablere pålitelig kunnskap og holdbare teorier innenfor et fagområde. Metodene opplyser oss om hvordan vi skal skaffe til veie kunnskap og utvikle teorier. De angir også hvordan vi skal sikre at kunnskap og teori oppfyller kravene til vitenskapelig kvalitet og relevans innfor det aktuelle fagområdet (Grønmo, 2004).

Ulike fagområder studerer forskjellige fenomen og emner, som igjen gir variasjoner i metodene de benytter seg av. Min problemstilling tar for seg fenomen som kan knyttes til ulike aspekter ved menneskets liv og virke i samfunnet, og hører til innenfor samfunnsvitenskapen.

Samfunnsvitenskapelige metoder omfatter de metoder som utvikles og utnyttes i forskning om samfunn og samfunnsprosesser, samt kunnskap og teori denne forskningen resulterer i (Grønmo, 2004).

Oppgavens metodekapittel vil gjøre rede for mitt valg av forskningsmetode. Jeg vil her gjøre rede for de forskningsvitenskapelige kravene til redelighet og kvalitet, for å gjøre mitt arbeid etterprøvbart og transparent for andre. Videre presenterer jeg metodens kjennetegn i lys av Kvale og Brinkmanns (2009) syv stadier opp mot min arbeidsprosess. Til slutt beskriver jeg fremgangen i selve intervjuundersøkelsen, som innebærer valg av informanter, tilgang til felt, gjennomføringen av intervjuene og til sist etiske hensyn.

Før jeg går videre inn i metodedelen vil jeg kort avklare for enkelte forhold rundt arbeidet med oppgaven. Ved oppstart av arbeidet med masteroppgaven valgte jeg og en medstudent å inngå et samarbeid i utførelsen av dette arbeidet. Dette samarbeidet ble avsluttet underveis i arbeidet, da min medstudent av tidsmessige – og personlige årsaker ikke så noen mulighet for å avslutte denne oppgaven. Vi meldte ifra om dette til kullansvarlig og til veileder, og jeg fikk retningslinjer i forhold til mitt videre arbeid med oppgaven. Vi hadde ikke kommet langt i skrivearbeidet da dette skjedde, og de delene av oppgaven som var utført i fellesskap er nå omgjort eller slettet.

Planleggingen av oppgaven slik den så ut da, utarbeidelse av intervjuguide, informasjonsskriv og samtykke er felles arbeid. Oppgaven har imidlertid utviklet seg, problemstillingen er noe forandret, og jeg har i etterkant vært i kontakt med helsesøstrene på ny for å supplere i forhold til tidligere intervjuer. Jeg vil redegjøre for denne prosessen underveis i kapittelet.

## 5.1 Valg av metode

Jeg ønsker med denne oppgaven å få et innblikk i helsesøsters møte med problemstillingen *å fange opp psykisk lidelse hos foreldre*. I dette ligger det et ønske om å undersøke, ta del i og bli kjent med de utfordringene helsesøster opplever i møte med slike problemstillinger. Oppgaven hører, med bakgrunn i ovennevnte, til innfor kvalitativ forskningsmetode, som bygger på direkte kontakt mellom forsker de(n) som blir studert, og som tar sikte på å gi en språklig fremstilling av opplevelser, observasjoner eller samtaler (Kvale og Brinkmann, 2010, Befring, 2007).

For å få innblikk i helsesøsters opplevelse i disse møtene, ble det nødvendig for meg å snakke direkte med helsesøstrene som møter disse problemstillingen i sin arbeidshverdag. Intervju gjorde slike samtaler mulig for meg, og valg av metode falt derfor på kvalitativt intervju. Til å begynne med hadde jeg et mål om 4-6 slike intervjuer.

### 5.1.1 Forforståelse

Som sykepleier med mitt daglige arbeid innen psykiatri er jeg på en måte nært knyttet opp til flere aspekter ved denne oppgaven. Jeg tenker da på blant annet respekt for individet gjennom brukermedvirkning og autonomi, barn som pårørende av psykisk syke (her: ved en voksenpsykiatrisk sengepost) og psykiske lidelse i samfunnet.

I møtet med fagfeltet baserte min forforståelse seg på mine egne møter (som mor) med helsestasjonen. Disse møtene ligger jo også i meg, og har dannet bilde av hvordan jeg opplever helsestasjonen. Jeg har hele tiden forsøkt å være bevisst på egne tanker rundt disse forholdene, men det er vanskelig å unngå at prosjektet blir helt fritt for min forforståelse.

Jeg har underveis i hele prosjektet jobbet mye med å gjøre meg bevisst mine forforståelser og holdninger, ved å gå grundig igjennom helsesøsters uttalelser knyttet opp mot prosjektets utvikling.

## 5.2 Kvalitativ metode

Den kvalitative forskningen er mangfoldig. Den preges av hele innlevelsen og kreativiteten, men også av systematikk. Den kan være drevet frem av både empiri og teori, men som regel i samspillet mellom disse. Den kan være drevet frem av miljø, fenomen, type informanter eller perspektiver og teorier (Tjora, 2010, s. 16).

Kvalitativt forskningsmetode kjennetegnes ved at forskeren søker en forståelse av fenomenet som studeres gjennom en nær relasjon, ved intervju og/eller observasjon. Metoden gjør det mulig for forskeren å være i direkte kontakt med informanten, og man kan studere fenomener i dets naturlige setting. Denne nærheten til forskningsobjektet er en forutsetning for at forskeren skal få en forståelse av fenomenet som studeres (Thagaard, 2009).

Hensikten med forstående studier er å utvikle en mer helhetlig forståelse av de forholdene som studeres, samt belyse hvilke mening eller betydning som knytter seg til handlinger og hendelser i samfunnet. Slike studier dreier seg i stor grad om ulike typer fortolkning, og blir ofte omtalt som fortolkende studier. Fortolkning spiller derfor en svært viktig rolle innenfor kvalitativ metode (Grønmo, 2004).

I det neste punktet presenteres to hovedtyper av forstående studier *fenomenologi* og *hermeneutikk*. Hovedforskjellen dem imellom er at den ene legger hovedvekt på fortolkning av mening, mens den andre legger størst vekt på helhetsforståelse (Grønmo, 2004).

### 5.2.1 Fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv

”Det grunnleggende utgangspunktet for fenomenologisk analyse er at virkeligheten er slik aktørene selv oppfatter den” (Grønmo, 2004, s. 372).

Aktørenes egen opplevelse av fenomenene, eller deres livsverden, legges til grunn for analysen, som legger stor vekt på å forstå handlinger ut fra aktørenes egne synspunkter. Selve hensikten er å finne frem til aktørenes egen forståelse av sine handlinger og meningen handlingene har for aktøren selv (Grønmo, 2004).

I det fenomenologiske perspektivet er det viktig at fenomenet studeres slik det fremstår på egne premisser. Forskeren skal, i tråd med dette perspektivet, nærme seg fenomenet så åpent og fordomsfritt som mulig. Min fenomenologiske tilnærming ligger i ønsket om å få innsikt i informantens opplevelse i møtet med dette aktuelle fenomenet. Denne innsikten i aktørens egen intensjon/hensikt med sine handlinger, legger grunnlaget for min fortolkning av disse.

Grønmo (2004) hevder at det kan være fruktbart for forskeren å ta utgangspunkt i egne hverdagslige erfaringer. Dette må imidlertid bare fungere som bakgrunn for å reflektere over

aktørens erfaring og opplevelse. Det er viktig å unngå at forskerens egne personlige erfaringer eller forestillinger blir for fremtredende eller dominerende.

I møtet med helsesøster ønsker jeg å forstå hennes handlinger ut fra hennes ståsted. Jeg er imidlertid klar over at min yrkeserfaring, min personlige bakgrunn og min posisjon som deltaker i samfunnet, på ulike måter har bidratt til min forforståelse i møtet med problemstillingen og helsesøsters rolle (jf. punkt 5.1.1 om forforståelse). Som forsker 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 aktørene og deres handlinger. Balansegangen mellom nøytral og dominerende bruk av denne forforståelsen/forkunnskapen har jeg til tider opplevd som svært utfordrende. Spesielt i oppstartsfasen og utarbeidelse av intervjuguide var dette noe jeg, med god hjelp fra veileder, jobbet mye med.

På den annen side er oppgaven min opptatt av å belyse et fenomen i tre forskjellige underkategorier med bakgrunn i ulike perspektiver. Ved siden av å beskrive mitt ståsted som forsker i møtet med en aktør og hennes opplevelse av et fenomen, vil det fenomenologiske perspektivet, i denne oppgaven, først og fremst knytte seg underkategori nummer tre; *Individuelle utfordringer*. Dette kommer av at man i fenomenologiske analyser legger mindre vekt på forskerens observasjoner av den ytre kontekst for aktørene og deres handlinger. Aktørens egne opplevelse og forståelse av kontekst er her sentralt (Grimen, 2004).

I hermeneutiske studier forutsettes det imidlertid at ingen fenomener kan forstås uavhengig av den større helheten de inngår i. Hermeneutikk regnes som læren om fortolkning av meningsfulle fenomener (Grimen, 2004). Hermeneutikk tar, som fenomenologi, utgangspunkt i aktørens egen forståelse når deres handlinger og meninger fortolkes. Den hermeneutiske fortolkningen foretas imidlertid på et bredere grunnlag og i lys av større sammenheng enn den fenomenologiske fortolkningen. Hermeneutisk analyse er heller ikke så sterkt konsentrert om aktørens egen forståelse (Grønmo, 2004).

Grønmo(2004) nevner to viktige forskjeller mellom de to tilnærmingene. Den første er at hermeneutikken legger større vekt på forskerens forforståelse, som kan omfatte egne erfaringer og betraktningmåter, resultater fra tidligere forskning, faglige begreper og teoretisk referanserammer. Dette legger grunnlaget for forskerens forståelse av aktørene og deres handlinger, og for sin fortolkning av handlingens mening. Det andre hovedskillet ligger i hermeneutikkens fokus på forskerens helhetsforståelse. Aktørene og deres handlinger forstås her som deler av en mer omfattende helhet.



Jeg kjenner meg igjen i ovennevnte prosess. Underveis i arbeidet har jeg lest og oppdatert meg på teori og forskning som jeg betrakter som relevant for min problemstilling og analyse. Sammen med egne erfaringer gir dette mulighet for å se helsesøsters utsagn, ikke bare i lys av sin kontekst, men også som del av en større helhet. Denne fortolkningsprosessen er derfor nødvendig for å oppnå helhetsforståelsen. I denne prosessen pendler jeg mellom forståelse og forforståelse og mellom del – og helhetsforståelse, som ofte omtales som den hermeneutiske sirkel (Grimen, 2004). Fortolkningen foregår her på forskjellige nivå. På et nivå legger jeg vekt på aktørens egne fortolkninger, mens jeg på et annet fremhever min fortolkning av aktørens egne fortolkninger. Anthony Giddens omtalte denne fortolkningen av aktørens fortolkning som *dobbel hermeneutikk* (Grimen, 2004).

For meg har disse forutsetningene vært viktig å ha med underveis i oppgaven. Dette for å minne meg på hvor mye jeg som person og alt jeg har med meg av både erfaring, kunnskap, holdninger, fordommer, forståelse og lignende kan påvirke og påvirker mitt møte med andre mennesker og mine fortolkninger av disse møtene. For meg har det vært viktig å kjenne på – og reflektere over hvilke følelser og tanker jeg hadde underveis – og i etterkant av intervjuene, og prøve å bli kjent med hvorfor jeg opplevde det nettopp slik. Det er viktig å være klar over at ingen annen kunne gjort en nøyaktig lik undersøkelse med tilsvarende resultat, noe som underbygger den hermeneutiske tanken om at det ikke finnes noen egentlig sannhet – opplevelse kan fortolkes på forskjellige måter. Holdbarhet og gyldighet rundt slike forskningsresultater diskuteres under punkt om vitenskapsteoretiske krav.

### 5.3 Vitenskapelig redelighet og kvalitetsvurdering

Kvalitative forskningsopplegg legger opp til et relativt stort spillerom for forskerens dømmekraft og vurderingsevne, og han får tilgang til mange forskjellige type data som han selv må vurdere opp mot hverandre. Samtidig reiser det seg spørsmål om resultatene av denne type forskning kan være objektiv, eller om det i stor grad dreier seg om forskerskapte, mer eller mindre subjektive konstruksjoner. Disse utfordringene ved kvalitativ forskning krever at resultatet av den vitenskapelige virksomheten kvalitetssikres gjennom en rekke kriterier for vurdering av kvalitet (Grimen, 2004). I prosessen med innhenting og presentasjon av kunnskap, er det derfor viktig for meg å ivareta sentrale vitenskapelige krav. Disse kravene belyser jeg under ved å se på undersøkelsens gyldighet(validitet), troverdighet(reliabilitet) og til en viss grad etterprøvbarehet(intersubjektivitet).

### 5.3.1 Validitet

Validitet defineres i ordbøker som en uttalelse om sannhet, riktighet og styrke. I denne oppgaven og i kvalitativ forskning dreier validitet seg om i hvilken grad min metode undersøker det den er ment å undersøke, ”i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene som vi ønsker å vite noe om” (sitert i Kvale og Brinkmann, 2009, s. 251).

Validitetsprinsippet hører ikke til en spesiell del av undersøkelsesfasen, men gjennomsyrrer hele forskningsprosessen. I denne oppgaven har jeg vært opptatt av å se på helsesøsters møte med psykisk lidelse, gjennom en problemstilling med fokus på utfordringer knyttet til å fange opp psykisk lidelse hos foreldre. Ut ifra dette utarbeidet jeg en intervjuguide som skulle belyse problemstillingens fokus. Det endelige intervjuresultatet gav meg svar på de spørsmålene jeg lette etter, noe denne studien belyser gjennom de utfordringer helsesøstre beskriver.

I utarbeidelsen av problemstillingen valgte jeg å benytte samlebetegnelsen psykisk lidelse, fremfor å redusere dette til å gjelde en enkelt lidelse. Årsaken til det var at jeg ikke ønsket å ha selve lidelsen i fokus, men møtet med lidelsen. I møte med helsesøster opplevde jeg, naturlig nok, at lidelsesbegrepet begrenset seg etter erfaring og fokus (som for eksempel fødsels – og barseldepresjon).

I ettertid ser jeg at min vinkling kombinert med et lite tydelig lidelsesbegrep, gav helsesøstre stort rom for egne tolkninger av blant annet lidelsesbegrepet. Ideelt sett skulle jeg fått med meg mer dybdeinformasjon om disse tankene og refleksjonene videre inn i oppgaven, men ser at de svar jeg har fått mest sannsynlig er et resultat av at jeg selv gav dem dette spillerommet gjennom min egen utydighet. Videre er det en svakhet at lidelsene jeg skriver om ikke er definert for helsesøster. Helsesøsters svar handler da om bekymring og mistanke, uten at hun helt konkret kan si at dette handler om psykisk lidelse – og ikke andre forhold. Denne utydigheten kan svekke undersøkelsens validitet, ved at den ikke helt klart definerer de forhold helsesøster besvarer. Til tross for det tenker jeg at denne intervjuundersøkelsen er gjort blant helsesøstre med ulike erfaringer, både private og yrkesrelaterte, rundt psykisk lidelse, som også vil legge et ulike grunnlag for selve opplevelse av møtet.

I punktet *intervjuundersøkelsen* vil jeg gjøre rede for og reflektere rundt selve forskningsprosessens. Her vil jeg også forsøke åpne undersøkelsesprosessen opp for leseren, og dermed forsvare dens validitet.

### 5.3.2 Reliabilitet

Innenfor kvalitativ forskning kan reliabilitet knyttes til forskningsresultatets konsistens og troverdighet, og refererer dermed til datamaterialets pålitelighet. Reliabiliteten anses som høy dersom undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen gir pålitelige data. I utgangspunktet refererer begrepet reliabilitet til forskningsresultatet etterprøvbarehet. Innenfor kvalitativ forskning viser denne etterprøvbareheten til forskerens beskrivelse av hvert steg i forskningsprosessen. Denne beskrivelsen skal gjøre det mulig for andre forskere å få innsyn i selve prosessen og i resultatet (Kvale og Brinkmann, 2009, Grønmo, 2004).

En svakhet ved reliabiliteten i min forskningsprosess er selve innhenting av data. Som uerfaren intervjuer opplevde mitt første intervju som en noe brokete start på datainnsamlingsprosessen. Underveis i intervjuet kjente jeg selv på en nervøsitet og et ubehag ved å være i en setting jeg ikke helt var forberedt på. I etterkant føler jeg at dette låste intervjuet til en redusert og noe slavisk gjennomgang av nedtegnede spørsmål.

Min åpenhet og tilstedeværelse for eventuelle oppfølgingsspørsmål kom i skyggen av at jeg som intervjuer ikke klarte å være aktivt til stede under hele samtalen. I etterkant av intervjuet reflekterte jeg over hva jeg kunne gjort annerledes, og hadde en rekke tanker om diverse oppfølgingsspørsmål jeg ønsket svar på. Hvert intervju påvirket den videre intervju – og arbeidsprosessen, gjennom å påvirke meg som forsker. Til tross for at jeg gjennomførte det samme intervjuet med den samme tematikken på alle informantene, påvirket prosessen som foregikk i etterkant av hvert enkelt intervju det videre intervjuarbeidet.

Jeg ser i ettertid at noe av dette kunne vært unngått dersom jeg hadde tatt meg tid til prøveintervjuer. Etter endt intervjurunde førte dette til at jeg returnerte til mine to første informanter for noen oppfølgingsspørsmål – som dermed styrket reliabiliteten.

I forhold til reliabilitet har jeg også vært bevisst på at jeg ikke skal stille ledende spørsmål. Ledende spørsmål kan føre til at resultatet i stor grad farges av min forståelse, og dermed blir et uttrykk for mine meninger snarere enn helsesøsters.

Thagaard (2009) beskriver også andre forhold som kan virke inn både i intervjusituasjonen, under transkriberingen og i analysefasen. Hun snakker her om forskerens empatiske ferdigheter, forskerens interessefelt, hvem man liker/ikke liker og hvem man føler seg trygg på. Disse rammefaktorene er alltid til stede i kvalitative intervjuer, og gjør etterprøvbareheten utfordrende. I metodedelens punkt om intervjuprosessen vil jeg forsøke å ivareta prinsippene om validitet og reliabilitet ved å redegjøre grundig for hele prosessen.

### 5.3.3 Intersubjektivitet

Et annet vitenskapelig krav, er kravet om intersubjektivitet. Innenfor forskning forstås intersubjektivitet som enighet eller forståelse mellom to eller flere personer om en observasjon eller et argument. Befring(2007) viser til intersubjektivitet som en del av den kvalitative analysen, gjennom det han omtaler som intersubjektiv kontroll. Her tolker og vurderer flere forsker og fagfolk, uavhengig av bakgrunn, det samme materialet.

Intersubjektivitet vil derfor si at de vitenskapelige resultatene skal kunne etterprøves, kontrolleres og testes. Innenfor samfunnsvitenskapene er kravet om intersubjektivitet vanskelig å etterfølge. Her spiller vår forståelse/opplevelse av et fenomen inn. Resultatet av en observasjon kan foreligge ulikt for forskjellige forskere. Intersubjektivitet er med dette vanskelig å etterfølge innenfor kvalitative design, men bidrar allikevel til et kritisk blikk på vitenskapelige resultater som igjen er med på å forbedre vitenskapelig praksis (Wormnæs, 1996).

I denne undersøkelsen har jeg hele tiden underveis forsøkt å begrunne for de valgene jeg har tatt. Gjennom en redegjørelse av begreper, teoretisk grunnlag og metode, vil jeg forsøke å gi leseren innsyn i prosessen fra begynnelse til slutt. Jeg ønsker med dette at prosessen skal kunne etterprøves, testes og kontrolleres av andre, som igjen vil si at den oppfyller de ovennevnte kriterier som stilles til vitenskapelig redelighet.

## 5.4 Kvalitativt forskningsintervju

*”Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål”* (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 21).

I et kvalitativt forskningsintervju produseres kunnskap gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson. Selve dataproduksjonen går dermed utover en mekanisk overholdelse av regler, og er i stor grad avhengig av intervjuers ferdigheter og personlige vurderinger med hensyn til blant annet hvordan spørsmålene stilles. For å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål, er det også viktig at intervjuer er forberedt og innehar en viss kunnskap om intervjutemaet.

Kvale og Brinkmann(2009) understøtter dette når de sier at kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet. Videre påpekes det her at det kreves omfattende trening for å bli en godt kvalifisert intervjuer.

I forkant av prosjektet var min erfaring til intervju som metode knyttet til pensumlitteratur, undervisning og klasseromsøvelser. Den begrensede erfaringen med intervju har, som jeg blant annet nevner under punkt om reliabilitet, preget deler av datainnsamlingsprosessen. Den største utfordringen for meg var å holde tråden (for både meg og helsesøster) gjennom hele intervjuet. Ti tross for, det jeg opplever som en tydelig og ryddig intervjuguide, var det lett å bli avledet av en historie, et utsagn eller lignende som jeg ønsket å vite mer om.

Videre var det utfordrende og hele tiden være våken i forhold til intervjupersonens svar, slik at jeg umiddelbart kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål. Jeg hadde lest meg opp på aktuell litteratur på forhånd, og følte jeg hadde kunnskap til å føre en opplyst samtale om dette. Underveis i intervjuet følte ikke kunnskap som en begrensning, men evnen til og hele tiden vurdere veien videre i intervjuet.

Kvale og Brinkmann(2009) beskriver hvordan intervjuer kan utformes på forskjellige måter, og hvordan dette igjen kan virke bestemmende for hvilken retning intervjuet tar. Her skilles det mellom åpne, delvis strukturerte og strukturerte former. I denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av en delvis strukturert form. Det er denne formen for kvalitativt intervju som ofte fremheves i litteratur om kvalitativ metode.

Hensikten med et delvis strukturert/semistrukturert intervju er å få frem beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og da særlig fortolkninger av meningen med fenomenet som blir beskrevet. Kjennetegnet ved denne metoden er at det utføres i overensstemmelse med en intervjuguide med fastlagte tema, som igjen kan inneholde forslag til spørsmål. Forskeren for da innblikk i informantens fortelling, samtidig som han kan tilegne seg kunnskap om de fastlagte temaene (Kvale og Brinkmann, 2009).

#### 5.4.1 Intervjuundersøkelsens syv stadier

Kvale og Brinkmann(2009) beskriver det de omtaler som en idealisert vei for en intervjuundersøkelse i syv faser; Tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analyse, verifisering, rapportering. Disse fasene vil her kort presenteres og knyttes opp mot min arbeidsprosess.

*Tematiseringen* formulerer selve formålet med undersøkelsen. Denne fasen skal gi en beskrivelse av hvordan jeg oppfatter emnet jeg ønsker å undersøke, før intervjuarbeidet begynner. Temaet

jeg velger vil igjen påvirke hvilken metode jeg vil benytte meg av i intervjuundersøkelsen (Kvale og Brinkmann, 2009).

Min intervjuundersøkelse ønsker å belyse de utfordringer helsesøster opplever å stå ovenfor i arbeidet med å se/fange opp psykisk lidelse hos foreldre, og intervjuguiden er bygd opp med tanke på å få frem slike utfordringer; Hva tenker helsesøster om/rundt psykisk lidelse, hva tenker hun om barnet i familien der mor eller far er psykisk lidende og hva er viktig i arbeidet rundt disse familiene. Hvilke erfaringer har hun med slike saker, hva ser hun etter og hvordan går hun frem. Videre stiller jeg også spørsmål knyttet til helsesøsters syn på sin rolle. Disse spørsmålene knyttes til helsesøsters profesjonalitet og mandat, for å få frem hennes tanker rundt eget ansvar/helsesøsters ansvar; Hvordan ser hun på sin rolle i disse møtene og hva tenker hun er hennes oppgaver og ansvar her.

Det er temaets aktualitet og egne interesser og erfaringer som ligger til grunn for denne undersøkelsen.

*Planleggingsfasen* handler om planleggingen av studiet. Alle de syv stadiene bør tenkes grundig igjennom og planlegges før man starter på selve intervjuarbeidet. I denne fasen planlegges det med tanke på å innhente kunnskap som ønskes og med tanke på studiens etiske og moralske utfordringer (Kvale og Brinkmann, 2009).

Denne planleggingsfasen har vært både utfordrende og tidkrevende. Underveis i arbeidet med oppgaven opplevde jeg hvor viktig denne fasen er for de resterende fasenes – og resultatets kvalitet, gyldighet og nøyaktighet. Jeg har også, ved noen anledninger, måttet innse at deler av min egen planleggingsfase kunne vært gjort annerledes. Jeg tenker blant annet på dette med prøveintervju. Ved å forsøksintervjue kunne jeg luket vekk svakheter og redigert intervjuet i forkant.

En annen utfordring med denne fasen var at jeg tidlig i prosessen gikk fra å jobbe i gruppe til og jobbe individuelt. Jeg måtte derfor gå tilbake i planleggingsfasen på nytt, noe som endte med lik tematikk med et noe endret fokus. Dette redegjør jeg nærmere for ved gjennomgang av intervjuprosessen. Etter disse endringene jobbet jeg mye med problemstillingen, og hvordan jeg skulle få belyst den på en god måte. Problemstillingen kom tydeligere på plass, og jeg tilføyde flere aktuelle spørsmål til temaene i intervjuguiden. På grunn av endringer i problemstilling, intervjuguide og overgang til individuelt arbeid, ble det behov for å sende inn en endringsmelding til NSD. Denne ble etter kort tid godkjent. Jeg var på nytt i gang med forberedelse til intervju – som er neste stadiet i intervjuundersøkelsen.

*Intervjufasen* innebærer selve utførelsen av intervjuene. Disse intervjuene utføres på grunnlag av en intervjuguide, med en reflektert tilnærming til kunnskapen som søkes og intervjusituasjonens mellommenneskelige relasjoner (Kvale og Brinkmann, 2009).

Intervjuene i min undersøkelse tok utgangspunkt i en intervjuguide bestående av fire tema; **aktuelle refleksjoner(knyttet til tema), kunnskap og kompetanse**; erfaring og håndtering, **organisering og samarbeid** og **tanker om problemstillingen**. Hvert tema hadde flere tilhørende underspørsmål.

Som jeg har nevnt tidligere gjennomførte jeg ikke prøveintervju. Jeg opplevde på forhånd, ved grundig gjennomgang og refleksjon, intervjuguiden som logisk oppbygd med relevante tema/spørsmål for å belyse min problemstilling. Denne gjennomgangen gav meg allikevel ingen erfaringer med intervjusituasjonen eller tilbakemeldinger på intervjuguidens oppbygning.

I det første intervjuet erfarte jeg hvordan den reelle intervjusituasjonen får frem styrker og svakheter ved intervjuguiden, som man vanskelig kan forutse på forhånd. Dette intervjuet ble, uten at det var hensikten, et slags prøveintervju for meg. Etter intervjuet gikk jeg tilbake til intervjuguiden og gjorde noen små endringer i enkelte formuleringer. Blant annet hadde jeg i møte med denne helsesøster fokus på denne problematikken i et minoritetsperspektiv og barn mellom 0-1 år.

Resultatet av intervjuet viser at svært lite av det som kommer frem knyttes til minoriteter og alder, men til slike situasjoner generelt. Dette kan handle om at helsesøster selv sier at hun ikke opplever markante forskjeller her, men det kan også handle om at mine oppfølgingsspørsmål ikke fikk frem tilfredsstillende informasjon om hennes kunnskaper på området.

Minoritetsfokuset og aldersfokus ble tonet ned, og problemstillingen fokuserte nå på møtet med psykiske lidelser generelt. Jeg tilføyde derfor flere underspørsmål til noen av temaene. Disse underspørsmålene ble et resultat av egne refleksjoner ved gjennomgang av materialet og opplevelser jeg satt igjen med etter endt intervju.

I de to neste intervjuene fikk jeg, ved hjelp av guiden, frem viktig kunnskap som belyste de forholdene jeg var ute etter å se nærmere på. Det skal sies at jeg da hadde vært igjennom et intervju og fått litt erfaring med selve settingen. I etterkant av det første intervjuet reflekterte jeg også en del over hvorfor intervjuet ikke opplevdes vellykket; Var det guiden som var ufullstendig, eller ble resultatet påvirket av at jeg var noe nølende og usikker – på hvilke måte påvirket dette helsesøsters opplevelse av situasjonen og hvordan hun forholdt seg til meg og til undersøkelsen.

I det neste intervjuet følte jeg meg mer forberedt, som igjen gjorde at jeg senket skuldrene noe. Nå skal det sies at helsesøsteren jeg her skulle intervjuer hadde vist interesse for undersøkelsen også i forkant av intervjuet, slik at jeg følte meg trygg på at dette var noe hun selv ønsket og interesserte seg for. Det kan være at dette var noe som motiverte meg eller gjorde situasjonen tryggere, uten at jeg reflekterte spesielt rundt dette direkte i møtet. Jeg er ydmyk for at intervjusituasjonen kan preges av gjensidige påvirkninger ved mellommenneskelige relasjoner, noe jeg har reflektert rundt både før, underveis og etter intervjuprosessen. Jeg har forsøkt å nullstille meg før hvert intervju for forstå hver enkelt helsesøsters uttalelser i lys av hennes omgivelser.

Helsesøstrene ble informert om undersøkelsen i forkant, og jeg gjorde dem også oppmerksomme på at intervjuet ble tatt opp på bånd.

*Transkriberingsfasen* klargjør intervjumaterialet for analyse. Å transkribere betyr å transformere, eller nærmere bestemt å skifte fra en form til en annen, og blir brukt om oversettelse fra talespråk til skriftspråk. En slik form for transformasjon reduserer ansikt til ansikt samhandling med stemmeleie, intonasjon, ironi, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og lignende, til en tekst utenfor sin kontekst (Kvale og Brinkmann, 2009).

I mine intervjuer benyttet jeg meg av digital diktafon. Opptakene ble umiddelbart lagt over på PC, for deretter å bli skrevet ned ord for ord. I tillegg til å notere ordrett, ned til minste detalj, hva som blir sagt, har jeg tilføyd informasjon rundt andre ”lyder” som kommer frem på opptaket; latter, nøling, pauser og lignende.

Helsesøstrene blir verken i intervjuet eller i oppgaven oppgitt med navn, men refereres til som helsesøster 1,2 og 3.

*Analysefasen* begynner ikke etter at man er ferdig med intervjuene, men må vurderes tidlig i intervjuprosessen. Det er derfor viktig å tenke igjennom hvordan intervjuene skal analyseres før man intervjuer. ”Å analysere betyr å dele noe opp i biter eller elementer” (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 201).

Det finnes mange ulike måter å gjennomføre kvalitativ analyse på. Det handler imidlertid i stor grad om å lete etter særtrekk og sentrale fellestrekk ved de historiene som blir fortalt. Her er det viktig å være tro mot sentrale funn i materialet, slik at utvalget av referat og sitat gir et representativt bilde av innhentede data. Videre skal det gjennomføres innholdsanalytiske



tolkninger og vurderinger, for å se informasjonen som kommer frem i lys en større sammenheng/helhet.

Siste del i analysen rettes inn mot en intensiv dybdeorientering, der hovedvekten legges på å forstå meningsinnholdet. I denne delen av analysen kan det utvikles nye begreper og teorier som igjen kan munne ut i karakteriserende typologier (Befring, 2007).

Kvale og Brinkmann(2009) hevder at kvaliteten på analysen er avhengig av forskerens håndverksmessige dyktighet, kunnskap om forskningstemaet, sensitivitet overfor mediet det arbeides med og beherskelse av analyseverktøy.

Selve analyseprosessen begynte allerede før det første intervjuet, fortsatte gjennom transkribering og inn i selve hovedanalysen. Ettersom oppgavens fokus forandret seg noe etter overgang til individuelt arbeid, følte jeg at jeg ble satt litt tilbake i forhold til den opprinnelig tenkte prosessen. Selve formålet med studien var for så vidt den samme som før, men med en noe mer generell tilnærming. En ny runde med planlegging og spørsmål(til de samme helsesøstrene) fikk dekket hullene som ovennevnte endringer skapte.

I hoveddelen av analysen brukte jeg mye tid på gjennomgang av transkriberinger. Først så jeg på svarene helsesøstrene hadde gitt innenfor hver kategori og satt disse under hverandre. Jeg har hele tiden forsøkt å ta hensyn til den helheten disse sitatene er tatt ut av, slik at de ikke mister sitt opprinnelige formål eller mening.

Ut ifra uttalelsene laget jeg oversiktskart, der jeg ”ryddet opp i” helsesøsters sitater i lys av forholdene de beskrev. Dette opprydningsarbeidet gjorde meg godt kjent med datamaterialet mitt. De ovennevnte oversiktskartene med tilhørende sitater, formet etter hvert kategoriseringen av intervjumaterialet. De tidligere sidelange samtalene, var nå redusert til små utsagn inn under en større kategori. Thaagard(2009) omtaler dette som temasentrert tilnærminger. Her kan sammenligning av informasjon fra alle informantene være med på å gi en dyptgående forståelse av hvert enkelt tema. Kategorisering og sammenligning av tekst, er ikke en tilstrekkelig tilnærming til min analyse av tekst, og kan fort sette uttalelsens mening ut av sin sammenheng. Jeg er også opptatt av å få frem meningsinnholdet i teksten gjennom å se på intervjuet i sin helhet. Dette omtales som en personsentrert tilnærming. Her legges fokuset til innholdet i teksten og til teksten som helhet. Min analyse veksler derfor mellom en del – og helhetsforståelse.

Helsesøstrene delte flere opplevelser rundt utfordringer, og ut ifra dette trådte det frem tre hovedkategorier, som også har blitt underkategorier for selve undersøkelsen/problemstillingen: Utfordringer knyttet til kulturelle forhold, utfordringer knyttet til strukturelle – og institusjonelle forhold og utfordringer knyttet til individuelle forhold. En av disse kategoriene innebefatter

konkrete og tydelige uttalelser fra helsesøster. I denne underkategorien om *utfordringer knyttet til strukturelle forhold* handler det for alle helsesøstrene om tid, ressurser, samarbeid og lignende.

De to andre kategoriene tar for seg forhold som påvirker møtet mellom mennesker. Disse forholdene knyttes direkte til partene i samhandlingen eller til ytre forholds innvirkning.

Den ene av disse kategoriene tar for seg forhold som ligger utenfor individets bevisste oppfattelse, gjennom blant annet tabufenomenet. Alle helsesøstrene nevner tabu som en utfordring til møtet med psykisk lidelse. Dette punktet kommer med beskrivelser av hvordan tabuet virker på møtet mellom helsesøster og foreldre. Det er vanskelig å få frem konkrete beskrivelser av tabuets virkning fra den enkelte helsesøster, og her kom det frem nølende svar som; tja... det er vanskelig å si, men kanskje sånn eller slik... og lignende. Denne delen av oppgaven ble derfor i større grad overlatt til mine fortolkninger av helsesøsters uttalelser enn i den foregående kategorien.

*Verifiseringsfasen* undersøker intervjufunnenes generaliserbarhet, pålitelighet og validitet (Kvale og Brinkmann, 2009).

Denne intervjuundersøkelsen ønsket å se nærmere på de utfordringer helsesøster står ovenfor i arbeidet med å fange opp psykisk lidelse hos foreldre. Jeg opplever at jeg, i det materialet jeg har fått inn, klarer å belyse problemstillingen og hensikten med undersøkelsen, til tross for de utfordringer jeg har møtt på underveis. I metodedelens punkt om intervjuprosessen vil jeg beskrive og gi innblikk i selve gjennomføringen av intervjuene, og dermed åpne opp slik at andre også kan få innsyn denne prosessen.

I verifiseringsfasen skal det også gjøres rede for intervjufunnenes generaliserbarhet. Kvalitativ generaliserbarhet er et diskutert område, og da særlig i forbindelse med kasusstudier. En vanlig innvending her er vansken med å generalisere fra ett kasus til et annet, samt at antallet intervjupersoner er for få til at resultatet kan generaliseres. Denne studien, av årsaker jeg kommer tilbake til senere, henter sin hoveddel av data fra kun tre intervjusituasjoner. Dette er et svært lite utvalg, som vanskelig kan si noe om andre lignende forhold.

*Rapporteringsfasen* handler om å formidle undersøkelsesfunn og metodebruk i en form som overholder vitenskapelige kriterier, tar hensyn til undersøkelsens etiske sider, og resulterer i et lesbart produkt (Kvale og Brinkmann, 2009).

Her er altså min evne til å formidle/kommunisere undersøkelsens funn ut til leseren avgjørende. Intervjurapporten er i seg selv en sosial konstruksjon, der mitt valg av skrivestil og andre litterære virkemidler skal lede leseren inn i helsesøsters virkelighet og livsverden. Skriveprosessen er en viktig del av denne sosiale konstruksjonen, der mine og informantens tolkninger drøftes sammen med aktuell teori. I forhold til rapporteringsetikk er det her viktig at jeg som forfatter reflekterer rundt min rolle som en forteller og en person som snakker på vegene av andre (Kvale og Brinkmann, 2009).

## 5.5 Intervjuundersøkelsen

### 5.5.1 Valg av informanter og tilgang til feltet

At mitt valg av forskningsfelt og informanter havnet på helsesøster i helsestasjon handler mye om hennes unike møte med familien både under det obligatoriske hjemmebesøket og i møtene på helsestasjonen det første året. Denne muligheten til å treffe familien i eget hjem, kan være med på å skape et ”helere” bilde av familien og by på andre inntrykk enn man oppnår ved en vanlig konsultasjon ved helsestasjonen. Ved å trå over dørstokken og innta rollen som gjest, oppnår hun mulighet til å bli kjent med familien på en måte få andre instanser får.

Det viser seg også at denne tjenesten har en oppslutning på nærmere 100 % i sin målgruppe, og at hun dermed møter så å si alle barnefamilier i løpet av barnets første fem leveår (Neumann 2009, Glavin og Kvarme, 2003).

Helsesøster og hennes kolleger ved helsestasjonen er også vanligvis de eneste fagpersonene som har jevnlig kontakt med familien det første året, og er med dette en viktig instans for tidlig intervensjon. Tidlig intervensjon handler ikke om å behandle, men om å oppdage og forebygge i forkant av et problem. Slik sett utfordrer tidlig intervensjonstenkning en fare for stigmatisering, da man trår ut på ukjent grunn (Agledal, 2006).

I forhold til min problemstilling satt jeg ingen spesifikke krav til kompetanse og lignende utover at hun hadde en helsesøsterutdannelse og relevant erfaring. Dette fordi jeg tenker at psykisk helse og lidelse er en målsetting og et fokusområde som gjelder for helsesøstre generelt. Videre kan dette gi meg et inntrykk av hvordan dette oppleves for helsesøstre med forskjellige type bakgrunn og erfaringer. I forhold til taushetsplikt og anonymisering opplevde jeg få problemer.

Årsaken til dette var at jeg anså helsesøster navn, arbeidssted og andre beskrivende opplysninger som av liten relevans for oppgaven.

På denne tiden var jeg fortsatt del av en gruppe, og vil derfor benytte betegnelsen ”vi” i deler av det følgende avsnittet. Etter at vi hadde bestemt oss for forskningsfelt og informanten startet prosessen med intervjuguide, NSD søknad og tilgang til feltet.

Vi bestemte oss for å gjennomføre seks kvalitative forskningsintervjuer, tre i hver av våre hjemmekommuner. I min medstudents kommune tok hun selv kontakt med helsesøstre som villig lot seg intervju. I mitt tilfelle ble jeg på min ringerunde bedt om å kontakte ledende helsesøster i kommunen for en videre avtale. De helsesøstrene jeg til da hadde fått tak i poengterte at slike undersøkelser var utfordrende å få til på grunn tidspress i deres arbeidshverdag. Jeg tok, som oppfordret, kontakt med ledende helsesøster som bekreftet det helsesøstrene fortalte om tidspress, men som videre sa at hun skulle snakke med noen helsesøstre om en slik undersøkelse kunne la seg gjøre. Etter en stund fikk jeg tilsendt en mail fra kommunens ledende helsesøstre med tre navn og deres telefonnumre. I mellomtiden hadde min medstudent utført sine intervjuer, uten at jeg hadde hatt mulighet til å følge i disse intervjusituasjonene. Etter mottatt mail fikk jeg avtalt intervju med to av tre helsesøstre i løpet av kort tid. Den siste hadde mye å gjøre på dette tidspunktet, og måtte utsette til måneden etter.

Vi hadde på forhånd utformet et informasjonsskriv med informasjon om oss selv, studiet og intervjuundersøkelsens hensikt. Samtykkeerklæringen tok jeg med da jeg skulle intervju.

Jeg vil kort rydde opp i min overgang fra gruppe – til individuelt arbeid med oppgaven. Jeg og min medstudent utførte altså tre intervjuer hver, slik at mine intervjuer ble min prosess. I disse situasjonene gjorde jeg valg, erfaringer, vurderinger, som resulterte i det datamaterialet som ligger til grunn for min oppgave. Før medstudenten avsluttet sitt arbeid med oppgaven, var problemstillingen den samme bare knyttet opp mot minoritetsforeldre og aldersfokus. I mitt fokus etter overgang til individuell oppgave, fjernes dette fokuset. Årsaken til det var at jeg opplevde at to av tre helsesøstre snakket om denne problemstillingen på en mer generell basis. De hadde liten erfaring med at forskjellene mellom norsk og minoritet var bemerkelsesverdig stor. Om disse svarene er reelle, eller om de henger sammen med helsesøstrenes erfaringer eller dårlig formulerte spørsmål fra intervjuguiden er usikkert. Etter avsluttet samarbeid gjorde jeg, som nevnt tidligere, endringer i intervjuguiden. Deretter gikk jeg tilbake til de to første informantene i et forsøk på å få mer utfyllende svar her.

### 5.5.2 Gjennomføring av intervjuene

I en intervjusituasjon kan man møte på ulike problemstillinger av både vitenskapelig og moralsk karakter. I forkant av undersøkelsen er det blant annet viktig at jeg som forsker er bevisst på og reflekterer rundt egne tanker, holdninger og eventuelle begrensninger til temaet, slik at disse forholdene ikke blir styrende for prosessen og møtet med informantene. Videre er det viktig at informanten stoler på meg som intervjuer, i den grad at informasjonen som gis behandles konfidensielt og i henhold til god forskningsetikk, jf. punkt 5.6. Med bakgrunn i relasjonsteori og intervjuets mellommenneskelige aspekt, kan det tenkes at informanten vil åpne opp og gi mer av seg selv, dersom hun er trygg på rammene for intervjuet.

Selve intervjusettingen ble lagt til helsesøsters arbeidssted på helsestasjonen. Fra helsesøstrenes side var dette viktig på grunn av tidspress. Til å begynne med tenkte jeg at dette kunne virke forstyrrende inn på intervjuet, da jeg skulle intervjuer i et rom, mens helsesøster visste at noen venter i et annet. Jeg tenkte at hun kanskje ville svare mindre utfyllende for og forte seg, gi ufullstendige svar dersom det var lytt eller rett og slett være ukonsentrert på grunn av dårlig tid. I etterkant ser jeg at settingen for intervjuene var ideell. Jeg fikk møte informantene på hjemmebane, og samtlige intervjuer foregikk i rolige og uforstyrrede omgivelser. Det var ingen fulle venteværelser eller stressede helsesøstre som møtte meg, og jeg fikk betraktelig mer tid enn først antatt hos alle tre. Intervjuene varte fra en time til en og en halv time. Informantene ble i forkant informert om at intervjuet ble tatt opp på lydbånd, noe ingen av helsesøstrene hadde noen innvendinger mot. Jeg opplevde helsesøstrene som engasjerte i problemstillingen, og det opplevdes som en problemstilling de reflekterte en del rundt i sin hverdag. Praten gikk som regel løst, og jeg hadde til tider problemer med å holde tråden når den ene historien ledet inn på en ny. Til tross for mange tanker og meninger, opplevde jeg til tider at enkelte gikk litt i forsvar når det gjaldt å definere egen rolle i møtet med problemstillingen. Det ble her viktigere for dem å tegne opp andre instansers ansvar, enn å beskrive sitt eget. Jeg har forsøkt å sette meg tilbake i denne situasjonen, var det noe jeg sa eller måten jeg stilte spørsmålet på som forårsaket dette. Selv opplevde jeg dette spørsmålet som et nøytralt ønske om å vite mer om hva helsesøster tenker rundt sin rolle, hvordan definerer hun den.

Som jeg har nevnt tidligere (under planlegging og intervjufasen), ble mitt første intervju en liten fiasko – på godt og vondt. Jeg fikk erfare hvor viktig planlegging og gjennomgang (prøveintervju) er for en slik prosess. I dette intervjuet møtte jeg en helsesøster med lang erfaring og mye generell helsesøsterkunnskap. Jeg klarte imidlertid ikke helt å holde tråden

i intervjuet og samtalen ble noe utflytende. Samtidig låste jeg meg fast i intervjuguiden og klarte ikke å gjøre vurderinger underveis i forhold til gode og aktuelle oppfølgingsspørsmål. Til tross for møtet med en rolig og hensynsfull helsesøster, var jeg nervøs i dette første intervjuet. Jeg følte her at de ovennevnte faktorene tok vekk noe av konsentrasjonen rundt selve intervjuet både for meg og helsesøster, og jeg kom ikke i dybden slik jeg hadde håpet.

I intervju nummer to opplevde jeg noen av de samme problemstillingene som nevnt over. Det er utfordrende å holde intervjuet på rett kurs til enhver tid, når man opplever at informanten ivrig forteller om erfaringer utenfor mitt aktuelle fokusområde. Jeg valgte, av høflighet og nysgjerrighet, ofte å la henne fortelle ferdig. Dette gjorde imidlertid at jeg mistet litt tråden i intervjuet, og jeg ble derfor etter hvert mer bevisst på å rette fokuset tilbake der det skulle være. I dette intervjuet møtte jeg en helsesøster på min egen alder, som i forkant hadde vist interesse for dette studiet. Jeg opplevde at rammene for dette intervjuet var mer avslappet enn det forrige, noe som også vises i datamaterialets kvalitet. Jeg har reflektert noe rundt mine følelser i dette intervjuet fremfor det første, og jeg tror mye av den tryggheten jeg følte inn i det andre intervjuet lå i en blanding av den forrige intervjuerfaringen, og at jeg opplevde å bli møtt åpent, uten uttalte forventninger til verken meg eller det jeg var der for å gjøre. Jeg tror ikke helsesøster i det første intervjuet var spesielt annerledes enn sistnevnte, og det var nok tanken om egne forventninger som satt meg litt ut av spill der.

I det siste intervjuet møtte jeg nok en helsesøster med lang erfaring. Ettersom det var et lengre hopp mellom de to første og dette siste intervjuet, rakk jeg å transkribere og reflektere en del rundt de første intervjuene. Intervjuguiden var derfor noe spesifisert og omformulert i dette møtet. Jeg gikk tilbake til de to andre informantene med nye spørsmålsformuleringer. Disse ble sendt ut via mail på grunn av helsesøstrenes mangel på tid. Det siste intervjuet ble mitt beste intervju, både for meg som intervjuperson og for kvalitet på innhentet data.

Jeg har underveis erfart hvor utfordrende det er å utføre et godt intervju. Det krever god kunnskaper og erfaring om intervju som metode og feltet man ønsker å studere. Det er mye man må tenke på og planlegge for å legge til rette for et godt intervju. Selve rammene rundt intervjuet er viktig. Videre kan informantens inntrykk av intervjuer også være med på å skape avstand eller nærhet mellom partene. Egenskaper som kjønn, alder, etnisk tilhørighet, oppførsel og utseende er eksempel på dette. Egen usikkerhet og mangel på intervjuerfaring virker også inn på de svarene informanten gir (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010).

Jeg ser tydelig i etterkant at min største utfordring og hindring har vært evnen til å holde tråden og ta kjappe beslutninger underveis i intervjuet, for å følge opp informantenes svar og understøtte problemstillingen. Dette har vært en modningsprosess hvor jeg underveis opplevde at gjennomgang av lydopptak, transkripsjon og veiledning hjalp meg til å se muligheter jeg ikke klarte å se underveis i intervjuet. Jeg føler selv at kvaliteten på innsamlet data i lys av min problemstilling er bedre i de siste intervjuene jeg gjorde, mens den ble for generell i det første.

## 5.6 Ethiske hensyn

*Etikk* kommer av det greske ordet *ethos*, som betyr karakter. Det ble videre oversatt til det latinske ordet *mores* (moral), som også betyr karakter, skikk eller vane (Kvale og Brinkmann, 2009). *Etikk* betegnes imidlertid som noe formelt, mens *moral* ofte ses i sammenheng med oppførsel og væremåte. Gjennom etiske retningslinjer og gode forskerholdninger, blir både *etikk* og *moral* vesentlig for de etiske hensyn man må ta underveis i en intervjuprosess.

Innenfor intervjuforskning oppstår de etiske problemstillingene spesielt med bakgrunn i de komplekse forhold som er forbundet med å utforske menneskers privatliv og legge beskrivelsene ut i det offentlige. Disse problemstillingene preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse, og må derfor tas hensyn til fra begynnelse til slutt (Kvale og Brinkmann, 2009).

Før jeg fikk tilgang til felt og informanter, sendte jeg inn en søknad med relevant informasjon om mitt prosjekt til *Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste* (NSD). NSD er et kompetansesenter som veileder forskere og studenter i forhold til datainnsamling, dataanalyse, metode, personvern og forskningsetikk. Her ble det blant annet gjort en etisk vurdering og godkjenning av min intervjuundersøkelse.

Etter den første kontakten med feltet, ved bekreftelse og avtale om intervju, begynte arbeidet med informasjonsskriv og samtykkeerklæring. I informasjonsskrivet presenterte jeg meg selv, selve studiet og denne aktuelle undersøkelsen. Videre påpeker jeg at opplysningene som gis behandles konfidensielt og at det bare er prosjektansvarlig og veileder som har tilgang på disse opplysningene. All data anonymiseres og slettes når undersøkelsen er ferdig. Det blir her også opplyst om at deltakelsen i undersøkelsen er frivillig, og at man kan trekke seg fra deltakelse.

Det har hele tiden vært viktig for meg å ta hensyn til og respektere de forskningsetiske retningslinjene overfor mine informanter og mitt materiale. Jeg har benyttet NESH (den nasjonale

forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora) sine retningslinjer som en veileder i dette arbeidet.

I forhold til hensynet til informantene har jeg fulgt krav om respekt for integritet, frihet og medbestemmelse, og jeg er både takknemlig og ydmyk for mine informaners deltakelse i denne oppgaven. Å være underlagt andres observasjon og tolkning kan oppleves fremmed og vanskelig. Helsesøstrene gir meg imidlertid et godt innblikk i tanker og følelser rundt problemstillingen, også når det gjelder de svake sider.

Thaagard (2009) er opptatt av den særstilling man står i til sine informanter, ved at man er trofast til den informasjonen som deles og at denne benyttes riktig. Det er derfor viktig å være tro mot informantens utsagn, slik at de blir gjengitt så nøyaktig som mulig. Videre bør man ikke foreta fortolkninger som informanten ikke kjenner seg igjen i.



## 6 UTFORDRENDE KULTURELLE REFERANSER

I dette kapitlet besvarer jeg problemstillingens første underkategori; *Utfordringer knyttet til kulturelle forhold*. Ut i fra helsesøstrenes besvarelser er det tydelig at de opplever utfordringer med bakgrunn i kulturelle referanser i det samfunnet og de omgivelser de er en del av. Dette blir blant annet synelig i deres beskrivelser av ”det private rom” og tabufenomenet. Disse forholdene knyttes i litteraturen til ulike perspektiver på samfunnsliv, og blir av Halldis Karen Leira omtalt som usynlige kulturelle tråder.

De to ovennevnte utfordringene kan imidlertid også knyttes til ulike sosiologiske tradisjoner og samfunnsforståelse. For mens tabuet kan ses i sammenheng med strukturer og makt i samfunnet, kan ”det private rom”, gjennom respekten og troen på at individet vet best for seg selv, knyttes til individualisme og modernitetsteori.

Slike samfunnsstrukturer kommer også til syne i menneskelig tenke – og handlemåte, gjennom sosialisering i et samfunnssystem. Forholden må derfor tas i betraktning av helsesøsters sosialisering i hjem(primærsosialisering), gjennom utdanning og arbeid(sekundærsosialisering) og gjennom kulturen hun er del av(sekundærsosialisering).

I Neumanns studie beskriver helsesøstrene seg som del av den norske middelklassen, og hennes syn på hva som er god og normal oppvekst er derfor forankret i denne klassens verdier. Også helsesøsterprofesjonens verdier og syn på barneoppdragelse er, ifølge Neumann, tuftet på middelklassens verdier. Og ettersom disse verdiene legger føringer for helsesøsters møte med foreldrene, kan denne klassens verdier anses for å være av normativ karakter (Neumann, 2009).

I møte med foreldre med en psykisk lidelse vil det normative her møte ”avviket”. Helsesøstres beskrivelser av disse møtene er sentralt i kapittel 6.2.

Til sist er helsesøster del av en kultur der man fremmer individuell frihet, rettigheter og ansvar. Dette blir synlig gjennom statens forsøk på å rasjonalisere omsorgstjenestene ved å gi mindre tid og penger til institusjonene, og overføre mer ansvar for egen helse til pasient/bruker/klient – samtidig som det forventes at omsorgstjenestene skal bli bedre (Neumann, 2009). De individualistiske trekkene innvirkning på helsesøsters møte med denne problemstillingen, presenteres nærmere i punkt 6.1.

Jeg vil i det følgende kapitlet, gjennom beskrivelser og bruk av sitater, vise hvordan helsesøstrene forteller om sine opplevelser knyttet til utfordrende kulturelle referanser.

## 6.1 Over den private grense og inn i det private rom

Helsesøstre beskriver flere utfordringer knyttet til møtet med det private rom. Ut ifra intervjuene kan det virke som om definisjonen av hva som er privat er opp til den enkelte forelder. Noen er åpne om alt, mens andre er mer selektive i sine uttalelser.

Her begynner altså det private rom der foreldrene lukker seg. Foreldrenes ”avvisning” og vern om det private, gjør noe med interaksjonen og med helsesøsters vurderinger for den videre oppfølgingen.

En helsesøster beskriver at hun i slike tilfeller, tross mistanke, ofte er redd for å ta feil og for å krenke. En annen av helsesøstre synes det er ubehagelig å ”mase” om dette, når hennes mistanke avfeies av foreldre. Til tross for at helsesøstre også begrunner disse utfordringene med at de er bekymret for at foreldrene skal trekke seg fra videre oppfølging ved helsestasjonen dersom de presser for mye, viser det seg at en del av utfordringen ligger i selve konfrontasjonen med foreldrene og reaksjoner her. Samtlige helsesøstre er imidlertid klare på at de går inn i saken og melder den videre ved alvorlig bekymring. Uttalelsene deres viser allikevel at de i møte med slike saker ofte undertrykker sin egen mistanke på grunn av frykt for å krenke, for å ta feil eller på grunn av ubehaget ved å trå inn i et privat rom man ikke ønskes velkommen inn i.

### 6.1.1 Respekt for individet

En av helsesøstre beskriver utfordringene i disse situasjonene slik:

*Det er ikke så lett, vi er nok fortsatt litt redd for å tråkke over grensen, tråkke inn i det personlige, og i noen tilfeller da så tror jeg man vurderer og vurderer også lar man vær fordi man er redd for å ta feil og for å krenke. Også synes jeg det er vanskelig da, i og med at mange klarer seg så greit også. Vanskelig da å ”mase” om dette på hver konsultasjon.*

Helsesøster beskriver her hvordan hun på den ene siden vil unngå å krenke den andre, samtidig som hun også er redd for å ta feil i sine antakelser. Uttalelsen viser helsesøsters respekt for individet og for privatlivets fred, samt en tro på den enkeltes egen evne til å vurdere hva som er best for seg. En slik oppfattelse hentes i et samfunn med klare individualistiske trekk, der sentrale elementer er blant annet jeg- bevissthet, autonomi, uavhengighet og retten til privatliv

(Damsgaard, 2010). Denne helhets – og brukerorienteringen har vært viktige prinsipper mot både reduksjonisme og paternalisme i helsetjenestene. På den annen side kan slike ideologier skape dilemmaer og utfordringer for arbeidstakerne (her: helsesøster), som jeg vil se nærmere på i det følgende.

I den individualistiske samfunnsstenkingen har det autonome enkeltindividet – og dets tett på ubegrensede frihet til å søke sin egen lykke – blitt hellig. Robert Bellah uttrykker det slik ”vi tror på individets opphøyethet og individets hellige ukrenkelighet. Alt som kan begrense vår evne til å tenke selv, foreta våre egne vurderinger, treffe våre egne valg og leve som det passer oss, er ikke bare moralsk forkastelig, det er ugudelig” (sitert i Jørgensen, 2004, s. 114).

I slik samfunnsstenking vil samfunnet fremste oppgave være å fjerne alle hindringer for selvrealisering, herunder å avvikle statlige og ideologiske reguleringer av det enkelte menneskets liv. Realiseringen av det gode liv blir ut ifra dette et rent individuelt prosjekt, der samfunnet og statelige institusjoner ideelt sett skal være nøytrale når det gjelder bestemmelsen av det gode liv (Jørgensen, 2004).

Slike elementer blir naturlig nok også innlemmet i profesjonsutøvelse, rammeplaner og lovgivning. I de senere årene har helsesøsters mandat gjennomgått store endringer i tråd med de ovennevnte individualistiske elementene. Dette blir blant annet synlig i hennes ansvarsområde og rolle ovenfor familien. Det er for eksempel ikke lenge siden helsestasjonen gikk under navnet kontrollstasjon (1972). Helsesøster, som en tidligere ekspert på sped – og småbarns helse, ble på midten av 90 – tallet bedt om å tone ned sin ekspertrolle, samtidig som troen på individets egne evner og veiledning av dem skulle styrkes (Neumann, 2009).

Andrews og Wærness (2004) beskriver dette mer inngående når hun sier at helsesøstrene nå skal bevege seg bort fra ekspertrollen. ”Ideelt sett skal helsesøstre opptre som samtalepartnere, og de skal arrangere eller legge til rette for samtalegrupper og/eller sosialt samvær mellom småbarnsforeldre slik at foreldre skal kunne lære av hverandre” (Andrews og Wærness, 2004, s. 333).

I lys av en slik endring er det foreldrene som er ekspert på seg selv, sitt barn og sitt liv. Helsesøster skal fungere som en rådgivende og veiledende instans. Det blir imidlertid opp til foreldrene selv å benytte seg av helsesøsters anbefalinger. Denne troen på individets evne til å ”reparere” seg selv med støtte utenfra, er en del av vår tids helsevesens viktige fokus på brukermedvirkning og individets egne iboende krefter til helbredelse. Samtidig skapes det nå et

hinder der man ikke skal fortelle individet hva det kan eller ikke kan klare, og der det blir vanskelig å påpeke overfor noen at nå trenger du hjelp.

Goffman er blant dem som er opptatt av hvordan det sosiale liv først og fremst handler om det menneskelige selvets ukrenkelighet. I hans samhandlingsorden forsøker aktøren fremfor alt å fremstå som en respektabel person med et ukrenkelig selv. Aktøren vil samtidig anstrenge seg for å respektere samhandlingspartnerens like ukrenkelige selv. Han benytter begrepsparet *demeanour* og *defence* for å vise hvordan vi anstrenger oss for å fremstå som pålitelige og respektable for andre, og hvordan vi også hjelper andre å fremstå som respektable (Aakvaag, 2008).

Goffmans samhandlingsorden kan med utgangspunkt i det ovennevnte oppleves noe overfladisk, der det oppriktige genuine forkastes til fordel for rollespill. Dette er, til Goffmans forsvar, hensikten med hans teorier – å se hvordan mennesket fremtrer i ulike sosiale situasjoner og settinger.

Helsesøstre beskriver, som Goffmann (om mennesket), en frykt for å krenke den andre. Her begrunnes imidlertid noe av denne forsiktige fremtoningen med å legge grunnlaget for videre samarbeid. Trygghet og tillit beskrives som selve grunnlaget for åpenhet og samarbeid rundt slike problemstillinger.

Selv opplever helsesøstre blandede følelser knyttet til det ovennevnte. På den ene siden beskrives en maktesløshet i forhold til å handle på mistanke, da hun er bekymret for hva som kan skje både med tanke på videre oppfølging og reaksjoner ved konfrontasjon. Videre oppleves disse rammene som nødvendig for å opprettholde de tillitsbaserte støttfunksjonene helsestasjonen er tuftet på og gjerne vil beholde. Helsesøster blir stående i et konfliktforhold mellom egen mistanke og bekymring, handling og kontakt/tillitsforholdet til foreldrene.

Over beskrives helsesøsters opplevelse i lys av samfunnets individualistiske trekk og disse trekkenes innvirkning på helsesøsters mandat. Det blir en diskusjon rundt hvem som vet best hva barnets beste er – barnet selv er imidlertid lite synlig her.

#### **6.1.1.1 Barnet som egen enhet**

En stor utfordring i forhold til denne problemstillingen er at man hele tiden må forholde seg til en tredje part, barnet. De ovennevnte individualistiske elementene sier lite med hensyn til barnets mulighet for å fremme sine behov. Barnets selvrealisering blir ut fra dette synspunktet et

foreldreansvar, og det blir opp til den enkelte forelder å definere hva som er best for barnet. Dette kommer til syne gjennom kjente uttaleser som; *foreldre vet selv hva som er best for sine barn.*

Barnet er også et individ med sine individuelle rettigheter nedfelt i Barnekonvensjonen. Det kan imidlertid virke som at helsesøster, i saker der hun er usikker, forholder seg til den voksne parts uttaleser og individualitet. En slik antakelse hentes i beskrivelser som at hun mistenker, altså det er noe hun – som ekspert på barnet – kjenner ikke stemmer, men hun velger allikevel å undertrykke denne mistanken. Dette til tross for hennes fokus på barnet og hennes kunnskap om hva slike forhold kan gjøre med barnets utvikling.

Dette kommer frem i uttalelser som denne (her snakker helsesøster om depresjon):

*Vi tar jo alltid utgangspunkt i barnet, det er fokuset vårt på en måte. Også er det jo da selvfølgelig samspillet mellom foreldrene og barnet, det er jo kjempeviktig.*

*Det første året er viktig fordi at det vi ser med samspillet, der er jo de første 3-6 månedene kjempeviktig, for da legger de et grunnlag. Og de sier jo at det spiller inn på hvordan du seinere forholder deg til andre mennesker, hvis du blir avvist og avvist og hvis du søker blikkontakt også kikker den personen vekk, så vil du tilslutt bli uinteressert. Og din opplevelse av den sosiale kontakten vil være avvising, og det har de funnet ut at det handler jo om hvordan du selv møter mennesker når du begynner på skolen for eksempel – hvordan du forholder deg til det, du regner med å bli avvist. I forhold til da en som blir møtt, som blir pratet med, som får en dialog som lærer seg alle de sosiale settingene som i utgangspunktet er veldig viktige med den første tida da*

Øyvind Kvello sier at temaet barn av psykisk syke oppleves vanskelig for mange fordi det rører ved ferdigheter i å være ærlig og å ivareta en tredjepart. Han sier videre at ansatte i hjelpeapparatet (og befolkningen generelt) – i situasjoner der interessene mellom foreldre og barn motstrider hverandre – ofte har den voksne klart plassert øverst i sitt lojalitetshierarki. Dette kommer av at det er foreldrene voksne identifiserer seg sterkest med. Barnet vil derfor, tross synlighet og lovfestede rettigheter, fortsatt være mer en del av en helhet (familien) enn sin egen enhet (som i individualisme) (Helsedirektoratet, 2007).

Videre forteller en av helsesøstrene at det er utfordrende fordi barna er så små. Det er vanskelig, på så kort tid, å definere hva observasjonene som gjøres betyr. Det kan jo være både normale og unormale forhold bak barnets atferd. Et sutrete barn kan blant annet være tegn på mistrivsel, men også sykdom (forkjølelse og lignende), søvnmangel eller andre vanlige problemstillinger hos

sped – og småbarn. Derfor blir det ofte til at helsesøster venter med å gå videre med sin bekymring, og at hun førts reagerer når barnet viser tydeligere signaler på at noe er galt.

Kvello beskriver dette som gjennomgående i slike saker, og viser til at man ofte venter til man ser symptomer hos barnet før man handler (Helsedirektoratet, 2007). Noen av helsesøstrene bekrefter dette i følgende utsagn.

*I saker der vi ser at dette har innvirkning på barnet, barnets utvikling og relasjonen, da må vi gripe inn. Og det er jo egentlig først da vi skal gripe inn, i de sakene der det påvirker barnet.*

En annen sier:

*Det viktige er å se etter symptomer på barna, da er det alvorlig. Hvis hverdagen preger barna i så stor grad at dette gir seg utslag i måten de er på, da må vi ta affære. Mange foreldre klarer fint å leve med sin lidelse uten at dette går utover barnet, men det er jo ofte i de tilfellene vi får innblikk i også da.*

Kvello mener at et overdrevent fokus på symptomer kan bli feil, dette fordi symptomene endrer seg raskt de første leveårene. Venter vi imidlertid på symptomene, har vi god tid på vegene av barnet, mens livet trøbler seg mer og mer til sier han. Han viser til forskning som sier at betydelige psykososiale vansker hos spedbarn kan vare i flere år (Helsedirektoratet, 2007).

Dette kan på en side tenkes å stride imot selve grunnpilarene i helsestasjonen ved det forbyggende – og helsefremmende arbeid. På den annen side kan det tenkes at disse handlingene er del av helsesøsters forebyggende arbeid, ved at de i det lengste skal forsøke å skape mestring hos foreldrene fremfor å bryte den ned.

Dette bekreftes av Andrews når hun beskriver hvordan tjenesten skal rette oppmerksomheten mot foreldres situasjon og støtte dem i deres mestring av foreldrerollen. Dette skal igjen lede til at foreldre skal kunne få et harmonisk forhold til sine barn. Videre presenterer hun ”baktanken” ved slike handlinger, der tiltak for å gjøre tjenesten mer brukervennlig ikke bare er tenkt som et ledd i å gjøre det lettere for foreldre å ta kontakt når de selv har behov. Dette er også del av en bevisst strategi for å få foreldre i tale (Andrews, 2002).

Helsesøsters handlinger blir ut ifra dette beskrevet som en bevisst strategi for å fremme mestring hos foreldre, samtidig som hun forsikrer seg om at foreldrene fortsetter oppfølgingen ved helsestasjonen. Logikken ligger naturlig nok i at helsesøster er avhengig av foreldrenes oppmøte for å kunne utføre sitt arbeid.

Dette kommer frem i en av helsesøstrenes uttalelser om at ingen er tjent med at foreldrene velger bort helsestasjonstilbudet. Hun sier videre at foreldrenes møter ved helsestasjonen, gjør dem synlige. Barnet blir sett og foreldrene blir sett. Helsesøster er også opptatt av hvordan hun da, gjennom kommunikasjon og relasjon, kan være med på å hjelpe familien videre.

En av helsesøstrene ytrer sin tanke/løsning på dette, men opplever dette nærmest som utopi eller som hun sier *en drøm* i sin hverdag:

*Hverdagen med barn er utfordrende i seg selv, og har man noe ekstra så bør det opplyses om til dem som skal jobbe rundt barnet. Først da kan vi jo jobbe forebyggende med barnet og med familien. Det er utrolig hva informasjon og veiledning kan gjøre, og at det er en plan. Jeg er veldig opptatt av dette, det gjør jo at vi har mulighet til å se barnet og fange det opp før det blir for seint, og det går så altfor fort.*

Hennes ønsker strider imot det individuelle prinsipp om autonomi. Mennesket skal ikke styres utenfra, men skal gjennom veiledning og støtte finne løsningen i seg selv. Utfordringen her ligger, som jeg nå har skrevet litt om, at man må forholde seg til en tredje part.

Jeg kommer noe tilbake til helsesøsters utfordringer rundt observasjoner i det neste punktet om forhandlingsåpen profesjon.

### **6.1.1.2 Forhandlingsåpen profesjon**

I punktet over har jeg allerede sett på hvordan helsesøsters kunnskap blir gjort forhandlingsåpen ved at hun forventes å tone ned sin autoritet som ekspert og innta en veiledende funksjon overfor foresatte. Selve begrepet *forhandlingsåpen* profesjon hentes fra Neumanns studie *det bekymrede blikket*. Hun beskriver her hvordan helsesøsters kunnskapsgrunnlag stadig forhandles, og hvordan dette gjør at helsesøster står igjen uten fasit for sitt arbeid. Videre viser hun til hvordan man tidligere opplevde å ha en allmenn oppfatning om blant annet hygiene, ernæring og lignende, mens man i dag ser at eksperter på de ulike områdene også er uenige (Neumann, 2009).

Dette kommer som nevnt tidligere til syne i helsesøsters usikkerhet rundt hvordan hun skal forholde seg til den andre part, samtidig som hun beskriver usikkerhet knyttet direkte til observasjoner og videre handling.

Den ene helsesøsteren viser til usikkerheten rundt en mistanke, og sier noe om at det er vanskelig å stole på sine egne vurderinger.

*Dette er jo som jeg har sagt før et veldig vanskelig tema, det er jo dette med å tråkke over de grensene og inn i det private liksom. Det er vanskelig å stole på at mistanken er riktig noen ganger, så jeg prøver jo å spørre, men der jeg ikke får noe mer og ikke kommer noe lenger så er det jo litt for lett å gi seg på mistanken noen ganger.*

Noe av denne usikkerheten henger sammen med at hennes referansegrunnlag ikke lengre regnes som gyldig allmenn oppfatning. Det finnes nå så mange sannheter og helsesøsters kunnskapsgrunnlag blir på mange måter kun en side av en sak.

Dette blir synlig i Neumanns studie der helsesøstrene plasserer seg selv i den norske middelklassen, og synet på god og normal oppvekst er av den grunn forankret i denne klassens verdier. Hun tror at dette er en medvirkende årsak til at helsesøstrene sjelden varsler når de mistenker at et barn ikke får god nok omsorg. Dette fordi helsesøster selv ser at hennes verdier og målestokk for hva som er rett og galt ofte kommer til kort i møtet med foreldre med annen klassebakgrunn eller etnisk tilhørighet (Neumann, 2009).

På en måte er dette positivt i den forstand at helsesøster her ikke bidrar til stigmatisering av sosiale eller etniske grupper. På den annen side kan det bidra til usynliggjøring av omsorgssvikt. Dette viser seg ved at usikkerheten den forhandlingsåpne kunnskapsposisjonen potensielt innebærer kan vanskeliggjøre enkelte typer handling, som for eksempel å gripe inn i familier der barn har det vanskelig (Neumann, 2009).

### **6.1.1.3 Kort oppsummering**

Helsesøster beskriver altså utfordringer knyttet til å handle på mistanke i frykt for å krenke eller ta feil. I det ovennevnte belyses dette i lys av aktuelle samfunnstrekk. På den annen side er vårt samfunn også tuftet på demokratiske verdier som likhet og like rettigheter. Dette blir blant annet synlig gjennom lovverk, menneskerettigheter, trygdeytelser og diverse støtteordninger, der helsestasjonstjenesten selv er en viktig bidragsyter. For selv om hun beskriver utfordringer i det



ovennevnte, utgjør hun en viktig del av en overvåkings – og definisjonskanal, der grunnleggende normer og regler er gjeldene. Det vil si at det her ligger føringer for definisjoner av god og mindre god omsorg. Hun sitter også med en myndighet, mulighet og et ansvar for å gripe inn i tilfeller der omsorgen viser tegn på mangler.

Disse vurderingene er i dagens samfunn også gjenstand for debatt, og helsesøster kunnskapsgrunnlag er i stadige forhandlinger med krav om fornyelse. Generelt sett kan det, med utgangspunkt i det ovennevnte, tenkes at det ikke lengre finnes eksakt kunnskap om mat, oppdragelse, fysisk aktivitet og lignende. Hva som er riktig vil her variere fra kultur til kultur og fra menneske til menneske.

Kapittelet har til nå sett på beskrivelser som knytter seg til frykten for å krenke, for å ta feil og for å gå inn i det private i lys av individualistiske trekk. Dette kan knyttes til samtidstrekk og profesjonsendring, samt helsesøster forebyggende funksjon. Her kan frykten for å krenke knyttes til blant annet frykten for å miste kontakt eller ødelegge en relasjon med familien.

Frykten for å krenke omtales imidlertid ikke i såkalte ”normalsituasjoner”. Det henger altså sammen med en form for avvik – her psykisk lidelse. Det følgende punktet vil omhandle helsesøsters møte med et tabubelagt område. Det er vanskelig å skille disse forholdene fra hverandre, av den grunn at tabuets virkning sjelden er åpenlys for den enkelte. Jeg vil allikevel, med bakgrunn i sosiologiske perspektiver, forsøke å belyse de utfordringene helsesøster beskriver i møtet med tabuet.

## 6.2 utfordringer i møtet med et tabubelagt felt

Helsesøstrene knytter et tabu til psykisk lidelse. Samtlige sier imidlertid at situasjonen er bedre i dag, med bakgrunn i at man har mer allmenn kunnskap om lidelsene og det er økt åpenhet og økt fokus rundt dem. En av helsesøstrene sier følgende:

*Ja bare se fra jeg begynte for fem år siden så har vi blitt mye mer opptatt av barn av psykisk syke. Før så kunne de jo gå inn å hente en som var psykisk syk også spurte de ikke om, ja så kunne det sitte barn igjen alene hjemme som ingen visste om, fordi de tok med en akutt syk person. Og det tenker jeg at kanskje ikke ville skjedd i dag. I dag ville noen fanga opp det og noen ville tatt seg av de. Så jeg tenker at hele veien igjennom så har vi blitt mer bevisst på hvordan dette virker på barna.*

Åpenheten blir i første rekke beskrevet som en del av rutinespørsmål helsesøster har rundt psykisk helse og sped – småbarnstiden. Dette er spørsmål alle nybakte foreldre får på helsestasjonen. Helsesøster begrunner dette med at psykisk lidelse kan ramme alle, samtidig som slike rutinespørsmål virker mindre krenkende/skremmende på foreldrene. Når dette blir en vane for helsesøster, blir det også lettere for henne å vurdere og håndtere.

Videre forteller helsesøster at hun ofte spør foreldre i forhold til konkrete observasjoner på barnet, i samspeilet og lignende. I de tilfellen hun ikke når inn, fortsetter hun arbeidet ved neste konsultasjon. Ved behov innkalles familien til ekstra konsultasjoner og eventuelt hjemmebesøk. Til tross for økt åpenhet og endrede rutiner rundt psykisk lidelse i familien, beskriver helsesøstrene at det fortsatt henger igjen et tabu i forhold til det å være psykisk syk. Og da kanskje spesielt når man i tillegg har et barn å ta ansvar for.

En av helsesøstrene sier:

*Jeg opplever at psykiske lidelser fortsatt er et tabubelagt område, og det fører til at det ofte er vanskelig for den det gjelder å stå frem og fortelle om hvordan hun har det, og ikke minst søke hjelp. Da blir det ofte vanskelig for oss å fange opp.*

Her beskriver helsesøster det jeg opplever er mest gjennomgående i alle intervjuene når det gjelder tabuet rundt psykisk lidelse. Helsesøster opplever at det er vanskelig å fange opp, fordi foreldrene ikke forteller om sin lidelse. En helsesøster sier:

*Det er vanskelig å påstå at noen har en lidelse, det kan jo være så mye annet.*

Helsesøstrene opplever at deres oppgave her blir å få til gode observasjoner, samt skape trygge rammer for familien. De er også samstemte når de sier at psykisk helse er et tema de forholder seg uproblematisk til. Det er ingen som beskriver barrierer i forhold til å forholde seg til, spørre om og snakke rundt psykisk lidelse. Dette beskrives først i de sakene hvor mistanken er til stede, og foreldrene lukker seg.

En helsesøster beskriver noe av det samme som ovennevnte sitat, men beskriver også at dette av og til oppleves vanskelig for henne:

*Det jo ikke til å komme unna at dette er et tabubelagt felt, det er fortsatt et vanskelig tema tross mer åpenhet de siste år. Selv om jeg tror de fleste helsesøstre er flinke til å ta opp dette temaet med foreldre, er det vanskelig å få frem hele virkeligheten. Mange velger jo og ikke å snakke om det, eller bare "jatter med oss". Det krever mot og tid for å følge slike saker og mistanker om at det er noe.*

Dette sitatet sier noe om at det er vanskelig å få frem virkeligheten, og at det krever mot og tid til å følge slike saker. Satt inn i sin helhet i intervjuet forteller denne helsesøsteren også om hvordan tabuet i slike situasjoner viser seg ved at det er fortsatt lettere å forholde seg til somatiske sykdommer enn psykiatri. Det er ingen som stiller spørsmålstegn ved din evne som forelder fordi om du har diabetes eller hjerteproblemer. Selv om psykisk lidelse generelt sett er noe hun forholder seg uproblematisk til, forteller hun at det er noe som er annerledes i disse møtene – uten at hun alltid kan sette fingeren på akkurat hva det er.

Leira beskriver hvordan vi kan være bærere av tabuer som vi selv ikke ser, og hvordan vi forholder oss til tabuer uten at vi selv er det bevisst. Vi agiterer for tabuer uten å vite det.

Vi kan gjenkjenne sosiale situasjoner hvor vi merker at pulsen slår fortere og adrenalinet øker, eller vi kan plutselig kjenne "et sting i hjertet" eller "en kniv i magen" uten at vi er klar over hvorfor, men noe holder oss tilbake fra å sette ord på vår opplevelse, både for oss sjøl og andre (Leira, 2003, s. 156).

Til tross for det, er dette helsesøsteren med lengst erfaring og hun er også den som ut ifra intervjuene virker å "presse" mest på i slike saker. Denne helsesøsteren sitter med en del praktisk erfaring på området, og hun beskriver flere suksesshistorier som hun selv har vært en del av. Hun

har som hun sier opplevd oppturer og nedturer og hun har gjort feil og lært av det. Det er som hun sier *i arbeidet med mennesker kan man aldri få nok kunnskap og nok erfaring, man blir ikke utlært akkurat.*

I lys av Mary Douglas begrunnelse av menneskets trang til å holde fast ved tilegnede og etablerte kategorier, kan hennes suksesshistorier – over tid – være med på å forandre hennes opplevelse av disse møtene.

Etter som tiden går og erfaringene hoper seg opp, investerer vi mer og mer i merkelappsystemet vårt. På denne måten bygger vi en konservativ forutinntatthet. Dette gir oss selvtillit. Når som helst kan vi bli nødt til å modifisere denne strukturen av antagelser for å gjøre rom for nye erfaringer, men jo bedre erfaringene stemmer overens med det vi har opplevd tidligere, desto større tillit kan vi feste til antagelsene våre (Douglas, 1997, s. 51-52).

Dersom helsesøsters mistanke og bekymring ikke blir uttalt av helsesøster, eller at foreldrene ikke er åpne om/bekrefter helsesøsters mistanke, kan disse erfaringene klassifiseres i kategorier som helsesøster benytter seg ved lignende tilfeller senere – som en del av hennes habitus.

Habitus er først og fremst kroppsliggjort, og vår handle- og væremåte er i følge Bourdieu først og fremst basert på en førrefleksiv og nesten instinktiv oppfattelse av hva vi skal gjøre i en situasjon. Denne kroppsliggjøringen gjør at vi sjelden er bevisste på hvor preget vi er av vår habitus (Aakvag, 2008).

### 6.2.1 Habitus

En av helsesøstrene beskriver at hun som menneske og mennesker generelt er et produkt av sitt liv. Ut ifra dette viser hun til hvordan også helseøstre reagerer, vurderer og handler ulikt – og av og til med utgangspunkt i personlige fremfor faglige erfaringer. Slik kan hennes individuelle erfaringer være bakgrunn for tankemåter, vurderinger og handling.

En annen helsesøster er inne på det samme når hun sier:

*Jeg er nok som mange andre bundet litt opp av følelsen av å bryte inn i det private. Jeg går selvfølgelig videre med det der jeg har en sterk mistanke, og der jeg vet, men vanskelig i de situasjonene hvor jeg er usikker og ikke får noen bekreftelse på det. Jeg har sikkert også med meg ting i bagasjen som gjør at jeg gjør som jeg gjør, og det kan jo sikkert – uten at jeg vet det,*

*ja eller uten at jeg tenker på det – påvirke mine møter med foreldrene og barna. Jeg prøver alltid å være åpen og bevisst, men kan vel ikke alltid si at det ikke er sånn.*

Ved å se nærmere på Bourdieus begrep habitus, kan det tenkes at helsesøster her sier noe om hva hun har med seg gjennom sin primærsosialisering, eller som hun sier *i sin bagasje*, og hvordan dette ubevisst kan påvirke hennes måte å være, handle og tenke på.

”Gjennom habitus sitter dominansrelasjonene i kroppen. De preger måten vi ser og forstår på, hva vi verdsetter og liker, men også selve kroppsholdningene eller kroppsspråket” (Bjørnhaug, 2002).

Helsesøstrene beskriver selv at de generelt sett ikke opplever vansker eller ubehag i møtet med psykisk lidelse. I uttalelsen i slutten av forrige punkt opplever imidlertid helsesøster at noe er annerledes i disse situasjonene, både med hensyn til tegn hos den andre og hos seg selv. Situasjonen skiller seg altså fra det som for helsesøster betegnes som ”normalt”. Når hun i møtet velger å undertrykke sin mistanke fremfor å handle på den, kan det være noe i hennes habitus som forårsaker en slik handling. Bourdieu sier

(...) de sosiale aktørene er utstyrt med en habitus som er innskrevet i kroppen gjennom tidligere erfaringer. Disse systemene av mønstre for oppfattelse, vurdering og handling gjør det mulig å utføre handlinger styrt av praktisk kunnskap, basert på lokalisering og undersøkelse av betingende og konvensjonelle stimuli som de er disponert for å reagere på, og samtidig gjør de det mulig, uten eksplisitt fastsatte mål eller rasjonelle beregninger av midler, å fremkalle tilpassede strategier som hele tiden fornyes, men innenfor de strukturelle begrensninger som de er produkter av, og som definerer dem (Bourdieu, 1999, s. 144).

Dette er altså en ubevisst, kroppsliggjort mekanisme, som gjør at helsesøster i møtet lignende situasjoner gjenkjenner og tilpasser sine strategier.

Et annet eksempel er helsesøstrenes uttalelse om at de er redde for å krenke. Denne krenkbarheten kan synes å henge sammen med den type situasjon hun er i. Det oppleves ut ifra deres uttalelser som regel ikke krenkende å bli spurt om en somatisk tilstand, og selve krenkelsen kan da tenkes å henge sammen med den psykiske lidelsen. Det er altså noe ved situasjonen som skaper en følelse og en handling(eller snarere lite handling) hos helsesøster. Ut ifra dette kan det

tenkes at det ligger ubevisste føringer i henne knyttet til psykisk lidelse, uten at dette er noe hun selv kan sette ord på.

Leira beskriver hvordan helsesøster her ubevisst kan være med å opprettholde et tabu.

Samfunnets, kulturens eller en gruppes ubevisste kollektive kunnskap om *faren* ved å gjøre synelig det som er forbudt å se, viser den kollektive kunnskap om *tabuets landskap* til det som psykoanalytikere Carl Gustav Jung omtalte som ”det kollektive ubevisste”. Dette handler om å forstå de dypere liggende kollektive mønstre som finnes i en kultur eller et samfunn, og som er i stadig utvikling (Leira, 2003).

Det er allikevel viktig for meg å poengtere at den følelsen helsesøster beskriver, som ligger i henne, ikke nødvendigvis kan knyttes til tabuet rundt psykisk lidelse eller det private rom. Det er vanskelig for meg å si noe konkret om en følelse en annen person beskriver. Jeg har imidlertid forsøkt å belyse det helsesøstrene beskriver om tabuet og psykisk lidelse. Så kan det jo tenkes at denne følelsen eller uroen også kan henge sammen andre forhold som helsesøstrene beskriver i disse tilfellene, som for eksempel tid, ressursmangel og mangel på kunnskap om de ulike lidelsenes innvirkning på hverdagen.

### 6.3 Oppsummering

Denne delen av drøftingsdelen har sett på utfordringer helsesøstrene beskriver i lys kulturelle faktorer. Her beskrives forhold som i stor grad vitner om at de er del av et samfunn og en institusjon med klare individualistiske trekk. Dette kommer blant annet frem i frykten for å krenke den andre. Det kommer også til syne ved at de tenker at mange klarer seg fint selv, og at de er oppatt av å hjelpe foreldre til å mestre sin situasjon.

På den annen side beskriver disse trekkene at helsesøstrene trår varsomt og er redde for å krenke, av frykt for å miste alliansen med forelderen, noe de er samstemte om kan gjøre barnets situasjon enda verre. Dette poengteres ved at deres fokus først og fremst er på barnet. Det er først ved familiens oppmøte ved helsestasjonen at barnet og foreldrene blir synlige, og det er først da helsesøster kan jobbe rundt familien.

I forhold til møtet med psykisk lidelse opplever helsesøstrene fortsatt et tabu knyttet til disse lidelsene. Selve tabuet beskrives å ligge hos foreldrene, som på grunn av dette velger og ikke åpne seg opp. En av helsesøstrene beskriver hvordan disse møtene ofte oppleves annerledes enn

de ”normale” møtene, det er noe i henne hun ikke helt kan sette fingeren på. I det siste drøftingskapittelet beskriver Haugsgjerd m.fl. hvordan møtet med det vanskelige virker på oss. At dette ikke beskrives som et tabu av helsesøster selv er naturlig, da tabuer som ligger i oss ofte er ubevisste. Hun beskriver det allikevel som vanskelige møter, som krever mye av henne. De overnevnte forholdene nevner ikke helsesøsters strukturelle – og institusjonelle utfordringer, og blir derfor mangelfull sett i lys av min problemstilling og det datamaterialet den tar utgangspunkt i. Jeg vil derfor gå dypere inn i helsesøsters beskrivelser av utfordringer her i det følgende kapittelet.

## 7 HELSESØSTERS STRUKTURELLE – OG INSTITUSJONELLE UTFORDRINGER

Det er stor enighet blant helsesøstrene om at deres institusjonelle handlingsbetingelser begrenser muligheten til å fange opp lidelse og avvik på den måten det er tenkt. Blant annet forteller de om at dette er tidkrevende prosesser i en hverdag der de allerede er presset på tid og ressurser. De forteller om en ensom arbeidshverdag, der de jobber mye for seg selv og stort sett må ta egne vurderinger og avgjørelser – også i møte med utfordrende problemstillinger. Videre kommer det frem at ansvars – og arbeidsområde er stort, altfor stort i følge en av helsesøstrene. Hun poengterer at de ikke kan vite noe om alt eller rekke over alt – *jeg også er jo bare et menneske*. Andre utfordringer som beskrives her er knyttet til samarbeid og myndighet.

Jeg beskriver den stasingen som er gjort i helsestasjonen på dette området i punkt 2 om helsesøster.

Den informasjonen som kommer frem her strider allikevel noe imot rapporten fra Helsedirektoratet *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, der det hevdes at det over lengre tid er observert nedbygging og svekkelse av kommunens tjenestetilbud på dette området. Disse svekkelsene går i følge rapporten først og fremst på personellressurser og da særlig på det tverrfaglige tilbudet, noe som står i sterk kontrast til samhandlingsreformens ambisjoner om økt satsing på forebygging og tidlig intervensjon. Det står også i kontrast til den rollen helsestasjonen er forventet å ha i samfunnets arbeid og innsats for barn og unge (Helsedirektoratet, 2010).

Denne problemstillingens utfordringer krever blant annet at tjenesten har tilstrekkelig med tid og ressurser, samt at samarbeid med andre instanser fungerer. I møte med familier som lever med psykisk lidelse er det også viktig med relevant kunnskap og kompetanse. Ingen av helsesøstrene har opplevde at det har vært fokus på dette i sin helsesøsterutdannelse, men har fått tilgang til kunnskap gjennom sin arbeidsgiver. Denne kunnskapen og kompetansen viser seg å være et noe mangelfullt og etterspurt område blant helsesøstre. Jeg viser i forskningskapittelet til en undersøkelse blant helsesøstre der hele 36 % av de som svarte opplever at de i liten eller ingen grad har kompetanse til å håndtere barn av psykisk syke foreldre. 46 % av dem sier også at de i stor grad har behov for økt kompetanse i konsultasjonsteknikk i møte med psykisk syke foreldre. I dette kapittelet vil jeg se nærmere på helseøsters beskrivelse av utfordringer knyttet til hennes institusjonelle og strukturelle rammer.



## 7.1 Utøvelse av skjønn

Anthony Giddens bruker betegnelsen *det postradisjonelle samfunn* for å beskrive det samfunnet som vokste frem på 80 og 90 tallet og som fortsetter frem til i dag, der valg og refleksivitet erstatter tradisjon. I en slik beskrivelse er han opptatt av å få frem hvordan mange tradisjoner mister sin gitte, uproblematisk karakter og sin naturlige autoritet.

”Sånn gjør vi det her” er ikke lengre tilstrekkelig som begrunnelse og legitimering i en tid hvor refleksive valg og aktive beslutninger i lys av stadig ny informasjon sprer seg til stadig nye sosiale arenaer (Aakvaag, 2008, s. 274).

En Helsesøster forteller om store mål knyttet til sin arbeidsbeskrivelse. Hun forteller videre at disse målene skal favne alt fra direkte kontakt med brukerne gjennom mestrings- og brukerperspektivet til mer overordnede prosesser i helhets, helsefremmings- og forebyggingsperspektivet.

Dette viser seg ved at hennes tjeneste er satt inn i et større velferdspolitisk program, som har hele barnebefolkningens helse som sitt nedslagsfelt. Hun skal også fungere som en premissleverandør og deltaker i helsepolitiske spørsmål, ha kunnskaper om og kunne identifisere og påvirke faktorer som hemmer og fremmer samarbeid med sine samarbeidspartnere og hun skal ta befolkningen aktivt med ved planlegging, utføring og evaluering av tiltak (Neumann, 2009).

I punkt 3.2 viser jeg til Lipskys (2010) beskrivelse av disse store og til tider vage målsettingene som et viktig kjennetegn ved bakkebyråkratiet. Bakkebyråkraten har ifølge han et betydelig rom for skjønnsutøvelse og kan gjøre relativt selvstendige tilpasninger i sin arbeidshverdag, i motsetning til de tradisjonelle byråkratiske teoriene der man skal finne likhet gjennom en pålitelighet i beslutningsprosessene og en upersonlig (og dermed rettferdig) håndhevelse av gjeldene regler. I arbeidet med å fange opp foreldre som sliter med en psykisk lidelse kan det tenkes at et slikt rom for egne tilpasninger kan virke både styrkende og svekkende, der alt fra helsesøsters egne interesser til organisatoriske forskjeller (eks: teamarbeid vs alene) kan virke inn. utfordringene ved denne ”friheten” er at helsesøster selv avgjør hvilke prioriteringer hun vil ta innenfor visse rammer, noe som påvirker det tilbudet som gis den enkelte familie.

En av helsesøstrene beskriver hvordan hennes vurderinger og avgjørelser spiller inn, samtidig som hun beskriver tidsbegrensinger og delvis mangel på noen å diskutere saken med.

*Vi må jo først se at dette går inn på barnet på en måte, det er lite vi kan gjøre med dette før det påvirker barnet i noen grad. Vi har ingen..hmm..nå må jeg tenke..nei vi har ingen spesielle retningslinjer eller skalaer eller sånt for å ta slike avgjørelser, men vi kartlegger jo situasjonen og vurderer jo barnet fortløpende. Det hender jo at vi ser noen av disse familiene oftere enn andre, men det er vår avgjørelse. Vi kan jo også diskutere med andre helsesøstre og helsestasjonslegen, men hun er jo her bare en gang i uka, og har veldig mye på programmet. Det handler veldig mye om gode observasjoner og foreldrenes tillit til oss, det er veldig utfordrende på den korte tida vi har. Du skal være skjerpet og god for å se alt det vi skal se.*

Sitatet viser flere eksempler på hvordan utøvelse av skjønn er med på å påvirke møtet med familiene. Vurdering av barnet, vurdering av videre oppfølging og vurdering av samarbeid blir slik helsesøstrene beskriver det tatt av helsesøster selv. Et interessant spørsmål av strukturell karakter vil i denne forbindelse være i hvor stor grad skjønnsutøvelsen i Lipskys teori er påvirket av utdannelsen de har vært igjennom, organisatoriske forhold de jobber under og prioriteringer som gjøres høyere opp i kommunen og også på statlig nivå – altså strukturelle forhold.

Utdannelse, organisering, fordeling av ressurser og fokusområder er alle områder som det defineres rammer for høyere opp i systemet. Så kan man jo spørre seg om det som i Lipskys teori omtales som skjønn, indirekte gir et bilde av systemet og strukturen rundt.

Neumann (2009) bekrefter delvis en slik antakelse når hun beskriver hvordan helsestasjonens arbeid i stor grad er yttrestyrt. Gjennom statlig satsing og kontroll skal helsesøster være en slags offentlig primærkontrollør og primæroppdrager av foreldre. En slik posisjon, med hensyn til oppslutning i befolkningen, vil med stor sannsynlighet være av interesse for statens som en kanal for indirekte påvirkning og kontroll rundt små barns liv og helse.

Helsesøstrene beskriver videre hvordan valg på kommunalt nivå, i helsestasjonen eller valg hun selv tar, påvirker den tjenesten hun tilbyr familier. Et eksempel på dette er hvordan samtlige helsesøstre forteller om et kommunalt prosjekt med bruk av screenings skjemaer for svangerskaps – og fødselsdepresjon. Dette prosjektet var tidsbegrenset. Det var en psykolog som var prosjektansvarlig og som scoret alle disse skjemaene etter utfylling. Samtlige helsesøstre sier at de har hatt god nytte av dette redskapet, og at de gjennom bruk av dette mest sannsynlig har

avdekket flere tilfeller av fødselsdepresjon enn de ville gjort uten. Det kommer også frem at de selv føler seg tryggere og mer komfortable i møte med mistanken når de har et håndfast instrument å arbeide ut fra.

Etter endt prosjektperiode ble det imidlertid ikke satt inn midler til å fortsette med dette arbeidet. En av helsesøstrene beskriver det som vanskelig å fortsette bruk av dette hjelpemiddelet, både på bakgrunn av tid/ressurser og kompetanse.

*Jeg ser nok det sånn i etterkant av prosjektet at det ble en veldig naturlig samtale rundt det etter at de hadde scoret på det skjemaet. Det ble veldig konkret for mor å fortelle om også. Jeg er nok også mye mer bevisst på det nå når jeg spør om den psykiske helsa. Mer bevisst på hva jeg er ute etter og hvordan jeg skal få til en samtale rundt det.*

*Dette prosjektet varte jo bare en periode. Psykologen hadde jo prosjektmidler til å gjøre det, nå har hun jo ikke det, så da kan vi jo på en måte ikke score folk heller. Det tar tid, og jeg vet ikke akkurat hvordan jeg scorer disse skjemaene for det var det hun psykologen som gjorde.*

En helsesøster har imidlertid valgt å fortsette å benytte seg av dette skjemaet i tvilstilfeller og ved mistanke.

*Vi var med i en studie med en psykolog som tok dr. avhandling der vi hjalp til å finne kandidater, så da brukte vi den, men det er en stund siden hun var ferdig med den. Vi har ikke hørt noe mer om dette etterpå, om vi skal begynne å bruke det fast eller hva. Men dette verktøyet finnes jo, og hos dem jeg er bekymret for så tar jeg den kartleggingen for å se hvor de ligger an.*

Dette viser hvordan valg den enkelte helsesøster tar, påvirker hennes arbeid og tjenesten som blir gitt. Nå skal det sies at denne helsesøsteren også viste et spesielt engasjement for dette temaet. Alle helsesøstrene var engasjerte i problemstillingen, men denne helsesøsteren hadde en egen interesse for dette. I forhold til skjønnsutøvelse kan det med bakgrunn i dette antas at helsesøsters interesse for et spesielt felt kan påvirke hennes arbeid her.

I dette ligger det også en grobunn for skjevfordeling og nedprioritering av enkelte grupper. Lipsky (2010) bygger sin teori på et ”bottom – up” perspektiv, der de ansatte betraktes som aktivt handlende aktører som selv i stor grad er med på å forme de tjenester som gis.

I tråd med dette perspektivet er Lipsky opptatt av at den offentlige politikken og tjenestene først og fremst produseres nedenfra i bakkebyråkratens møte med klienter. ”Although they are normally regarded as low-level employees, the actions of most public service workers actually constitute the services ”delivered” by government” (Lipsky, 2010, s. 3).

Helsesøster plasseres med bakgrunn i en slik forståelse i en posisjon tilknyttet makt. Makt til å definere, vurdere, handle og lignende. Denne makten og det store handlingsrommet oppleves imidlertid ikke som befriende i enhver situasjon, men beskrives av helsesøstrene som en kilde til utrygghet og en følelse av å stå alene. Blant annet kommer det frem i intervjuene at helsesøstrene i møtet med utfordrende saker, ofte opplever situasjonen som tryggere og mer komfortabel når hun kan ta i bruk håndfaste verktøy og benytte konkrete fremgangsmåter, enn i saker der hun selv må føle seg frem.

Helsesøstrene gir et bilde av en hverdag der mange valg tas med bakgrunn i egne vurderinger. Vurderingene som blir gjort farges av flere faktorer som blant annet kunnskap, erfaring, interesse, tid, ressurser og lignende. De sier også noe om at møtet med mer omfattende problemstillinger som den jeg presenterer, kan påvirkes av at de har mange områder de skal dekke under en konsultasjon, og at de derfor må gjøre observasjoner, vurderinger og valg fortløpende. Et annet forhold som beskrives er mangel på en helhetlig oversikt. De ser familien i kortere perioder, og skal på bakgrunn av dette danne seg et bilde av hvordan situasjonen i familien er. I de tilfeller der de melder saken videre, er det ifølge helsesøstrene ingen automatikk i at de får innblikk sakens gang. Helsesøster har heller ingen myndighet til å henvise noe videre eller fatte vedtak på spesiell behov. Hun blir *fremmedgjort* i prosessen.

## 7.2 Fremmedgjøring

Helsesøstrene forteller om hvordan deres møte med familien ofte kun baserer seg på hennes egne observasjoner. De får sjelden beskjed om eventuelle bekymringer verken fra jordmor, fastlege, psykiatri eller andre instanser. Videre forteller de at i de tilfellene der bekymringen fører til at foreldrene kontakter fastlege for videre henvisning eller at hun melder dette til barnevern, sjelden får noe tilbakemelding eller informasjon om videre behandling og avgjørelse i saken.

Barnet og foreldrene møter helsesøster under hjemmebesøk og under faste konsultasjoner de første leveårene. Helsesøster får innblikk i en liten del av familien som helhet. Også i tilfeller

som i denne problemstillingen, arbeider helsesøster bare med deler av helheten. De får sjelden se resultatet av det arbeidet som legges ned, de blir *fremmedgjort*.

Lipsky benytter en slik betegnelse for å beskrive hvordan bakkebyråkratene ofte bare arbeider med deler av produktet og dermed mangler kontroll over resultatet av arbeidet (Lipsky, 2010). Deler av denne forestillingen finner vi igjen hos Marx, i hans tanker om at arbeiderne i det spesialiserte og rutiniserte arbeidet i moderne og senmoderne industrisamfunn er fremmedgjorte. I hans teori er denne fremmedgjøringen knyttet til en rekke konsekvenser. Arbeiderne blir blant annet ikke bare fremmedgjort fra selve produktet, men også fra arbeidet de utfører.

Helsesøstrene opplever å komme til kort i situasjoner både fordi de ofte opplever og ikke få innsyn i saker der tiltak allerede er satt i gang fra andre instanser, og fordi de i tilfeller der de knytter andre instanser til saken sjelden får innblikk i avgjørelser og resultat herfra. Følelsen av maktesløshet er fremtredende. Dette kommer også frem i forhold til bruk av kartleggingsverktøy som for eksempel EPDS (screeningskjemaet for svangerskap – og fødselsdepresjon som nevnt tidligere), at det mangler et tilbud til personen etter kartleggingen.

*Så er det det etiske dilemmaet i det, hvordan skal vi hjelpe dem videre. Det systemet må være på plass før vi begynner å kartlegge konsekvent, for når vi da finner de tilfellene så må det være et tilbud til dem.*

Følelsen av mening med kartlegging faller bort, når det oppleves at de ikke kommer noe videre med dette i etterkant. Meningsløshet oppleves også i noen tilfeller der helsesøster vurderer en situasjon som alvorlig, og kontakter fastlege for videre henvisning. Flere av helsesøstrene har erfaring med at fastlegen ikke gjør de samme vurderingene som henne, og at saken avsluttes her. I en slik prosess forteller helsesøstrene at de henviser til fastlege, og at det etter dette er opp til foreldrene å fortelle hva som skjer videre. Vurderingen som er gjort fra fastlegens side og den eventuelle veien videre får hun sjelden ta del. En helsesøster omtaler det slik:

*Vi er for det meste overlatt til oss selv og jobber mye alene. Men vi er jo to helsesøstere her, så vi har mulighet for å samtale oss imellom, så innad samarbeider vi bra. Fastlegene sitter jo på veldig mye informasjon, men fra den kanten hører vi veldig sjelden noe. Det hender jo at vi henviser dem dit, men vi får ikke noen tilbakemeldinger om hva som har skjedd videre dersom foreldrene ikke sier noe. Også andrelinjetjenesten hører vi lite fra. Jeg trodde de hadde plikt og jeg trodde det var retningslinjer for sånt, men de tar aldri kontakt.*

En annen har liknende erfaringer:

*Også er det jo slik at det er ikke sikkert fastlegen vil tenke det samme som meg med tanke på henvisning videre. Vi skulle nesten hatt en direktelinje ut til DPS eller en person man kan kontakte med for eksempel: nå har jeg en mamma her som har scoret sånn og sånn, har du en ledig time neste uke. Altså dette er jo i min drømmeverden da..hehe..men det må være et system på plass. For når vi fanger opp så må det jo skje noe for dem. Også tar det ofte tid før de kommer videre i systemet, ventelister og sånt. Jeg vet det er kommuner som har slike system. Det er vanskelig når du ber dem henvende seg til fastlegen, eller jeg ringer fastlegen, og han vurderer dem til ikke å ha behov for noe hjelp videre, da står vi jo der da. Jeg har vært i situasjoner der jeg har måttet skikkelig stå på for å få fastlegen til å se alvoret i dette.*

Maktesløshet og meningsløshet er begge kjennetegn ved fremmedgjøringsteori, og ettersom arbeidet, ifølge Marx, er den viktigste aktiviteten, blir personen her også fremmedgjort fra seg selv. ”Marx beskrev det slik at arbeidet som opphører å være et mål i seg selv, en tilfredsstillelse og en oppfyllelse av grunnleggende menneskelige behov. Det blir bare et middel for å overleve” (Martinussen, 2008, s. 192).

Det er noe ved den ovennevnte vinklingen som preger enkelte opplevelser hos helsesøstrene. Jeg opplever imidlertid helsesøstrene, tross sine utfordringer, som engasjerte og dedikerte til sitt arbeid, og at den frustrasjon som her kommer til syne er en naturlig reaksjon og tegn på engasjement.

Denne vinklingen alene vil derfor gi et i overkant kritisk og ensidig bilde av samfunnets og strukturens makt over aktøren i møtet med vår tids samfunn. Jeg ønsker imidlertid ikke å rette kritikk mot Marx tanker av den grunn, da hans teorier befinner seg i en annen tid og rettes mot andre forhold enn de jeg beskriver her. Jeg tenker bare at det finnes spor av realitet og likhet mellom hva helsesøster opplever, Lipskys mestringsstrategier og Marx fremmedgjøringsteori. Samfunnet har utviklet seg siden Marx.

Dagens samfunn er preget av en velferdsstat der skillet mellom klasser er betydelig jevnet ut, og individet står friere til å velge veien i sitt liv. Arbeidet er ikke lengre den viktigste aktiviteten, slik Marx bekymrer seg for i sitatet over. Det er nå en av flere viktige aktiviteter et menneske foretar seg. Jeg vil her videre hevde at man i vårt samfunn mer enn noen gang gir individet mulighet for å ta egne valg, med hensyn til valg av utdanning og videre arbeid. Arbeid er ikke lengre bare en inntekstkilde, men også ofte en spesiell interesse man har for et felt. Ønsket og

muligheten for å utvikle seg innenfor et felt man brenner for virker motiverende for oss, og jeg vil tørre å påstå at man er villig til å stå på ekstra for noe man tror på og har en spesiell interesse for.

Flere helsesøstre forteller underveis i intervjuet om en spesiell interesse for barnet og barnets utvikling som bakgrunn for valg av videreutdanning. Innenfor rammene av dette har de forskjellige fremgangsmåter og tanker om hva som er viktig å prioritere.

Dette går imot sitatet over, som frykter fremtidens (nåtiden) arbeid som ”bare et middel for å overleve”. Marx forutser at fremmedgjøringen i fremtiden kan føre til at interessen for kollektivet går tapt, og egeninteressen blir viktigere enn omsorgen for primærgruppen, lokalsamfunnet og storsamfunnet. Dette er risikoer som både bekreftes og beskrives av i moderne teori gjennom blant annet Ulrich Becks *risikosamfunn*. I mitt møte med helsesøstre møter jeg vilje, frustrasjon (på kanten til sinne), samvittighet, omsorg, vennlighet og ikke minst et brennende engasjement til å sørge for barnets beste. Jeg opplever at hun har god innsikt i egne barrierer og begrensinger, og hvordan dette kan påvirke henne i møtet med foreldre. Det er langt fra frykten for det selvsentrerte Marx beskriver over, men hva fremtiden bringer vet vi ikke.

### 7.3 Mestringsstrategi

En helsesøster forteller at hun etter endt videreutdanning var full av iver og engasjement for å få satt sin nye kunnskap ut i praksis. Hun var opptatt av hvordan et godt samarbeid instanser imellom skulle løse flere problemstillinger rundt utfordrende brukergrupper som blant annet foreldre med psykiske lidelser.

*Etter innlevert avsluttende oppgave så var jeg veldig opptatt og positiv til dette. Jeg brukte mye tid og krefter på å få til gode samarbeid, og tenkte at mye kom til å ordne seg dersom vi fikk gode samarbeidsrutiner. Men det er klart når man gang på gang møter lukkede dører og man ikke når frem, så gir man liksom litt opp hvis du skjønner. Eller man får en mer realistisk tankegang rundt det. Jeg innser at dette er en krevende jobb, der flere må forplikte seg. Treffer man den rette personen i andre enden så får man til et flott samarbeid, men treffer man noen som ikke har tid eller interesse for dette eller noen som man kanskje ikke finner helt tonen med eller kommer overens med da er det klart at samarbeidet blir vanskeligere.*

En konsekvens av slike erfaringer kan være at man resignerer, mister troen og gir opp. Helsesøster sier over at hun fikk en mer realistisk tankegang rundt det. Dersom hennes realistiske oppfattelse er at dette er en nesten umulig oppgave, vil det være naturlig å tro at hun preges av dette i sitt arbeid.

En annen konsekvens finner vi i de tilfellene hvor helsesøster selv føler at de kommer til kort i sitt arbeid, og gjør nederlaget til et privatanliggende. ”Man føler ansvar for å gjennomføre et omfattende samfunnsmandat og får individuelt dårlig samvittighet når oppgaven viser seg vanskelig å utføre” (Damsgaarde, 2010, s.20).

Lipsky viser i sin teori hvordan bakkebyråkratens ideal blir utfordret av de arbeidsbetingelser som settes til dem. For mens idealet er å imøtekomme brukerens individuelle behov, blir bakkebyråkratens arbeid preget av en rekke begrensede faktorer. Helsesøster har blant annet liten innflytelse på arbeidets rammebetingelser og det forekommer en ubalanse mellom tid og ressurser. Hun jobber ofte etter vage målsettinger, og ser sjeldent helheten i en prosess eller i en sak (bare sin del). Disse faktorene gjør, ifølge Lipsky, at bakkebyråkraterne utvikler mekanismer eller ulike mestringsstrategier for å håndtere gapet mellom intensjon og virkelighet (Damsgaard, 2010, Lipsky, 2011).

Lipsky er opptatt av at bakkebyråkraterne benytter seg av flere ulike typer tilpasninger og mestringsstrategier, for å holde ut sin hverdag i et felt der møtet med menneskers behov staggas av stadig mangel på tid og ressurser. Slik reduseres og redefineres idealet som presenteres for oss i lov og veiledere, til det den enkelte bakkebyråkrat makter å få til med sin tid og sine ressurser.

Lipskys teori presenterer dette slik:

People often enter public employment with at least some commitment to service. Yet the very nature of this work prevents them from coming close to the ideal conception of their jobs. Large classes or huge caseloads and inadequate resources combine with the uncertainties of method and unpredictability of clients to defeat their aspiration as service workers (siteret i Hill og Hupe, 2009, s. 52).



### 7.3.1 Tilpassing av metoder, nedjustering av mål

Innledningsvis i dette kapittelet om mestringsstrategi, presenteres et sitat der helsesøster opplever store utfordringer rundt samarbeid med andre instanser, og mister troen på et område hun tidligere trodde skulle løse flere av hennes utfordringer i hverdagen. Hun tilpasser metodene sine ved å redusere ambisjonene og innsnevre mål (Lipsky, 2010).

I dette tilfellet hadde helsesøster en spesiell interesse for resultatene man kunne oppnå med et velfungerende samarbeid. Hun brukte mye av sin tid, også utenom arbeidstid, på å innarbeide gode rutiner for samarbeid, opprette kontakt med aktuelle samarbeidsparter og på å sette samarbeidsprosesser inn i system. Hun opplevde imidlertid selv at hun i stor grad måtte ”dra lasset”, og ble sittende igjen med mye ekstra arbeid i etterkant (blant annet dokumentasjon). Hun er nå mer avventende i forhold til samarbeid, og gjør det tydelig flere steder at andre instanser også må stå på for å få til et godt resultat her. Hun er allikevel klar på at hun ser samarbeid som en avgjørende faktor i forhold til å gjøre denne problematikken mer synelig, og for å kunne gi dem en tilfredsstillende oppfølging. Hun har dermed fortsatt med seg bildet av det ideelle, men har redusert ambisjonene sine og ”blitt mer realistisk” som hun selv uttaler det.

Hva gjør det med oss når vi mister motivasjonen og gnisten i det vi gjør. Og når vi ender opp med å utføre oppgaver vi selv opplever som manglende eller utilstrekkelig?

Slike opplevelser kan øke risikoen for at mange velger å bytte jobb, forlate yrket eller blir utbrent og motløs. I dette tilfellet, som gjelder samarbeid kan en slik holdning øke faren for en privatpraktiserende kultur, med få uttalte felles forpliktelser. Samarbeid er viktig for å kvalitetssikre det arbeidet som blir gjort, for å utnytte de ressursene som ligger i fagenes kompetanse og for å forhindre denne opplevelsen av å være alene med et så omfattende faglig ansvar (Damsgaard, 2010).

Når man nedjusterer mål, vil man også redusere eller forenkle sitt ansvarsområde. Et eksempel er hvordan flere helsesøstrene ut fra intervjuene var opptatt av å definere hva andre instanser hadde ansvaret for i forhold til denne problemstillingen. Karakteristisk for disse definisjonene er hvordan andre instanser, i helseøsters øyne, har bedre tid til dette, eller de ser barnet mer, eller de ser de voksne mer, eller de har annen kunnskap og flere muligheter enn dem og lignende.

Dette er ikke et enestående fenomen hos helsesøstre. Svært mange av velferdsstatens yrker preges av de samme dilemmaene. Disse ulike yrkene og profesjonsgruppene må ofte samarbeide og jobbe på tvers av faggrensene for å komme frem til et resultat. I veilederen jeg henviser til i punkt 2 heter det som følge: ”Helsefremmende og forebyggende arbeid forutsetter stor grad av

tverrfaglighet både når det gjelder utdanningsbakgrunn og praktisk erfaring” (Sosial – og helsedirektoratet, 2004, s.13). I skjæringen mellom yrkes- og profesjonsgrupper, fagideologi og ulike sjikt oppstår det stadig konflikter av forskjellig art. Ofte handler disse konfliktene om tid, fordeling av ressurser, prioriteringer og lignende. I forsøk på å rettferdiggjøre sin egen innsats tilpasses og innsnevres egne mål, mens andre tillegges ansvaret for å dekke området. Dette er en forsvarsmekanisme så vel som en mestringsstrategi, ved at man gjennom distansering gjør arbeidet følelsesmessig lettere å håndtere.

*Det kan nok hende at man gjennom skolehelsetjenesten lettere oppdager disse tilfellene med tanke på synlighet på barnet. De årene vi ser barnet mest, så er jo barnet fortsatt tett knyttet til mor. Det blir mer synelig når de blir større kan du si. Når barnet begynner å vokse kan dette slå seg ut i atferdsmønstret, og da det er det jo lettere for barnehagepersonell og lærere å se. Det er jo så mange forskjellige tema og problemstillinger vi skal dekke, så det er vanskelig å få til noe mer enn det vi gjør nå føler jeg.*

Det kan virke som at grensene mellom profesjon, kompetanse og ansvar på dette området er et lite diskutert tema både innad blant helsesøstrene og profesjonene imellom. Helsesøsteren er imidlertid svært opptatt av at tidlig intervensjon i de fleste tilfeller er avgjørende for barnets utvikling. Dette er også ett av deres viktigste satsingsområder:

Helsestasjon har en sentral funksjon i å fange opp tidlige signaler på mistriivsel og utviklingsavvik. Det må legges til rette for støttetilbud, iverksetting av spesielle tiltak, henvisning til behandling, vise til å gi nødvendig informasjon om hjelpetiltak fra andre instanser (Sosial – og helsedirektoratet, 2004, s. 32).

Den viktigste bremsende faktor i byråkratiet ligger nettopp i tolkningsproblemer, her med utgangspunkt i tradisjonell byråkratisk teori. For gjennom reduksjonen av skjønnsutøvelse som skjer gjennom mestringsstrategiene, reduseres ”friheten” i bakkebyråkratiet og låses til faste og forutsigbare rutiner som man finner i byråkratiet.

Til tross for lydighet og pliktoppfyllelse, kan de ”underordnede” byråkratene aldri være helt sikre på hva de overordnede egentlig ønsker. Når forventningene er uklare, bruker de tid og krefter på å avklare egne arbeidsoppgaver. Resultatet av dette blir ikke bare usikkerhet, det kan også oppstå uenighet dem imellom om hva arbeidsgiveren eller lederen egentlig mener og vil (Martinussen, 2008).

Jeg anser ikke helsesøster som underordnet slik som dette bilde av byråkraten. Hennes arbeid er, som Lipsky er opptatt av, i stor grad preget av valg og vurderinger hun selv tar. Da kan det kanskje også tenkes at de begrensningene og tilpasningene hun gjør også formes etter hennes skjønn. Så kan det jo diskuteres i et struktur- aktør perspektiv hvorvidt helsesøster preges (bevisst og ubevisst) av de grunnideene og rammevilkårene satt ovenfra.

Det er imidlertid interessant å se på hvordan sitatet over sammenfaller med de utfordringene helsesøster setter ord på i samarbeidssituasjonen tidligere i avsnittet. Med usikkerhet og vage forventninger må helsesøster selv definere sin rolle på mange områder, dette vil også hennes aktuelle samarbeidspartnere gjøre. Samtidig som de definerer sin egen rolle, vil de ut fra sin kjennskap til og kunnskap om andre profesjoner ha forventninger til hva disse kan bidra med.

Det er et paradoks at bakkebyråkraten ofte definerer og rettferdiggjør egne begrensninger og tilpasninger i praksis, mens de i møtet med andre profesjoner setter forventningene til dem ut fra deres rammekrav. På den måten tilpasser helsesøster her sitt eget arbeidsområde med begrunnelse i blant annet den tiden de har til rådighet. Ansvaret legges over på blant annet barnehagepersonell, ettersom de ser barnet mer.

## 7.4 Oppsummering

I dette kapitlet om utfordringer knyttet til strukturelle – og institusjonelle utfordringer har jeg gått inn i helsesøsters beskrivelser og knyttet dem opp til aktuell teori, med hovedvekt på Lipskys bakkebyråkrati. Helsesøstrene gir et godt bilde av sentrale trekk i bakkebyråkratens hverdag. Denne hverdagen preges av tid – og ressursmangel, stort arbeidsansvar, stort rom for utøvelse av skjønn, fremmedgjøring og mestringsstrategier.

Helsesøstrene beskriver hvordan hennes stor mandat gjør det utfordrende å se og følge opp spesielle saker. De har et tett program som skal følges, og mange problemstillinger de skal dekke over. I møtet med et så omfattende felt, viser en av helsesøstrene til hvordan hun ”tilpasser – og nedjusterer” sine mål blant annet for og ikke gjøre ”nederlaget” ved at hun ikke kan fange opp alle til et privatanliggende.

Et annet særtrekk ved bakkbyråkratiet og som blir synlig hos helsesøster, er utøvelse av skjønn. Helsesøster beskriver her hvordan hennes vurderinger ligger til grunn for bekymring og handling. Her legges hennes vurderinger og handlinger til grunn for det tilbudet helsestasjonen tilbyr familiene.

Helsesøster opplever også utfordringer knyttet til fremmedgjøring i slike saker. Her beskriver hun hvordan hun sjelden får nødvendig informasjon om familien fra andre instanser, og sjelden får ta del i saken som helhet dersom hun melder den videre. Dette gjør at hennes bilde baserer seg på de korte møtene familiene har med helsestasjonen og som fort kan bli mangelfullt.

Hun opplever også avmakt i forhold til at hun ikke selv kan henvise direkte til andre instanser eller fatte vedtak på nødvendig tilrettelegging og hjelpemidler rundt familien. Dette gjør handlingsprosessen i møtet med bekymringer tyngre og lengre.

## 8 HELSESØSTERS RELASJONELLE UTFORDRINGER

I denne oppgavens siste kapittel vil jeg presentere de utfordringene helsesøster beskriver knyttet til relasjonelle forhold. Helsesøstrene er samstemte om relasjonens betydning for samarbeidet mellom dem og foreldrene, og som igjen anses å være til beste for barnet. I forhold til selve møte med foreldrene beskriver helsesøstrene sin fremtreden som rolig og noe tilbakeholden: *Vi buser ikke frem og går rett på sak. Dette er en bli – kjent fase for oss og dem, og da må vi ta det rolig.* Videre er det felles for helsesøstrene å bruke ros og positive tilbakemeldinger for å fremheve mestring og selvtillit. Helsesøsters første møte med foreldrene er vanligvis hjemmebesøket. Dette besøket finner sted kort tid etter hjemkomst fra sykehus. Helsesøstrene er her opptatt av at de er gjester, der formålet er å skape en god første – kontakt for videre samarbeid.

Det er i dette kapittelet viktig å ha med seg i tankene at helsesøsteryrket har sitt grunnlag i sykepleie. Sykepleie er et omsorgsyrke der pasienten og hans/hennes hjelpebehov står i sentrum. Karin Widerberg knytter spesifikke *kvinnekvalifikasjoner* til denne type profesjoner. Disse kvalifikasjonene beskrives som kjennetegn ved typiske kvinneyrker, samt måten arbeidet utføres på. Kjennetegnene ved kvinneyrkene er, ifølge Wideberg, informasjonsarbeid, service – og omsorgsarbeid, der hensikten ikke er å fremstille et produkt, men å ”holde hjulene i gang”. Kvinnekvalifikasjonene knyttes til den kvinnelige væremåte, der hun forventes å være tilgjengelig og omsorgsfull(moderprinsippet) (Neumann, 2009).

Lignende forhold viser seg i Agnes Andenæs sitt begrepspar *merviter og medviter*. Der kvinner(i denne undersøkelsen leger) i større grad enn menn legger vekt på at de inngår i en relasjon til sine pasienter hvor kommunikasjonen helst bør foregå i et empatisk rom, og der man så å si trer ned til pasienten (Neumann, 2009).

Helsesøstertjenesten har også en historie med ytre styring og lite autoritet, fra sin opprinnelse som legens hjelper til å fungere som et bindeledd mellom stat og befolkning gjennom folkehelsearbeid. Videre har de, som de påpeker i forrige kapittel, liten myndighet og må derfor alltid gå igjennom og forholde seg til andre instanser dersom de mener at en familie eller et barn trenger oppfølging.

Med dette går jeg inn i helsesøsters beskrivelser av utfordringer knyttet til relasjonelle forhold.

## 8.1 Ærlighet eller taktfull uoppmerksomhet

Helsesøstrene er som nevnt innledningsvis opptatt av relasjonens betydning for samarbeid.

I sitatet under beskriver en helsesøster hvordan måten hun er på og måten hun møter den andre på påvirker den andres respons/åpenhet.

*Jeg er veldig sikker på at måten vi er på, og hvordan vi møter de har stor betydning for hva jeg får ut av dem på en måte. Hvordan jeg stiller spørsmålene og hvilken tillit de har til meg. De fleste møter vi helt fra de er født og da kartlegger vi, blir kjent og begynner å se på erfaringer de har fra før. Så etter hvert blir man jo veldig godt kjent med familiene, og da tør jeg og da tror jeg også de tør og svare mer ærlig på det vi spør om, men selvfølgelig det er ikke alltid man kan stole fullt og helt.*

Kvello beskriver disse situasjonene som vanskelig fordi det rører ved ferdigheter i å være ærlig (Sosial og helsedirektoratet, 2007). Det er først etter hvert som de blir bedre kjent med hverandre at helsesøster våger å spørre åpne og mer direkte spørsmål. Goffman omtaler en slik fremgangsmåte som *taktfull uoppmerksomhet*. Her viser man den andre gjennom et signal at man har sett og respektert vedkommende, for så trekker seg tilbake å la den andre være i fred for å unngå å virke påtrengende og risikere å ødelegge en videre relasjon (Aakvaag, 2008). En helsesøster beskriver det slik:

*I forhold til min grense, så er vi jo et lavterskeltilbud. Vi dekker nær 100% av alle småbarnsforeldre, men vi er et frivillig tilbud. Vi må gå forsiktig frem, og skal være forsiktige med å buse ut med noe. Hva om de velger å la vær, da får vi jo ikke sett barnet videre og det er jo veldig viktig.*

Også Travelbee beskriver den første fasen som en observasjonsfase, der partene observerer, vurderer og trekker slutninger om hverandre. Her sier Travelbee at førsteinntrykk knyttet til tidligere erfaringer ved lignende situasjoner spiller inn. Helsesøsters hovedoppgave vil her, ifølge Travelbee, være å se forelderen som et individ og kommunisere sin opplevelse som helsesøster, noe som igjen innebærer at hun setter til side all forforståelse om hvordan den andre burde eller skulle være (Eide og Eide, 2004).

Til tross for at helsesøster benytter fasen som en observasjonsfase slik Travelbee beskriver, er hun mer tilbaketrukket og avventende i forhold til å kommunisere sine opplevelser til foreldrene. Helsesøstrene er opptatt av hvordan dette er situasjonsbetinget, men er mest samstemte om at de første møtene med foreldrene i stor grad består av ”småsnakking”. Gjennom respekt, ros, positive tilbakemeldinger og tilgjengelighet forsøker hun å legge grunnlaget for et videre tillitsforhold.

For at en sosial samhandlingssekvens skal fremstå som meningsfull og ordnet må partene, i følge Goffman, komme frem til en felles definisjon av situasjonen. Dette innebærer at man har lik oppfattelse av hvilke roller man spiller og hvilke forventinger man har til hverandre. Som jeg nevner innledningsvis har helsesøster sitt grunnlag i omsorgsyirket der kjennetegn ved moderlig omsorg er gjennomgående. På den annen side gjennomfører hun en del kontroller av barnet.

Jeg har ikke intervjuet foreldre i denne oppgaven, men kan anta at en syk mor som ikke ønsker å være åpen om sin lidelse vil være veldig sensitiv overfor helsesøsters kontroller av barnet. Det kan for eksempel være at hun er redd for konsekvensen av å åpne seg.

Jeg tenker da at helsesøsters fremtoning i møtet med forelderen speiler hennes grunnlag. For de aller fleste foreldre er barna våre det kjæreste vi har. Sykdom og lidelse forandrer ikke dette. Møtet med en autoritær og mervitende helsesøster kan komme til å ødelegge ikke bare en viktig relasjon, men kanskje også bryte ned det som er igjen av foreldrefungering.

I disse tilfellene kan det hende at det er denne noe overfladiske kontakten helsesøster klarer å oppnå, og at hun ikke kommer lenger. Helsesøstrene er opptatt av at de i slike tilfeller uansett får observert barna og foreldrene. De opplever det som viktigere at de fortsetter å møte på helsestasjonen enn at de velger å la vær.

I tilfellet som beskrives i det første sitatet i denne delen, beskriver helsesøster hvordan det utvikler seg et trygghets – og tillitsforhold etter hvert som hun og foreldrene blir bedre kjent med hverandre.

Travelbee beskriver dette som den andre fasen i etableringen av et menneske – til – menneske forhold. Utfordringen med denne fasen er at den ikke begynner før fase en er vellykket avsluttet.

I møtet med de relasjonelle utfordringene helsesøster her står ovenfor, kan fase en være så langt hun kommer. Til tross for at relasjonen i lys av Travelbees teori blir mangelfull, opprettholder helsesøster en nødvendig kontakt med familien.

Helsesøster beskriver hvordan foreldrene virker tryggere til å svare, i de tilfellene der de har blitt bedre kjent og der helsesøster tør å spørre åpent.

Den utryggheten helsesøstrene beskriver før de når dette punktet begrunnes med at de er usikre på hvor langt de kan gå før foreldrene velger å trekke seg ut av "samarbeidet", eller at de er redde for å ta feil og å krenke. En helsesøster sier også noe om ubehaget ved å ta avgjørelser som kan ende med negative reaksjoner fra foreldrene. Det ligger noe tungt og vanskelig i møtet med det vage og uvisse, og en av helsesøstrene sier at det i slike situasjoner er:

*... vanskelig å tørre og stå i det, tørre å stole på seg selv og at jeg vurderer riktig og tørre å gjøre noe som man kanskje vil få kjeft for. For du vil jo helst hjelpe mennesker å få takk ikke sant?*

Helsesøster her peker på vanskelige følelser og usikkerhet i møte med slike situasjoner.

Sosionom og forsker Kari Killen, som er en kjent pådriver for barns rettigheter, sier dette om personlige og kunnskapsmessige aspekter ved virksomheten "å oppdage":

Å se krever ikke bare kunnskap, det er en *følelsesmessig utfordring*. Det er som jeg tidligere har vært inne på, 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. 227).

Her ser hun på personlige utfordringer knyttet til ubehaget ved å ta innover seg at barn lider. Hun viser imidlertid også til profesjonens begrensninger i disse møtene, ved å beskrive hvordan profesjoner som har samarbeidet med foreldrene på foreldrenes premisser (her: helsesøster), ofte har manglet kunnskap og ferdigheter i å arbeide med motivasjon og problemerkjenning (Killen, 2004). Så kan man jo også spørre seg om hvilke muligheter helsesøster har til å kunne gi oppfølging av så omfattende karakter, med bakgrunn i deres rammebetingelser. Helsesøsters fokus i møte slike tilfeller har også et annet fokus. Dette kommer frem av veilederen som presenteres i punkt 2, der det sies at det handler om å styrke den psykiske helsa, gjennom å legge til rette for opplevelse av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet og respekt. Dette gir mening i de beskrivelser helsesøstrene gir av møtet med foreldrene.

Tilbake til Goffmans samhandlingsorden, der partenes felles definisjon av situasjonen er helt avgjørende for at en samhandlingssekvens kan fremstå som ordnet og meningsfull. Uten denne felles rammen, vil samhandlingen falle fra hverandre (Aakvaag, 2010).

I det første sitatet viser helsesøster hvordan hun er noe mer reservert og tilbakeholden til å begynne med, og at dette kan knyttes til usikkerheten i en bli – kjent fase. Ut ifra helsesøsters profesjon vil hun i møtet med brukeren ha en rolle som ekspert(fag), mens brukeren her blir den



som har behov for støtte. En forelder som opplever det vanskelig å være åpen om sin lidelse, vil ha behov for å føle seg trygg i relasjonen for å dele sin historie. Dersom den som i utgangspunktet skal være *den trygge* ikke selv er trygg eller komfortabel, kan dette forstyrre samhandlingsordenens balanse. Dette kan være en av årsakene til at forelderen åpner seg, når helsesøster viser trygghet.

## 8.2 Tause tilfeller

Det er de tause tilfellene, der foreldrene av ulike årsaker ikke er åpne om sin lidelse i møtet med helsesøster, helsesøstrene selv opplever som vanskeligst.

Den største utfordringen som fagperson i disse tilfellene er å benytte evnen du har til å skape en relasjon til den andre (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2009).

Sitatene under viser hvordan man i slike situasjoner blir satt på prøve når mor ikke møter blikket ditt, ikke svarer på spørsmålene dine eller du har en mistanke om noe du ikke får frem. Følelsen av usikkerhet rundt hvordan man skal gå frem videre kan oppleves frustrerende og ubehagelig. For å unngå ubehaget har vi ofte lett for å trekke oss unna eller unngå ytterligere ubehag ved å skifte emne eller fokus.

”De fleste vil trekke seg tilbake og unna hvis man opplever en relasjon som for utrygg eller for utfordrende” (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2009, s. 334).

Goffman beskriver dette som et tegn på at en samhandlingsorden ikke har en felles situasjonsdefinisjon.

En felles situasjonsdefinisjon gir svar på spørsmålene ”hva skjer her?”, og innebærer å fastlegge ”hvem er vi nå?”, ”hvilke roller møter vi hverandre som?”, ”hvilke forventinger skal vi ha til hverandre?”, etc., noe som er helt nødvendig for at aktørene som samhandler skal finne ut av det med hverandre (Aakvaag, 2008, s. 73).

I dette tilfellet kan det være flere årsaker

En helsesøster setter ord på disse følelsene når hun sier at:

*... det er vanskelig å stole på at mistanken er riktig noen ganger, så jeg prøver jo å spørre, men der jeg ikke får noe mer, og ikke kommer noe lenger så er det jo litt for lett å gi seg på mistanken noen ganger.*

Uttalelsen viser at det ligger noe i henne som hindrer henne i å gå videre i situasjonen. Hun forteller noe om frykten for å gå inn i det ukjente, frykten for å si eller gjør noe som virker krenkende eller som skaper avstand. Her ses igjen det Goffman omtaler som taktfull uoppmerksomhet.

Haugsgjerd m.fl. (2009) sier imidlertid at møtet med den andre utfordrer det fremmede og ukjente i oss, som ofte skaper utrygghet. Dersom utryggheten får ta overhånd, kan det gjøre at man blir distansert og uten empati i møtet med den andre.

Hovedutfordringen i en profesjonell relasjon er å bruke denne utryggheten gjennom aktiv bearbeiding av de mange og ulike relasjonelle erfaringene og opplevelsene. I en situasjon der en mor/far gjennom taushet viser sin tydelige usikkerhet kan et møte med en noe nølende eller usikker fagperson som jeg har nevnt tidligere kunne føre til at hun lukker seg ytterligere.

At man som fagperson oppleves som genuint trygg i situasjonen og i seg selv, vil være med på å skape trygghet for den man møter. ”Den profesjonelle relasjonskompetanse er nær knyttet til å kunne la seg berøre og å bevisstgjøre de opplevelsene den andre forløser i deg” (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2009, s. 334). Dersom helsesøster har et uavklart forhold til egne følelser knyttet til disse situasjonene, kan det bli vanskelig for henne å forholde seg til foreldrenes lidelse. Dette kan igjen føre til at hun vegrer seg for en kommunikasjon som gir rom for forelderen til å dele sin opplevelse (Damsgaard, 2010).

Carl Rogers la i sin humanistiske psykologi og klientsentrerte terapi stor vekt på at fagpersonenes mulighet og evne til å bidra til forandring, først og fremst lå i hans evne til å leve seg inn i den andre, møte den andre med ubetinget respekt og varme, og selv være genuin, ekte og kongruent i forholdet. I dette tilfelle viser kongruens til at fagpersonen fremstår som en helhetlig person, at det er en overensstemmelse mellom hvem man er og hvem man gir uttrykk for å være. Fire betingelser ligger til grunn innen humanistisk psykologi: empati, ubegrenset respekt, varme og genuinitet (Eide og Eide, 2007). Dette er forhold som også er synelig i Travelbees relasjonsteori gjennom hennes faser til å utvikle et menneske – til – menneske – forhold, som er selve formålet med sykepleie.

Damsgaard er inne på dette når hun skriver om at det profesjonelle møtet innebærer at sykepleieren er genuint innstilt mot den andre, og da spesielt når det gjelder det som ved den andre fremstår som fremmed og ulikt en selv. Hun henviser til Levinas tanker hentet fra Eide og Eides bok *kommunikasjon i relasjoner* som understreker den etiske forpliktelsen som ligger i å møte det absolutt annet, det som er forskjellig fra en selv og ikke lar seg forstå eller inkorporere i

egen forståelse. Det er i møtet med det helsesøstrene betrakter som vanskelig og utfordrende at profesjonaliteten settes på prøve (Damsgaard, 2010).

Dette strider imot Goffmans tanker om *rolledistanse* og *refleksivitet*. Slik han ser det, spiller vi alltid roller i sosiale situasjoner. Vi har i følge han, i motsetning til strukturfunksjonalisme, et mer ytre forhold til de rollene vi spiller. Med dette mener han at vi alltid har en kritisk – refleksiv avstand til de rollene vi spiller, og at vi benytter rollene for å fremkalle et bestemt inntrykk av oss selv (Aakvaag, 2008).

Vi er altså ikke identiske med de rollene vi spiller. I lys av en slik tankegang, vil altså helsesøster spille en rolle som helsesøster som ikke nødvendigvis gir et bilde av hvordan hun er utenfor helsesøsterrollen. Uten min tidligere kjennskap til Goffmans opphøyelse av individet, ville jeg tenke at en slik forståelse kommer i fare for å skape et noe kynisk bilde av aktører som hele tiden tilpasser seg og manipulerer gjennom ytre iscenesettelser. På den annen side åpner den jo individets mulighet til å improvisere når det gjelder å utforme rollen som skal spilles. Her finner jeg igjen kjennetegn ved Lipskys teori om Bakkebyråkrati som jeg tar for meg i kapittel 7, der helsesøsterrollens store og vage målsetting gir helsesøster stort spillerom (innenfor gitte rammer) i forhold til prioriteringer og valg i egen arbeidshverdag.

Rogers og Travelbees teorier er imidlertid i første omgang tenkt inn i en terapeut – pasient situasjon og en sykepleie – pasient situasjon, der terapeuten/sykepleier møter sin pasient og over tid utvikler en relasjonen. Sånn sett vil bruk av disse teoriene vanskelig la seg overføre direkte til denne problemstilling, da helsesøster for det første ikke har et behandlingsansvar for foreldrene og for det andre er betraktelig mer bundet av tidsbegrensing enn en terapi/sykepleie situasjon.

Jeg ønsker allikevel å vise til deres betingelser for å skape en god relasjon, som jeg tenker kan ha stor relevans for helsesøster i møtet med psykisk lidelse. Blant annet ser jeg deres tanker om at hjelpers anerkjennelse blir en vei for, i dette tilfelle, mor eller far til å anerkjenne seg selv som viktig for den gode relasjon.

Det er viktig å påpeke at dette er bidrag til teori om den ideelle relasjonen, og som derfor vektlegger det optimale. Rogers teorien har blitt kritisert for å skape et idealbilde av en relasjon mellom fagperson og klient som det kan oppleves som umulig å leve opp til. Den norske empatiforskeren Per Nerdrum synes man skal være forsiktig med å lage slike idealer, og mener at idealet om den gode relasjonen kan virke fremmedgjørende og demotiverende.

Man må også ta med i betraktningen hvordan den annen part i relasjonen forholder seg. Dette blir i liten grad lagt vekt på i Rogers teori. Det er jo slik at ikke alle i en gitt situasjon er villige til å arbeide med seg selv. Noen ser ikke behovet for forandring og andre er ikke motivert for

forandring. I noen tilfeller vil hjelpers møte med respekt, empati, åpenhet og varme simpelthen ikke være nok til å forandre (Eide og Eide, 2007).

Å kreve av seg selv at man i enhver situasjon skal klare å oppnå den ideelle relasjon, vil kunne sammenlignes med å kreve det umulige. For mange faktorer spiller inn. En god relasjon er ikke noe konstant, den avhenger av menneskene som møtes, av tid, sted, tidligere erfaringer og utallige andre tilfeldigheter. Ideell teori kan allikevel være viktig å ha med seg ved at man gjennom den kan bli mer bevisst på seg selv og egen praksis. Ved å bruke den som en veileder og ikke en fasit, kan man over tid kanskje oppnå økt indre åpenhet og forståelse for hvorfor jeg er som jeg er, og hvorfor jeg velger å gjøre som jeg gjør.

Rogers teori som i utgangspunktet er ment for å skape forandring hos den andre, kan på denne måten bidra til forandring også hos en selv.

### 8.3 Oppsummering

Oppgavens siste drøftingskapittel tar for seg utfordringer helsesøster knytter til det relasjonelle. Her beskriver helsesøster hvordan utfordringene med det relasjonelle ligger i det som ikke blir sagt, men som helsesøster allikevel opplever bekymring rundt. For å forsøke og få foreldrene til å erkjenne de faktiske forholdene, slik at de kan sette inn nødvendige hjelpetiltak, er helsesøstrene bevisste på relasjonens betydning for et godt samarbeid. De er bevisste på sin egen fremtoning i disse møtene, og er opptatt av å gå rolig frem og ikke bli for invaderende. De bruker ros og positive tilbakemeldinger for å legge grunnlaget for opplevelse av mestring, trygghet og tillit.

Haugsgjerd m.fl. viser hvordan individet ofte trekker seg unna, dersom relasjonen blir for vanskelig eller utfordrende. Hos helsesøstrene synes dette mer som en bevisst handling for å legge til rette for – eller opprettholde en relasjon. Goffman omtaler den tilpasningen helsesøster her gjør for taktfull uoppmerksomhet – der aktøren (her: helsesøster) unngår å virke for påtrengende og dermed risikerer å ødelegge den videre relasjonen.

Videre har kapittelet sett på helsesøsters utfordringer i lys av ideell teori. Dette strider mot det ovennevnt om taktfull uoppmerksomhet, da hjelperen her – for å kunne hjelpe – forventes å leve seg inn i den andre, møte den andre med ubetinget respekt og varme, og selv være genuin, ekte og kongruent i forholdet. I dette tilfellet viser kongruens til at fagpersonen fremstår som en helhetlig person, at det er en overensstemmelse mellom hvem man er og hvem man gir uttrykk for å være. Disse relasjonsteoriene viser til tid – og ressurskrevende prosesser, der hjelperen har

mulighet til å bli kjente med bruker gjennom nær kontakt over tid. I møtet med helsesøsters korte konsultasjoner vil bruk av disse teoriene bli for omfattende. De gir allikevel et godt grunnlag for den ideelle relasjonen, som kan fungere som et utgangspunkt for relasjonen.

## 9 AVSLUTNING/OPPSUMMERING

Oppgaven og problemstillingen har i sin helhet fokusert på de utfordringer helsesøster opplever å stå ovenfor i arbeidet med å fange opp psykisk lidelse hos foreldre. Denne problemstillingen har blitt forsøkt belyst igjennom tre underkategorier. Den første underkategorien ser på helsesøsters beskrivelser i lys av kulturelle trekk. Her kommer det frem av helsesøsters uttalelser at hun er del av et samfunn med klare individualistiske trekk, der respekten for individet, frykten for å krenke den andre og individets egne evner til å finne løsninger er i hennes fokus. Hun viser til en vanskelig og utfordrende grense inn i det private rom. Dette kan på en side tenkes å stride imot selve grunnpilarene i helsestasjonen ved det forbyggende arbeid. Det kan også tenkes å stride imot foreliggende kunnskap om effekten av tidlig intervensjon i disse tilfellene.

På den annen side viser det seg at disse handlingene er del av helsesøsters forebyggende arbeid, ved at de i det lengste skal forsøke å skape mestring hos foreldrene fremfor å bryte den ned.

I møte med tabuet beskriver helsesøstrene hvordan de opplever at tabuet rundt psykisk lidelse fortsatt er synlig. Dette blir synlig for dem i tilfeller der foreldrene velger å holde sin lidelse for seg selv. I forhold til egne barrierer og eget forhold til dette tabuet, viser det seg i et tilfelle at helsesøster opplever at noe er annerledes i dette møtet (også i henne). Jeg har sett uttalelsen hennes i lys av tabu og habitusteori i den teoretiske referanserammen. Dette er allikevel forhold det er vanskelig å belyse her, da en følelse kan henge sammen med også andre utfordringer knyttet til denne problemstilling.

I den neste underkategorien beskriver helsesøster utfordringer knyttet til sine strukturelle – og institusjonelle rammebetingelser. Helsesøstrene beskriver her hvordan hennes stor mandat gjør det utfordrende å se og følge opp spesielle saker. De har et tett program som skal følges, og mange problemstillinger de skal dekke over. I møtet med et så omfattende felt, viser en av helsesøstrene til hvordan hun ”tilpasser – og nedjusterer” sine mål blant annet for og ikke gjøre ”nederlaget” ved at hun ikke kan fange opp alle til et privatanliggende.

Det er ingen tvil om at informantene ser viktigheten av tidlig intervensjon og oppfølging av disse barna. Det er forholdet mellom intensjon og virkelighet som oppleves frustrerende for dem. De opplever å arbeide mye alene, og må selv ta vanskelige avgjørelser i møte med bekymring.

Videre beskrives maktesløsheten ved og ikke kunne henvisse familien videre eller fatte vedtak på egne vurderinger. Hennes vurderinger må derfor gjennom en annen instans, som igjen skal vurdere hennes vurderinger. Det er ikke engang sikkert at disse instansene tar hennes bekymring

på alvor, og den videre oppfølging stanser her. Dette oppleves av helsesøstrene som avmakt og deprofesjonalisering.

I den siste underkategorien beskrives utfordringer knyttet til det relasjonelle.

Her beskriver helsesøster hvordan utfordringene med det relasjonelle ligger i det som ikke blir sagt, men som helsesøster allikevel opplever bekymring rundt. For å forsøke og få foreldrene til å erkjenne de faktiske forholdene, slik at de kan sette inn nødvendige hjelpetiltak, er helsesøstrene bevisste på relasjonens betydning for et godt samarbeid. De er bevisste på sin egen fremtoning i disse møtene, og er opptatt av å gå rolig frem og ikke bli for invaderende.

I teorien fører utfordrende og vanskelige relasjoner til at individet ofte trekker seg unna. Hos helsesøstrene synes dette mer som en bevisst handling for å legge til rette for – eller opprettholde en relasjon. Dette kan anses for å være en form for taktfull uoppmerksomhet, der helsesøster gjennom en forsiktig fremtoning forsøker å etablere en relasjon til forelderen. Igjen påpekes det at helsesøstrene benytter en slik fremgangsmåte både for å legge til rette for en og relasjon, men også for å sørge for familiens videre oppfølging ved helsestasjonen.

Helsesøster møter i denne problemstillingen forhold som de i stor grad selv må vurdere og handle videre på. Det finnes ingen konkrete retningslinjer, og forståelsen av hva som definerer en bekymring og når denne bekymringen er så alvorlig at man må gå videre med den, er opp til den enkelte helsesøster. Beskrivelsene her er vage og baserer seg på bruk av skjønn. Ansvar overlates til den enkelte helsesøster. Dette kan også ses i lys av særtrekk ved velferdsstatens yrker, der idealet om tidlig intervensjon og tilpasset oppfølging møter krav om effektivitet og økonomi. I dette spennet skal helsesøster ivareta sine forpliktelser overfor barnet og foreldrene. De skal ha fokus på barnet, samtidig som de må forholde seg til foreldre og til systemet de er en del av. Jeg viser igjen til maktesløsheten helsesøstrene beskriver ved fremmedgjøring og mangel på myndighet i disse sakene. I møtet mellom intensjon og virkelighet benytter de seg av ulike mestringsstrategier, for å dekket dette gapet.

## REFERANSELISTE

- Aakvaag, G. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Aamodt, L. G. og Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn av psykisk syke*. Oslo: Regionsenteret for barn og unges psykiske helse. Hentet fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2005/tiltak-for-barn-med-psykisk-syke-foreldr.html?id=106365](http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rapporter_planer/rapporter/2005/tiltak-for-barn-med-psykisk-syke-foreldr.html?id=106365)
- Agledal, S. A. (2006). *Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. Hentet fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk\\_helse/agledalrapporten.html?id=439522](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/agledalrapporten.html?id=439522)
- Andersson, H. W., Ose, S. O. & Norvoll, R. (2006). *Helsesøsters kompetanse*. (A558) Oslo/Trondheim: SINTEF Helse.
- Andrews, T. (2002). Grenseløse krav i helsestasjonstjenesten – Dilemmaer og mestringsstrategi. *Sosiologisk tidsskrift*. Nr. 01/2002. Hentet fra [http://www.idunn.no/ts/st/2002/01/grenselose\\_kvav\\_i\\_helsestasjonstjenesten\\_-\\_dilemmaer\\_og\\_mestringsstrategier?highlight=therese%20andrews#highlight](http://www.idunn.no/ts/st/2002/01/grenselose_kvav_i_helsestasjonstjenesten_-_dilemmaer_og_mestringsstrategier?highlight=therese%20andrews#highlight)
- Andrews, T. & Wærness, K. (2004). Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket. *Sosiologisk tidsskrift* Nr. 04/2004. Hentet fra [http://www.idunn.no/ts/st/2004/04/deprofesjonalisering\\_av\\_helsesosteryrket?highlight=therese%20andrews#highlight](http://www.idunn.no/ts/st/2004/04/deprofesjonalisering_av_helsesosteryrket?highlight=therese%20andrews#highlight)
- Barneombudet. (2009). *Hva er Barnekonvensjonen?* Hentet fra [http://www.barneombudet.no/barnekonvensjonen/rettighetsarbeid/arkiv/hva\\_er/](http://www.barneombudet.no/barnekonvensjonen/rettighetsarbeid/arkiv/hva_er/)
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. (2. utg.). Oslo: Samlaget.
- Bjørnhaug, I. (2002). *Pierre Bourdieu – alle stridigheters sosiolog*. Hentet 04.11, fra [http://www.idunn.no/ts/nsa/2002/0203/pierre\\_bourdieu\\_-\\_alle\\_stridigheters\\_sosiolog](http://www.idunn.no/ts/nsa/2002/0203/pierre_bourdieu_-_alle_stridigheters_sosiolog)
- Bourdieu, P. (2002). *Distinksjonen*. Oslo: De norske bokklubbene.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditasjoner*. Oslo: Pax Forlag AS.
- Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier: Profesjonalitetens mange ansikter*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Douglas, M. (1997). *Rent og urent: En analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*. Oslo: Pax Forlag AS
- Eide, T. & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning og etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte: En introduksjon for helse – og sosialarbeidere*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.



- Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (2007). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe
- Glavin, K & Kvarme, L.G. (2003). *Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grung, C. (2008). *NAV – reformen fra bakkebyråkratens ståsted: En sosiologisk casestudie av ansatte ved et lokalt NAV – kontor og deres erfaringer med NAV – reformen*. (Masteroppgave, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://ebookbrowse.com/masteroppgave-i-sosiologi-camilla-grung-pdf-d69662731>
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori: moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2010a). *Mor er syk, far er syk*. (IS – 1811). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/morfar-er-syk-brosjyre-til-barn/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2010b). *Utviklingsstrategi for helsestasjons – og skolehelsetjenesten*. (IS – 1798). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2007). *De usynlige barna*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet. (1998). *Undersøkelser i helsestasjons – og skolehelsetjenesten*. Hentet fra [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/unders\\_kelser\\_i\\_helsestasjons\\_og\\_skol\\_ehelsetjenesten\\_2844](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/unders_kelser_i_helsestasjons_og_skol_ehelsetjenesten_2844)
- Hill, M. & Hupe, P. L. (2009). *Implementing public policy: An introduction to the study of operational governance*. Los Angeles, California: Sage.
- Håkonsen, K. M. (2000). *Mestring og lidelse. Psykiatri for helse – og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Jørgensen, C. R. (2004). *Psykoterapi som veien til det gode liv? Det gode liv – mer end dig selv. I Kompendium i samfunn og psykisk helse*. Porsgrunn: Høgskolen i Porsgrunn/Telemark.
- Killen, K. (2004). *Sveket: Barn i risiko – og omsorgssviktsituasjoner*. (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Killen, K. (2007). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Leira, H. K. (2003). *Det gode nærvær: Kulturens psykologiske betydning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lipsky, M. (2010). *Street – level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

Martinussen, W. (2008). *Samfunnsliv: Innføring i sosiologiske tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Neumann, C. B. (2009). *Det bekymrede blikket: En studie av helsesøsters handlingsbetingelser*. Oslo: Novus Forlag

St. prp. nr. 63. (1997-1998). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006)*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>

Røkenes, O. H. & Hansen, P. H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeidet med mennesker*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Sosial – og helsedirektoratet. (2004). *Kommunens helsefremmende – og forebyggende arbeid i helsestasjons – og skolehelsetjenesten: Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450*. (IS: 1154). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten-/Sider/default.aspx>

Meld. St. 16 (2010-2011). (2011). *Nasjonal helse – og omsorgsplan: 2011-2015*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

St. meld. Nr. 16. (2002-2003). (2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-/6.html?id=328682>

St. meld. nr. 25. (1996-1997). (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. Hentet fra

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97/2.html?id=191088](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97/2.html?id=191088)

St. meld. nr. 25. (2005-2006). (2006). *Mestring, mulighet og mening*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/4/2.html?id=200928>

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

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser* (Rapport nr. 04/11). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vik, K. (2002). Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre. *Sykepleien*, 90(7), 43-46. doi: 10.4220/sykepleiens.2002.0021 Hentet fra

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/120491/et-bedre-liv-for-barn-med-psykisk-syke-foreldre>

Wormnæs, O. (1996). *Vitenskap – enhet og mangfold*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.



## VEDLEGG 1

### Intervjuguide helsesøstere tema barn av psykisk syke

#### **Innledning med informasjon om helsesøsters bakgrunn, utdanning og erfaring.**

#### **Refleksjoner knyttet til temaet og aktører:**

- psykisk lidelse – hvilke tanker gjør du deg rundt det?
- psykisk sykdom og barn; hva tenker du at det kan gjøre med et barn å vokse opp med en psykisk syk mor eller far?

#### **Kompetanse:**

- Erfaring/håndtering
  1. Saker(erfaringer, hva ser du etter, hvordan går du frem)
  2. Er dette familier du ofte kommer i kontakt med ”oppdager”?
  3. Hva tenker du er viktig i arbeidet rundt disse barna?
  4. Når tenker du at det blir skadelig for barnet? Er det da din vurdering som eventuelt gjør at du går videre med det, eller har dere noen skalaer å gå etter eller hvordan er det?
  5. Hvordan ser du på din rolle i møte med disse familiene? Hva kan du gjøre/hvor går din grense?
  6. Det er store mørketall, og flere barn enn antatt vokser opp med psykisk syke foreldre, hvorfor klarer vi ikke å fange dem opp? Hva tenker du skal til?
  7. Opplever du at det er annerledes å jobbe med norske i forhold til ikke - etnisk norske familier i forhold til dette, utdyp.
  8. utfordringer
- Kunnskap
  1. Får dere etter din mening nødvendig påfyll og oppdatert kunnskap på tema?
  2. Føler du at du har nok kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser og hva de forskjellige lidelsene gjør med barnets hverdag?

#### **Organisering og samarbeid:**

- innad
- utad

#### **Helsesøsters tanker rundt problemstillingen**

- holdninger/ personlige egenskaper
- barrierer
- Opplever du at arbeidet rundt barna har endret seg, fortell.



## VEDLEGG 2

Informasjonsskriv.

Jeg sender deg dette informasjonsskrivet med ønske om at du kan delta som informant i min undersøkelse.

Mitt navn er Katrine Slettedahl og jeg er student ved Høgskolen i Telemark avdeling Porsgrunn. Jeg er nå inne i mitt avsluttende studieår ved studiet *flerkulturelt forebyggende arbeid med barn og unge*. For tiden arbeider jeg med masteroppgaven min, der tema er barn av psykisk syke. Jeg ønsker å se på helsestasjonens møte med psykisk lidelse i familien, og da spesifikt på møtet med foreldre med psykiske lidelser og eventuelle utfordringer man står ovenfor her.

Jeg ønsker å gjennomføre flere intervju med helsesøstre i denne kommunen. Bakgrunnen for valg av informanter er at oppgaven min ønsker å fokusere på de minste barna. Da nær 100 % velger å ha kontakt med helsesøster og helsestasjon, tenker jeg at det er her foreldre og barn oftest oppsøker hjelp og blir mest synlig allerede fra fødsel av. Det vil derfor være av stor interesse for min oppgave å se på dere helsesøstres tanker, opplevelse og erfaringer med dette tema.

Det er frivillig å være med på denne undersøkelsen. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det er kun prosjektansvarlige og veileder som har tilgang til innhentet materiale, og jeg er underlagt tushetsplikten. Opplysningene anonymiseres og slettes når oppgaven er ferdig.

Hvis det er noe du lurer på kan jeg nås på tlf: 91568428, eller sende en e-post til [katrine-slettedal@hotmail.com](mailto:katrine-slettedal@hotmail.com). Du kan også kontakte min veileder Kjersti Røsvik ved Høgskolen i Telemark på tlf: 35575469 .

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Katrine Slettedal

Høyanfjellet 35

3728 Skien

-----  
Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av barn som pårørende og ønsker å stille på intervju.

Signatur ..... Telefonnummer .....





## **VEDLEGG 3**