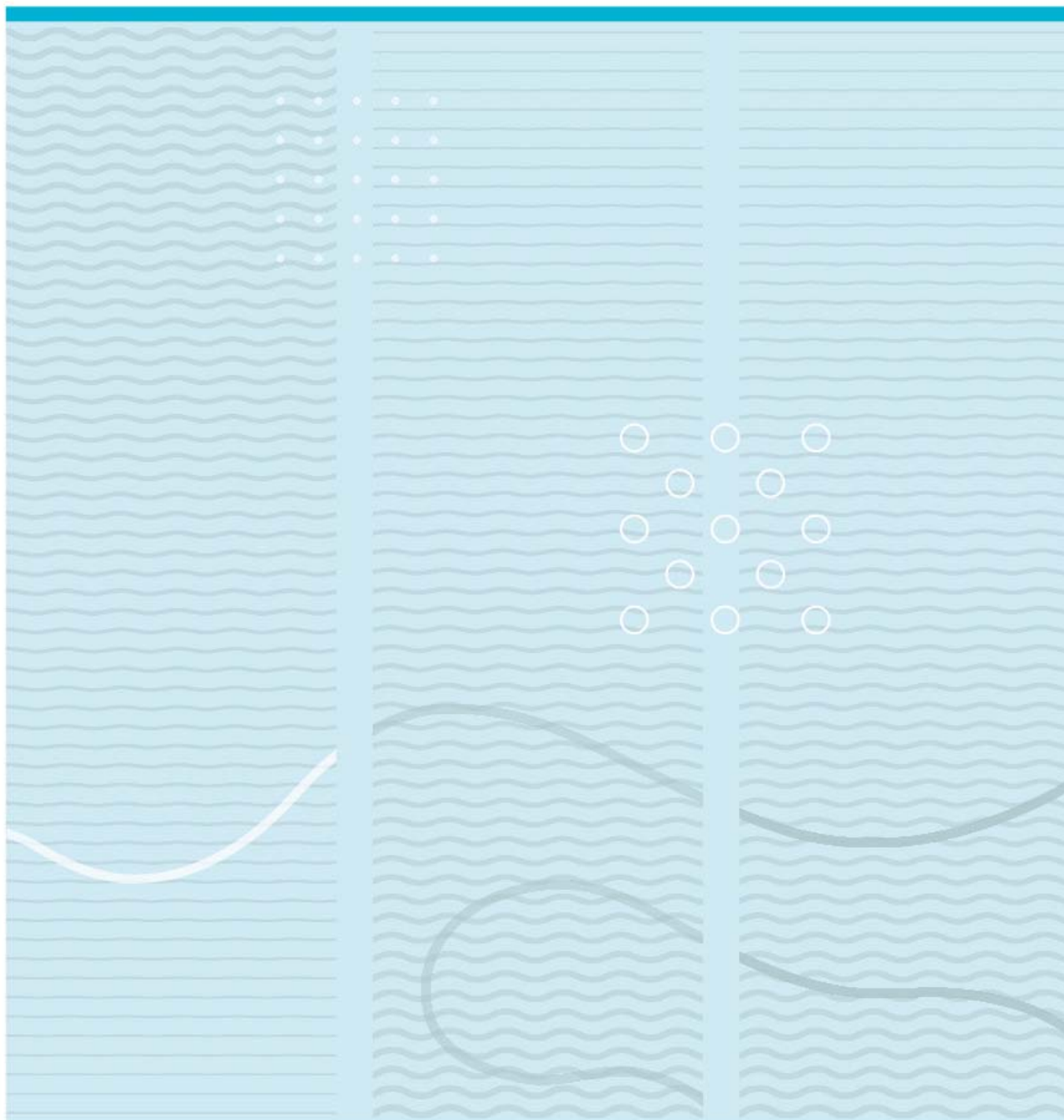


Charlotte Gundersen Susaas

Førstegangsmødres møte med helsestasjonen

Hvordan opplever førstegangsmødre oppfølgingen av helsesykepleier ved helsestasjonen?



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

<http://www.usn.no>

© 2021 Charlotte Gundersen Susaas

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

Sammendrag

Helsefremmende og forebyggende arbeid har i dag et stort fokus i samfunnet. Så godt som alle barn i Norge følges opp av helsestasjonstjenesten, og dette gjør at tjenesten er en særegen mulighet til å nå ut til barn og foreldre. For å se nærmere på hvordan helsestasjonen og møte med helsesykepleier oppleves av mødre, har jeg i denne oppgaven hatt problemstillingen;

«Hvordan opplever førstegangsmødre oppfølgingen av helsesykepleier ved helsestasjonen?»

Oppgaven bygger på en kvalitativ studie basert på intervju av fire mødre, som jeg har analysert og tolket i lys av relevant teori. Jeg har knyttet analysen opp til Foucaults teori om makt, Goffmanns teori om teater og roller, Sennetts teori om intimitetstyranni samt tilknytningsteori. For å besvare problemstillingen har jeg også sett på den historiske utviklingen av helsestasjonen og hvordan tjenesten er bygget opp. Samtidig har jeg sett på utviklingen av helsesykepleier utdanningen og deres rolle. Jeg har sett på noen relevante verktøy tilgjengelig for helsesykepleiere, og gått inn på forskjellen mellom helsefremmende og forebyggende arbeid.

Studiens funn tyder på at mødrene utad fremsto som fornøyde, og opplevde møte med helsesykepleier og helsestasjonen som betryggende. Samtidig ser det ut til at mødrene hadde ulike opplevelse av den sosiale praksisen ved helsestasjonen. I hovedsak kan det se ut til at mødrene oppfattet helsestasjonen som en tjeneste som primært skulle ivareta barna, og de så ut til å oppleve at hovedfokuset var om barnet lå innenfor normalutviklingen. Fokuset på normalutvikling, forebygging og tidlig innsats så ut til å kunne øke mødres opplevelse av stress og engstelse. Det kan se ut til at det forebyggende fokuset kan overskygge helsestasjonen og helsesykepleiers fokus på det helsefremmende arbeidet.

Abstract

Health-promoting and preventive work has a big focus in today's society. Almost every child in Norway is being followed up by the health center. This gives the health center a special opportunity to reach out to almost every child and parents. To have a closer look at the mother's experience in the meeting with the health center and the health nurse, I have this as the main question for this thesis:

"How does a first-time mother experience to be followed up by health nurse at the health station"

The thesis is based on a qualitative study based on interviews of four mothers, that I have analyzed and interpreted according to relevant theories. I have compared my analysis to Foucault's theory about power, Goffman's theory about theatre and roleplay, as well as Sennett's theory about the tyranny of intimacy and theory of connection. To answer this question, I have also looked at the historical development of the health center and how the service is constructed. I have also looked at the development of the education of health nurses and their role. I have been looking at relevant tools available for the health nurse and the difference in health-promotion and health-preventing work.

Findings in this study may indicate that the mothers are pleased with and find the meeting with the health nurse and the health center reassuring. At the same time, it looks like the mothers have different experiences with the social practice at the health center. It mainly looked like the mothers perceive the health station as a service which primary focus was to care for the children and sure they are within normal development. The focus on normal development, preventive work, and early

intervention can increase the mothers experience of stress and distress. It might look as though the preventive focus can overshadow the health center and the health nurse focus on health-promotion activities.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract.....	4
Innholdsfortegnelse	6
Forord	9
1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn	10
1.2 Leserveiledning	10
1.3 Begrunnelse for valg av tema	12
1.4 Aktualitet.....	13
2 Hvordan oppsto helsestasjon og helsesykepleiere i Norge	14
2.1 Diakonisser, menighetssøstre og sykepleiere	14
2.2 Sundhetsloven.....	15
2.3 Utviklingen av helsesykepleierutdanningen.....	15
2.4 Dagens helsesykepleier.....	17
2.4.1 Helsestasjon 0-5 år.....	18
2.5 Relevant forskning og litteratur på feltet	18
2.5.1 Relevante verktøy for helsesykepleiere	20
3 Folkehelsearbeid	22
3.1 Helse.....	23
3.2 Helsefremmende helsearbeid	23
3.3 Forebyggende helsearbeid	24
3.3.1 Universell-, selektiv- og indikativ forebygging.....	25
4 Hva foregår på helsestasjonen?.....	27
4.1 Normalitet og kontroll	27
4.2 Hva kontrolleres på helsestasjonen?.....	27
4.3 Praktisk gjennomføring av kontroll ved helsestasjon.....	28
5 Teori.....	30
5.1 Michel Foucault.....	30
5.1.1 Makt	30
5.1.2 Panoptisk disiplinering.....	31

5.1.3	Biomakt	32
5.1.4	Velferdsstaten.....	33
5.2	Intimitetstyranniet.....	34
5.3	Erving Goffman	35
5.3.1	Samhandlingsorden	36
5.3.2	Goffmans teatralske verden	37
5.4	Tilknytning.....	40
5.4.1	Tilknytningsmønstre	41
5.4.2	Konsekvenser og årsaker til forstyrret tilknytning	42
5.4.3	Trygghetssirkelen.....	42
5.4.4	Tilknytning på helsestasjonen	44
6	Metode	45
6.1	Bakgrunn for valg av tema.....	45
6.2	Arbeid med intervjuguide.....	45
6.3	Norsk senter for forskningsdata	47
6.4	Utvelgelse av kandidater og utfordringer	48
6.5	Gjennomføring av intervju og transkribering.....	49
6.6	Notater.....	50
6.7	Reliabilitet, validitet og overførbarhet	51
6.8	Etiske hensyn og overveielser	54
6.9	Tilnærminger til analysen	55
6.10	Presentasjon av analysen	58
7	Datapresentasjon	61
7.1	Psykisk helse og oppfølging av mor.....	61
7.1.1	Oppsummering	64
7.2	Normalitet.....	64
7.2.1	Oppsummering	67
7.3	Kontroll versus mestring.....	67
7.3.1	Oppsummering	72
8	Analyse og drøft	73
8.1	Analyse av målene for helsestasjonstjenesten	73
8.2	Helsestasjon: kontroll eller helsefremmende?	76

Ulike hensyn og utfordringer	77
8.3 Normal.....	82
8.4 Selv-presentasjon.....	84
9 Avslutning: Forebygging og mestring	89
9.1 Til slutt.....	91
Litteraturliste	92
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	96
Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeskjema	98
Vedlegg 3: Bekreftelse på godkjenning fra NSD	102
Vedlegg 4: Vekstkurve 0 – 1 år jenter	105
Vedlegg 5: Weight-for-length GIRLS.....	106
Vedlegg 6: Helsestasjonismen	107

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært både en utfordrende og svært lærerik prosess, som blant annet har gitt meg en større innsikt i utfordringer med å arbeide helsefremmende og forebyggende i helsevesenet. På samme tid har det vært svært en svært utfordrende tid med pandemi som har gitt en del ekstra utfordringer med gjennomføring av arbeid knyttet til oppgaven.

Jeg vil rette en stor takk til veilederen min Ketil Eide ved Universitetet i Sørøst-Norge, som har tatt imot mine frustrasjoner og fått meg til å reflektere rundt eget arbeid. Hans engasjement har fått meg til å gå ny giv og motivasjon når jeg følt jeg har stått fast i arbeidet. Jeg vil også takke alle støttespillere rundt meg som har trodd på meg og heiet på meg i arbeidet med oppgaven.

Vestfossen, 04.05.2021

Charlotte Gundersen Susaas

1 Innledning

I denne oppgaven har jeg tatt for meg temaet «Førstegangsmødres møte med helsestasjonen», og sett på mødres opplevelse med helsestasjonen. Her har jeg sett på hvordan mødre opplever møte med helsesykepleier og hvilken praksis de møter ved helsestasjonen og hos helsesykepleier. Jeg har hatt fokus på helsestasjonen som forebyggende og helsefremmende instans.

1.1 Bakgrunn

Valg av helsestasjonen som tema, kommer blant annet på bakgrunn av min egen interesse i forhold til rollen som sykepleier og mor. Da jeg bestemte hvilket tema jeg skulle se nærmere på var mitt barn rundt 3 måneder, og jeg hadde allerede hatt flere møter med helsestasjonen og helsesykepleier. Mitt barn har frem til nå ikke hatt noen spesielle utviklingsavvik som kan ses utenfor det normale variasjonsfeltet. Jeg har likevel vært i situasjoner hvor jeg har følt på helsesykepleiers kritiske blick og stemme; «han gjør vel slikt?» «gjør han ikke det enda?». Med bakgrunn i dette så jeg det som interessant å se nærmere på hvordan mødre opplever møte med helsestasjonen, og hvordan de opplever oppfølgingen ved helsestasjonen og helsesykepleier.

1.2 Leserveiledning

I første del av oppgaven er innledningen. Denne inneholder en presentasjon av temaet, bakgrunn og begrunnelse for valg av tema, samt temaets aktualitet.

I andre del av oppgaven gir jeg et innblikk i utviklingen av rollen helsesykepleier; fra oppstarten av helsesykepleierarbeidet, utviklingen av faget, frem til hvordan helsesykepleier og helsestasjonen i dag er bygget opp. Denne bakgrunnskunnskapen er nyttig for å få en forståelse for hvordan tjenesten har utviklet seg igjennom årene til å bli den tjenesten de er i dag. Her presenteres også målene for helsestasjonstjenesten, samt de ulike arbeidsområdene til helsesykepleiere.

Deretter har jeg presentert temaet folkehelsearbeid i del tre. Her utdyper jeg hva folkehelsearbeid innebærer, før jeg presenterer begrepene helsefremmende og

forebyggende arbeid. Ettersom helsestasjonen er en del av folkehelsearbeidet i Norge, er det relevant å se nærmere på dette temaet for å kunne se viktigheten dette har i arbeidet til helsesykepleiere.

I del fire har jeg presentert mer praktisk hva som foregår og gjennomføres ved kontrollene på helsestasjonen. Det er nyttig for å få mer innblikk i hva helsesykepleiere vektlegger og gjennomfører, men også for bedre å forstå og se arbeidet i sammenheng med innhentede data.

I del fem har jeg presentert teori. Først har jeg presentert det strukturelle, deretter det relasjonelle. Teorien som er presentert her er videre brukt som verktøy for å få en teoretisk ramme. Den har jeg videre brukt for å forstå funnene i empirien jeg har innhentet.

I sjette del har jeg presentert hvilken metode jeg har benyttet i arbeidet med oppgaven, samt hvordan prosessen med arbeidet har foregått. Jeg ser også på etikk og spesifikke etiske utfordringer knyttet både til generell forskning og denne spesifikke oppgaven. Til slutt har jeg presentert min tilnærming til presentasjonen av analysen.

I syvende kapittel har jeg både presentert empiri og hvordan jeg tolker mødrenes utsagn.

I kapittel 8 har jeg analysert og drøftet empirien i lys av faglige teorier, forskning og teoretikere. Dette kapitlet inneholder fire underkapitler med temaene; analyse av målene for helsestasjonen, helsestasjonen: kontroll eller helsefremmende?, normal samt selv-presentasjon.

I siste kapittel, kapittel 9 har jeg presentert en avslutning som tar for seg en oppsummering av funnene igjennom drøfting og analyse.

1.3 Begrunnelse for valg av tema

I Norge er alle kommuner pliktet å ha en helsestasjon (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Helsestasjon er et gratis tilbud. I denne oppgaven, ønsker jeg å se nærmere på førstegangsmødre med barn i alderen 3 måneder til 3 år. Dette har jeg valgt fordi barn i denne alderen skal følges tett opp med jevnlige kontroller på helsestasjonen for å kartlegge barnets fysiske og psykiske utvikling (Helsedirektoratet, 2019b) (Helsedirektoratet, 2019a). Ifølge Norsk helseinformatikk (2019) er helsestasjonens oppgave å foreta kontroll av blant annet fysisk vekst som vekt, lengde og hodemål, samt psykisk og motorisk utvikling, gjennom flere konsultasjoner allerede første leveår. Ved disse kontrollene skal de forebygge vold og overgrep, oppdage avvik i utviklingen tidlig, arbeide for at foreldrene opplever mestring og henvise barn videre om det er behov for dette (Norsk helseinformatikk, 2019). Kontrollene hos helsestasjonen har som mål at «foreldrene opplever mestring i foreldrerollen, å bidra til et godt samspill mellom foreldre og barn» (Norsk helseinformatikk, 2019). Helsestasjonen skal altså sikre en normalutvikling hos barnet, og følge opp eventuelle avvik. På bakgrunn av disse målene har jeg ønsket å se nærmere på hvordan disse møtene med helsestasjonen oppleves for førstegangsmødre. Jeg har også ønsket å se på hvorvidt helsestasjonen, på tross av alle kontroller og målinger klarer å holde fokus på det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

I perioden barn er i alderen fra 0-3 år er det anbefalt med 13 konsultasjoner på helsestasjonen inkludert hjemmebesøk kort tid etter fødsel (Norsk helseinformatikk, 2019). Dette gjør at foreldre med barn i denne alderen i tett kontakt med helsestasjonen. Jeg ønsker derfor å benytte disse mødrene, da de har hyppigst kontakt sammenlignet med eldre barn. Jeg antar også at denne gruppe mødre har kontrollene mer friskt i minnet, samtidig som de ikke har erfaringer med egne barn tidligere. Bakgrunn for valg av å se på mødres kontra fedres erfaring er at mødrene er sterkt overrepresentert i forhold til hvem som følger barn til helsestasjonen (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 74-75).

1.4 Aktualitet

I dagens samfunn er det et fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette kommer frem i lover, forskrifter og veiledere. Helsestasjonens ansvar ovenfor forebyggende og helsefremmende arbeid står skrevet i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Derfor ser jeg det som interessant å se nærmere på det forebyggende og helsefremmende arbeidet ved helsestasjonen, og hvordan dette fremmes hos mødre og barn i møte med helsesykepleier. Helsestasjonen har som mål og blant annet skape mestring hos foreldre (Helsedirektoratet, 2020a), og derfor anser jeg det som viktig at foreldrene sitter igjen med en positiv følelse etter oppfølging og kontroll hos helsesykepleier. Jeg ønsket derfor å se på om helsestasjonen oppfyller målet om mestring som er satt til tjenesten.

2 Hvordan oppsto helsestasjon og helsesykepleiere i Norge

I dette kapitlet ser jeg på utviklingen av sykepleier og helsesykepleierutdanningen i Norge. Jeg ser blant annet på hvordan helsesykepleierarbeidet har utviklet seg gjennom tiden, hvorfor det oppsto et behov for helsesykepleiere og hvordan helsesykepleiere arbeider i dag. Jeg anser det som relevant å ha et godt kunnskapsgrunnlag på feltet, for å kunne forstå deres arbeid bedre. Videre har jeg sett på relevant forskning og litteratur på dette feltet, som er aktuelt for mitt arbeid med oppgaven. Til slutt ser jeg på noen relevante verktøy for helsesykepleiere.

2.1 Diakonisser, menighetssøstre og sykepleiere

I Norge kom det som blant annet omtales som «rollemodellen for de nye sykepleierutdanningene» (Fause & Micaelsen, 2002, s. 93) i 1868. Her ble det utdannet diakonisser ved diakonissehuset i Oslo. Det ble også opprettet et diakonisseanstalt i forbindelse med diakonissehuset (Glavin & Kvarme, 2003, s. 25). Diakonisseutdanningen i Norge var i hovedsak inspirert av den Tyske diakonisseutdanningen i Kaiserwerth, hvor arbeidet var ulønnet, og ble ansett som et kall (Fause & Micaelsen, 2002, s. 93-94). De som skulle utdanne seg til diakonisser fikk utdanning ved diakonisseanstaltet før de ble sendt ut til ulike steder for å praktisere, før de etter varierende tid ble kalt tilbake for å gjennomføre et avsluttende teorikurs (Fause & Micaelsen, 2002, s. 98). Ettersom de fleste diakonissene tok seg jobb ved sykehus og i byene, skapte dette utfordringer i bygdene. Dette førte til utviklingen av en kortere utdanning; menighetsdiakonisser (Fause & Micaelsen, 2002, s. 100-101). Dette var en begrenset utdanning og ble ofte sponset av lokale lag eller foreninger, med mål om at de unge jentene skulle kunne ta seg av syke i bygda hvor de kom fra (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 18). Ettersom etterspørselen etter diakonisser økte trengte menighetene disse selv, og Ullevål sykepleierskole ble til. Her skulle de utdanne egne sykepleier, og denne ble ledet av en tidligere diakonisse (Fause & Micaelsen, 2002, s. 111). Det ble i samme tid opprettet ulike sykepleie- og diakonisseutdanninger, både diakonale og verdslige. Dette var blant annet gjennom Røde kors, Metodistkirken, Norsk kvinner sanitetsforening og Ullevål sykepleierskole. Alle de utdannede ble kalt for «søstre» (Fause & Micaelsen, 2002).

Historisk blir Florence Nightingale av mange regnet som «den moderne verdslige sykepleierens grunnlegger» (Fause & Micaelsen, 2002, s. 88). Hun er kjent for sin innsats under Krimkrigen, og for å starte «den første verdslige sykepleierutdanningen» (Fause & Micaelsen, 2002, s. 90). Hun fikk sin utdanning ved diakonissehuset i Kaiserwerth, og var opptatt av kvinners mulighet, og lønnet arbeid. Hun åpnet også opp for å utdanne sykepleiere fra alle trosretninger (Fause & Micaelsen, 2002, s. 90).

2.2 Sundhetsloven

I 1860 kom «sundhetsloven» til Norge. Denne var inspirert av en rapport fra London, som satte fattigdom og sykdom i sammenheng (Glavin & Kvarme, 2003, s. 29). Sundhetsloven blir sett på som utspringet til det forebyggende helsearbeidet i Norge (Glavin & Kvarme, 2003, s. 29). Formålet med denne loven var « å fremme helsen og fjerne risikofaktorer for sykdom» (Glavin & Kvarme, 2003, s. 30). Når sundhetsloven kom, var hovedfokuset å forebygging smitte av de smittsomme sykdommene som preget tiden, som blant annet tuberkulose (Glavin & Kvarme, 2003, s. 29). For å klare å gjennomføre det forebyggende helsearbeidet distriktslegene hadde fått ansvaret for, fikk de behov for en assistent som kunne ta seg av dette arbeidet. Dette kan ses på som en av årsakene til behovet for å utdanne helsesykepleiere (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 25)

2.3 Utviklingen av helsesykepleierutdanningen

Florence Nightingale jobbet med sårede soldater under Krimkrigen. Hun var opptatt av forholdene rundt de sårede soldatene, og med tiltak som bedret hygiene og kosthold økte hun overlevelsesraten betraktelig (Fause & Micaelsen, 2002). Etter dette arbeidet utarbeidet hun en rapport hvor hun viste effekten tiltakene hadde hatt (Fause & Micaelsen, 2002, s. 89). Hun regnes derfor som en pioner innenfor blant annet forebyggende arbeid. Hun var spesielt opptatt av forebygging, og i dette arbeidet så hun viktigheten av mor og barns helse. For å ivareta dette utdannet hun helsesykepleiere, hvor fokuset skulle være kvinner og barn i hjemmet (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 25).

I Norge anser man at det er flere tilbud som var med å skape helsestasjonen slik vi kjenner den i dag. Den første helsestasjonen i Norge ble åpnet i 1911, og het Barnepleiestasjonen. Denne var for både barn og mødre, og formålet med åpningen av helsestasjonene var å fremme amming, og ernæring (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 27). Norske kvinners sanitetsforening har hatt en stor rolle når det gjelder oppstart av helsestasjoner i Norge og i 1914 åpnet de sin første helsestasjon som var for både mor og spedbarn (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 28). På en av stasjonene ble det benyttet navnet «Kontrollstasjoner for mor og barn», før det ble endret til å hete «Helsestasjon» (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 28). I 1972 kom helsestasjonsloven, og alle de private helsestasjonene til Norske kvinners sanitetsforening ble overtatt av det offentlige (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 28).

Norges første helsesykepleier utdanning ble åpnet i 1947. Den het Helsesøsterskolen og ga tittelen *helsesøster* ved fullført skolegang (Glavin & Kvarme, 2003). Ved årsskifte i 2019 ble helsesøster tittelen erstattet med tittelen *helsesykepleier*. Dette for å ha et kjønnsnøytralt navn, forsøke å øke antall søkere og gjøre det enklere for gutter å oppsøke tjenesten (Helsedirektoratet, 2019c). På grunn av nåværende tittel vil jeg benytte tittelen helsesykepleier videre igjennom oppgaven.

Etter opprettelsen av utdanningen for helsesykepleiere ved «Helsesøsterskolen» i 1947, ble helsesykepleiere nå ansatt til å samarbeide med distriktslegene. De hadde et veldig bredt arbeidsområde «Pionerhelsesøstrenes arbeid omfattet helsestasjonsarbeid, hjemmebesøk, skolehelsetjeneste, tilsyn med psykiatriske pasienter, inspeksjoner, helserådsarbeid og tuberkulosearbeid. Helsestasjonsarbeidet besto av kontroll av mor og barn, veiing, måling, rådgivning og vaksinerings» (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 26). Etter offentlig overtakelse av alle helsestasjoner forelå det ønske om økt kontroll på arbeidet ved helsestasjonene (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 29). «Håndbok for helsestasjoner» ble utgitt av helsedirektoratet i 1977, og i 1990 kom det en veileder fra myndighetene. Denne veilederen ga helsesykepleiere oversikt over hva de ulike kontrollene ved helsestasjonen skulle inneholde (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 29). I 1998 kom det en ny veileder som het «veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten», dette i et forsøk på å skape likhet i helsesykepleierarbeidet (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 29).

2.4 Dagens helsesykepleier

I dag er en helsesykepleier «en sykepleier med videreutdanning i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres familier» (Utdanning, 2017). Deres arbeid handler om arbeid med barn og unge i alderen 0-20 år (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 33). Dette krever en bred kompetanse for å møte behovene til brukerne av tjenesten. Helsesykepleiere jobber ofte ved helsestasjon og skolehelsetjenesten. På helsestasjonen har de både oppfølging av barn i alderen 0-5 år, og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2020b). Helsesykepleier i skolehelsetjenesten utfører kontroller av barn og det anbefales helsekontroll og helsesamtale med barna til skolestart og åttende trinn, samt vekt og lengde kontroll på første, tredje og åttende trinn (Helsedirektoratet, 2020b).

Helsestasjonen er et tverrfaglig tilbud som skal bestå av både leger og helsesykepleiere, det anbefales også at den har fysioterapeut. Jordmortjenesten med jordmor skal også være knyttet opp til helsestasjonen. Samtidig må de også trekke inn andre yrkesgrupper for å oppnå tilstrekkelig kompetanse, som for eksempel psykolog og tannlege (Helsedirektoratet, 2020b).

I 2018 ble det kunngjort en forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Målet med dagens helsestasjon er:

- at foreldre opplever mestring i foreldrerollen
- å bidra til godt samspill mellom foreldre og barn
- å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn
- å forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt
- å avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig
- å bidra til at barn får oppfølging og henvises videre ved behov.

(Helsedirektoratet, 2020a).

Med bakgrunn i disse målene forstår jeg det som at helsestasjonen skal følge opp både barn og foresatte, og å sikre at alle barn skal kunne få en god oppvekst. Dette ved at helsestasjonen bidrar til godt samspill, forebygging av sykdom og avdekker avvik og bidrar til å gi alle en god oppvekst uavhengig av forskjeller. For å innfri disse målene

anser jeg det som nødvendig å jobbe helsefremmende og forebyggende, samt samarbeide med andre instanser og yrkesgrupper ved å arbeide tverrfaglig.

2.4.1 Helsestasjon 0-5 år

Helsestasjonen for barn i alderen 0-5 år skal arbeide med å nå målene i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som beskrevet over. Helsestasjon anses som et lavterskel tilbud, og er både frivillig og gratis, og nært alle barn i alderen 0-5 år følges opp av sin lokale helsestasjon (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 55). Det er anbefalt 14 konsultasjoner for oppfølging hos barn i alderen 0-5 år (Helsedirektoratet, 2020b). Ettersom de aller fleste barn og foreldre følges opp ved helsestasjonen skapes det en mulighet for å kunne følge opp nært alle barn i Norge, samt en mulighet for å innfri målene for helsestasjonstjenesten (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 55). Ved at helsestasjonen både er knyttet til jordmødre, fysioterapeuter og leger i tillegg til helsesykepleiere dannes det et grunnlag for tverrfaglig arbeid for barn i alderen 0-5 år og deres foreldre.

2.5 Relevant forskning og litteratur på feltet

I Norge er fokuset til helsesykepleiere barn og unge, samt deres foreldre (Utdanning, 2017). Helsestasjonstjenesten i Norge kan ses på som ganske unik, i og med at denne tjenesten ikke er like tilgjengelig og allmenn i mange andre land. I USA er for eksempel helsetjenester ofte en blanding mellom offentlig og privat, og ikke like tilgjengelig. De har et tilbud om oppfølging til de med dårligst levekår, mens de med egen jobb må ha helseforsikring for å få tilgang til tjenesten. Dette skaper et ulikt tilbud, og ulik tilgang på oppfølging (Holme, Valla, Hansen & Olavesen, 2016, s. 426). Samtidig har også helsesykepleiere i USA ansvar for oppfølging og forebygging hos voksne og eldre (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 57). I flere land fungerer helsesykepleiere som distriktsykepleiere, slik som for eksempel i Sverige. Distriktsykepleier har i tillegg til å ha ansvar for barn og unge, ansvar for å følge opp pasienter i alle aldre. De jobber blant annet på helsestasjoner, barnemottak, og sykehjem (Karolinska Institutet, 2021). Ettersom arbeidsoppgavene til helsesykepleier i ulike land er så varierende, samt at det er svært ulike tjenestetilbud, har jeg valgt å primært se på forskning i forhold til

helsestasjonstjenesten i Norge. Dette har jeg valgt å gjøre for å få en bedre innsikt i helsestasjonstjenesten i Norge, som er den jeg ønsker å ha fokus på. Igjennom arbeidet har jeg også funnet at mye av forskningen som er utført er basert på helsesykepleiers perspektiv og opplevelse, og ikke mødrenes opplevelse av tjenesten.

I arbeidet har jeg sett på boken «Det bekymrede blikket» (Neumann, 2009), som omhandler arbeidet ved helsestasjonen fra helsesykepleiers perspektiv. I dette arbeidet ser hun på hva som skaper en bekymring for barn hos helsesykepleier og hvorfor, samtidig har hun også sett på hvordan de håndterer disse bekymringene. Hun poengterer også hvordan hun ser på helsestasjonen som et sted for å fange opp normalitet og avvik (Neumann, 2009, s. 25).

Artikkelen «*Grenseløse krav i helsestasjonstjenesten – dilemmaer og mestringsstrategier*» (Andrews, 2002) tar for seg helsesykepleierens forståelse av folkehelseperspektivet i helsestasjonen, og hvordan arbeidsmengden og grensene oppleves for helsesykepleiere. Oppgavene er mange og omfattende, samtidig som helsesykepleier selv må balansere grensene mellom det å være privat og samtidig opprettholde en distanse.

I «*Når skjema blir ein del av omsorga*» av Andenes (2019), blir det tatt utgangspunkt i brukererfaringen i forhold til benyttelse av skjema i helsestasjonen. Hun tar for seg bruk av skjemaet Edinburgh postnatal depression scale (EPDS), som er et kartleggingsverktøy for barseldepresjon. Det påpekes hvordan forskning på helsesykepleierens opplevelse viser at helsesykepleiere var fornøyde med kartleggingsverktøyet som ble brukt, men brukerne selv kom med varierende tilbakemeldinger. Andenes trekker også frem utfordringer knyttet til bruk av EPDS skjemaet., noe som gjør det interessant og kunne se nærmere på mødrenes egne erfaringer og opplevelse av helsestasjonen.

Samtidig har jeg også sett på Helsetilsynet (2014) sin landsomfattende rapport «Helsestasjonen – hjelp i rett tid?», som ble utført på bakgrunn av bekymring for tjenesten. Den viste minimum ett lovbrudd i forhold til helsestasjonstjenesten i 56 av 78

kommuner, som gjør det meget interessant for å forstå det varierende tilbudet og se på utfordringer omkring å følge lovverket.

2.5.1 Relevante verktøy for helsesykepleiere

For å sette meg dypere inn arbeidet helsesykepleiere gjør i dag har jeg sett på noe av litteraturen som er utarbeidet tiltenkt helsestasjonsarbeidet. I dette arbeidet har jeg blant annet sett på boken «*Håndbok for helsestasjoner 0-5 år*» (Misvær & Lagerløv, 2018), som tar for seg hvilke krav det er til helsestasjonen, oppdatert forskning på feltet og myndighetenes retningslinjer for hva arbeidet på helsestasjonen skal inneholde og hvordan arbeidet skal utføres (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 5-6). Boken tar også for seg fagstoff i forhold til ulike problematikker som kan oppstå i småbarns årene, og utfordringer som kan oppstå i familielivet. Jeg har også benyttet meg av boken «*Helsestasjonstjenesten, barns psykiske helse og utvikling*» (Holme et al., 2016). Dette er en fagbok innenfor feltet psykisk helse og utvikling hos sped- og småbarn (Holme et al., 2016, s. 5). Denne boken «omsetter nyere utviklingspsykologi og forskning om sped- og småbarns psykiske helse og utvikling til hvordan dette kan påvirke innhold og utøvelse av helsestasjonstjenesten» (Holme et al., 2016, s. 5). Boken er utarbeidet for å være et tilskudd til annen informasjon som forfatteren har savnet, eller det finnes for lite informasjon om i andre publikasjoner (Holme et al., 2016, s. 5). Dette er to bøker jeg anser som nyttige verktøy for helsesykepleiere som arbeider i helsestasjonstjenesten for barn.

Samtidig finnes det også en rekke konkrete måleredskaper helsesykepleier kan benytte for å se de fysiske målene som lengde, vekt og hodeomkrets til barn. Ved bruk av percentilskjema kan helsesykepleier se hvor barnet ligger i forhold til forventende mål for alder, samt å se målene i lengde og vekt sammen for å se om disse harmonerer med hverandre ¹ (Norsk helseinformatikk, 2019a).

¹ Se også vedlegg 5: «*Vekstkurve 0 – 1 år jente*» og vedlegg 6: «*Weight-for-length GIRLS*»

Helsedirektoratet har også nasjonalfaglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020b). Disse retningslinjene inneholder det formelle i form av det overordnede, om hvilket tilbud, hvilke samarbeidspartnere, plikter og lover som gjelder for hele helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og gir også en oversikt over de ulike tjenestene innenfor disse områdene. Under kapittelet «Helsestasjon 0-5 år», legges det frem både hva, hvordan og hvorfor de ulike områdene helsestasjonen skal følge opp, og hvor sterkt dette er anbefalt (Helsedirektoratet, 2020b). Helsedirektoratet har også en rekke ulikt materiell som kan knyttes opp til arbeidet på helsestasjonen. Dette er blant annet veilederen «stress og mestring» (Samdal, Wold, Harris & Torsheim, 2017), som omhandler konsekvensene av stress, og manglende mestring. Denne kan sees i sammenheng med det første målet for helsestasjonen som baserer seg på «mestring»

Helsestasjonstjenesten i Norge er en lovpålagt tjeneste som kommunen har ansvar for, og skal både være en helsefremmende og forebyggende institusjon (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 3-2). Noe av kommunens ansvar er også forankret i Folkehelseloven (2011, § 4) hvor kommunens ansvar for folkehelse står beskrevet. I Folkehelseloven (2011, § 5) står det også hvilket ansvar kommunen har for å ha oversikt over forhold i kommunen som påvirker innbyggerne både positivt og negativt, og en oversikt over helsetilstanden til innbyggerne.

Etter fødsel er det 8-15 % som opplever en depresjon (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 244-245). For å avdekke en fødselsdepresjon hos mødre benyttes det ved flere helsestasjoner i Norge et kartleggingsverktøy som heter Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) (Olavesen, Haug, Lindberg & Wickberg, 2017). Kartlegging ved bruk av dette skjema på en helsestasjon, gjøres ofte av helsesykepleier. Denne metoden omtales ofte som Edinburgh-metoden og består av at mor fyller ut et skjema, hvor helsesykepleier prater med mor rundt svarene til mor etter at mor har fylt ut skjemaet. Her vurderer helsesykepleier hvorvidt det er behov for å henvise mor videre, til for eksempel psykolog (Olavesen et al., 2017).

3 Folkehelsearbeid

I Norge er det utarbeidet en rekke skrivelser, rapporter, forskrifter og lover om forebyggende og helsefremmende arbeid. Blant annet «Forskrift for kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten» (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Her står hvilket formål loven har om hva helsestasjonen skal utrette i sitt arbeid², «Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m.», omhandler kommunens ansvar til helse- og omsorgstjenester, deriblant forebyggende og helsefremmende arbeid (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). «Folkehelseinstituttets rapport om barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt» (Skogen, Smith, Aarø, Sigveland & Øverland, 2018). Disse rapportene, forskriftene og lovene viser at forebygging og helsefremmende arbeid er en stor satsning i samfunnet. Helsestasjon og helsesykepleiere anbefales i sitt arbeid å følge «Nasjonalfaglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (Helsedirektoratet, 2020b), hvor helsefremmende og forebyggende arbeid er viktige faktorer.

Folkehelseloven omtaler folkehelsearbeid på denne måten:

Folkehelsearbeid: 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 helsetrusler, og arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.
(Folkehelseloven, 2011, § 3)

Dermed kan folkehelsearbeid ses som «summen av forebyggende og helsefremmende arbeid» (Garsjø, 2018, s. 36). Mye av folkehelsearbeidet foregår lokalt i kommunene, gjennom lokale tiltak som fremmer helsen. Her settes det fokus på å skape et samfunn med innbyggere som tar helsemessige riktige valg som bidrar til positiv effekt for helsen (Garsjø, 2018, s. 37). Ettersom målene for helsestasjon er både helsefremmende- og forebyggende arbeid, kan helsestasjonsarbeidet ses som folkehelsearbeid.

² Se kapittel 2.4 «Dagens helsesykepleier» for detaljert liste over målene

3.1 Helse

Helse er et begrep som er mye anvendt. For å forstå bedre hva begrepet «Helse» innebærer, går jeg her inn på hva som ofte ligger bak bruken av begrepet. Når man ser på helse som begrep er dette et begrep som ofte knyttes til sykdom. «Helse er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse» (Verdens helseorganisasjon i Regjeringen, 2016). Dette målet for god helse er også kritisert for å være uopnåelig ettersom man må for å ha en god helse må man altså være helt frisk og uten problemer, hverken fysisk eller psykisk. Dette målet for helse kan også se ut til å være utfordrende å måle, da vi opplever fysisk, psykisk og sosialt velvære ulikt (Garsjø, 2018, s. 30). Det er derfor viktig å se begrepet helse ut ifra konteksten man er i ettersom helse ses ulikt i ulike kulturer, og i ulike områder. Helsen er også i stadig endring og påvirkes av indre og ytre faktorer (Garsjø, 2018, s. 30-31). Garsjø (2018, s. 31) forklarer hvordan man kan dele helsebegrepet i en positiv og en negativ side. Den negative siden fokuserer på at «helse er fravær av sykdom», hvor man kan se helse som en objektiv tilstand. Den positive siden et menneskes følelse av friskhet og velvære.

3.2 Helsefremmende helsearbeid

Helsestasjonens arbeid skal blant annet være helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018 § 5). Med denne forankringen i lovverket er helsefremmende arbeid derav lovpålagt del av helsesykepleiers arbeid. St.meld. 37; Norges forskningsråd, 2001 i Schancke (2005) beskriver at helsefremmende tiltak som «til hensikt å fremme livskvalitet, overskudd og trivsel». Som underbygger Garsjø (2018) sin forklaring om hvordan helsefremmende arbeid er å «fremme prosesser og styrke beskyttelsesfaktorer som fører til god helse» (Garsjø, 2018, s. 27). Når man ser på det helsefremmende arbeidet omhandler dette på å se på det positive, se på hva som er friskt og hvordan dette kan gi en beskyttelse (Garsjø, 2018, s. 27-28). Som et eksempel på helsefremmende mål kan man se på målene for helsestasjonen ³, hvor det første målet handler om mestring i foreldrerollen.

³ Se kapittel 2.4 «Dagens helsesykepleier» for detaljert liste over målene

Dette målet kan anses som et helsefremmende mål, da det fokuserer på mestring, som kan anses som en positiv faktor som kan gi beskyttelse fra negativ påvirkning.

Helsefremmende arbeid kan fokusere på hva foreldrene får til og gjør bra som foreldre, og dra nytte av foreldrenes ressurser. En annen måte å arbeide helsefremmende på helsestasjonen kan være at helsesykepleier ser på nettverket mødrene har, og støtter oppunder denne kontakten, om de ser at dette er noe som bidrar til å skape trygghet for mødrene. Helsefremmende arbeid er utfordrende å måle, da det er utfordrende å finne konkrete måter å måle hvordan ulike faktorer har effekt (Garsjø, 2018, s. 28-29).

3.3 Forebyggende helsearbeid

Forebyggendearbeid er utfordrende å definere, og må ses i sammenheng med konteksten det benyttes i. Det er et utfordrende begrep som har ulikt innhold, ut ifra ulike kontekster (Garsjø, 2018, s. 24). En måte å definere forebygging er:

«Sykdomsforebyggende arbeid er tiltak som har som siktemål å hindre utvikling av sykdommer, redusere risikoen for skade og redusere dødeligheten» (Schancke, 2005, s. 13). En annen måte å definere forebyggende arbeid er: «Forebygging handler om å forhindre uønskede og negative fenomener» (Garsjø, 2018, s. 25). Den første definisjonen fokuserer på forebyggende arbeid innenfor sykdom, mens den andre definisjonen er en mer generell som heller ikke setter begrepet inn i en sykdomskontekst. Eksempler på forebyggende arbeid kan blant annet ses i målene for helsestasjonstjenesten⁴. Her kan man se at målene blant annet faller inn under hvordan Schancke (2005, s. 13) beskriver sykdomsforebyggende arbeid, og hvordan Garsjø (2018, s. 25) definerer forebyggende arbeid. Ettersom målene til helsestasjonen faller innenfor begge definisjonene for forebyggende arbeid, vil bruken av begrepet forebyggende omfavne begge igjennom oppgaven.

Forebyggende arbeid kan deles inn og utføres på flere nivåer. Disse nivåene blir ofte omtalt som primær- sekundær- og tertiærforebygging (Caplan, 1964 i Schancke, 2005). Når vi ser nærmere på begrepene primær-, sekundær og tertiærforebygging kan bruken av disse gjøre det vanskelig å skape et skille mellom forebygging og behandling (Major

⁴ Se kapittel 2.4 «Dagens helsesykepleier» for detaljert liste over målene

et al., 2011, s. 231). Jeg har derfor valgt å se legge hovedfokus på begrepene universell-, selektiv og indikativ forebygging. Disse begrepene har blitt mer vanlig å benytte i forskningslitteratur, da disse nivåene har et tydeligere skille mellom forebygging og behandling (Major et al., 2011, s. 231).

Primær-, sekundær og tertiærforebygging

Primærforebygging skal settes inn før en sykdom eller et problem forekommer, og har normalt som mål å nå en større gruppe eller en hel befolkning (Helland & Øia, 2000, s. 16). Sekundærforebygging foregår når det har oppstått en sykdom eller et problem, og tar sikte på å redusere varighet, skade og eller utvikling av sykdommen eller ett problemet og skal nå en spesifikk gruppe (Helland & Øia, 2000, s. 16).

Tertiærforebygging går ut på å «reparere eller begrense skader» (Helland & Øia, 2000, s. 16). Under dette nivået av forebygging er det allerede en skade eller sykdom (Helland & Øia, 2000, s. 16). Slik som Helland og Øia (2000, s. 16) også påpeker, blir allerede forebygging på sekundært nivå over til behandling, hvor skaden allerede har oppstått, men forebyggingen er for å hindre ytterligere negative konsekvenser.

Tertiærforebygging kan ses på som forebyggende, da den sikter på å unngå nye negative konsekvenser, men samtidig som den også fokuserer den også på behandling. Dette gjør at man ved bruk av denne inndelingen kan ha vanskelig for å skille mellom forebygging og behandling, noe som blant annet Major et al. (2011, s. 16). I stedet for å fokusere videre på denne inndelingen av forebygging, har jeg valgt å gå dypere inn på inndelingen universell, selektiv og indikativ forebygging.

3.3.1 Universell-, selektiv- og indikativ forebygging

Universell forebygging

Universell forebygging er rettet mot den generelle befolkningen, og tar høyde for å nå mange. Mange vil da kunne oppnå litt effekt av forebyggingen, men kan samlet sett være positive for samfunnet (Major et al., 2011, s. 16). Universelle tiltak kan ofte innebære store nasjonale kampanjer. Samtidig kan også hele helsestasjonstjenesten ses på som en form for universell forebygging. Ved helsestasjonen er formålet å nå mange,

noe de gjør, da nærmest alle barn i alderen 0-5 år følges opp ved helsestasjonen. Selv om helsestasjonstjenesten har hovedfokus på generelle tiltak, utfører de også selektiv- og indikativ forebygging.

Selektiv forebygging

Her er det identifisert høyere risiko for enten sykdomsutvikling eller negative konsekvenser i en gruppe, og det forebyggende arbeidet rettes mot den aktuelle gruppen. I motsetning til universell forebygging foregår den i en aktuell gruppe (Major et al., 2011, s. 231-232). Selektiv forebygging på helsestasjonen kan blant annet innebære tiltak som kurs i trygghetssirkelen, som handler om å vite hvordan man møter barns behov (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 273). Dette er et tiltak som da rettes mot en spesifikk gruppe i rett målgruppe.

Indikativ forebygging

Forebyggingen her er på individnivå, og foregår blant de som har «høy sykdomsrisiko eller høyt symptomnivå» (Major et al., 2011, s. 232). Siden forebyggingen er på individnivå tar den sikte på å være effektiv for individet og ikke på gruppenivå eller befolkningsnivå (Major et al., 2011, s. 232). Indikativ forebygging i helsestasjonen kan for eksempel være tiltak som iverksettes i familier med lav sosioøkonomisk status. Denne gruppen er i større grad usatt for å oppleve negativt stress, og helsestasjonen kan for eksempel igjennom samarbeid med flere instanser finne stressreducerende tiltak for familien (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 297).

4 Hva foregår på helsestasjonen?

Hva som gjennomgås på de ulike kontrollene er varierende ut ifra barnets alder. Hovedpunktene for anbefalt oppfølging er i hovedsak like, men innholdet er noe varierende. Helsedirektoratet (2019b) beskriver igjennom helsestasjonsprogrammet 0-5 år når, hva og hvordan helsestasjonskontrollene skal gjennomføres. Helsestasjonsprogrammet 0-5 år lister opp blant annet temaene samspill, søvn, ernæring, foreldrenes trivsel og helse, vaksiner, helseundersøkelser i forhold til generell helse, utvikling, mål av vekt, lengde og hodeomkrets, syn og hørsel. Den angir også hvorvidt kontrollene skal gjennomføres av helsesykepleier, lege eller fysioterapeut. Fra hjemreise fra sykehuset og frem til barnet er 2 år anbefales det totalt 14 kontroller av barnet, hvor av den første ofte er i form av hjemmebesøk av jordmor (Helsedirektoratet, 2019b).

4.1 Normalitet og kontroll

Allerede fra man blir gravid følges barnet opp med kontroller på helsestasjonen, og ved sykehuset. Det måles og estimeres både lengde og vekt ved ultralyd. Samtidig ses det også etter sykdommer, og eventuelle avvik hos fosteret (Norsk helseinformatikk, 2019b). Etter fødsel og hjemreise fra sykehuset følges barn og familien opp av helsesykepleier og helsestasjonen frem til barnet er 5 år (Helsedirektoratet, 2020a). Helsestasjonens arbeid handler i stor grad om å oppdage avvik og skape normalitet (Neumann, 2009, s. 216).

4.2 Hva kontrolleres på helsestasjonen?

For å få en dypere innsikt i hvordan kontrollene på helsestasjonen og av helsesykepleier skal utføres, ser jeg her nærmere på de ulike temaene som skal gjennomgås, samt hva som gjennomføres på en kontroll hos helsesykepleier. Kontrollen deles inn hovedkategoriene foreldreveiledning/helseopplysning, helseundersøkelser og vaksiner. Under foreldreveiledning/helseopplysning finner man temaer som amming, D-vitamin, tannpuss, samspill, lek, miljø og sikkerhet og foreldrenes trivsel og sikkerhet (Helsedirektoratet, 2019b). Under helseundersøkelser og vaksiner finner man blant

annet måling av barnets fysiske mål, vaksiner, barnets helse, syn og hørsel, samt observasjon av psykomotorisk utvikling, og observasjoner knyttet til blant annet vold og omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2019b).

De konsultasjonene som innebærer kontroll av lege, ser ut til å være utvidete undersøkelser. I tillegg til at lege ser på mange av de samme tingene som helsesykepleier som språk, fysisk og psykisk utvikling, gjennomgås det også flere temaer. Lege ser etter tegn på fysisk avvik og utfordringer. Dette kan være barnets hud og sirkulasjon, lytte på hjerte, lytte på luftveier, kontrollere hodets utvikling med blant annet form, sømmer og fontaneller, ekstremiteter og rygg (Helsedirektoratet, 2019b)

Hode, lengde og vekt

Når det måles hodeomkrets, barnets lengde eller høyde og vekt benyttes ofte begrepet vekstkurve og percentil. Når måling av hodeomkrets, lengde og vekt er foretatt føres målingene inn i et vekstkurveskjema og eller percentilskjema for å se på utviklingen og kurven til barnet. Disse skjemaene sier noe om hvor barnet ligger i vekst i forhold til en nasjonal referanse. Dette gjør at man får en indikasjon på hvordan barnet ligger i forhold til gjennomsnittet (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 110-111). Måling av vekst gjøres blant annet for å oppdage sykdom og alvorlige forhold i familien (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 108).

4.3 Praktisk gjennomføring av kontroll ved helsestasjon

Hvordan selve kontrollen gjennomføres er nok varierende ut ifra helsestasjonen. Egen erfaring fra kontroller ved min lokale helsestasjon, at man starter avtalen med at helsesykepleier eller lege hjelper til med de fysiske målene. Det måles da lengden, vekt og hodeomkrets. Disse målingene benyttes ofte innledningsvis, både i samtale med helsesykepleier og lege. Målene fylles videre inn i barnets journal, og det vurderes hvordan barnet ligger på vekstkurven. Deretter følger en samtale med helsesykepleier, hvor helsesykepleier observerer barn, foreldre og deres samspill, barnets fysiske og psykiske utvikling, og hvor foreldrene har mulighet til å stille spørsmål om ting de lurer på. «Utgangspunktet for hver konsultasjon skal alltid være barnets og familiens behov,

helse, utvikling og livskår» (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 26). Her må helsesykepleier underveis som hun kommuniserer med foreldre og barn tilpasse informasjonene til hva det oppleves at barn og familien har behov for. Ut ifra denne informasjonen er det viktig at helsesykepleier finner ut hvilke bekymringer foreldrene har, og tar tak i disse (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 26). Hvor mange barn med familier helsesykepleier følger opp er varierende, og det finnes ingen fastsatt begrensning for hvor mange en helsesykepleier kan følge opp samtidig (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 56)

5 Teori

I dette kapitlet presenterer jeg først den strukturelle teorien. Herav først Foucault og hans begreper om makt, samt hvordan hans begreper om makt kan illustreres ved bruk av hans begreper om panoptisk disiplinering og biomakt. Videre presenteres teori om velferdsstaten og velferdsstatens påvirkning av makt i samfunnet. Deretter presenterer jeg Sennetts teori om intimitetstyranniet. Så har jeg presentert den relasjonelle delen av teorien, her under Goffmann og hans teori om hvordan vi samhandler, samt hans teatraliske verden. Til slutt vil jeg avslutte kapitlet med tilknytning og tilknytningens påvirkning.

5.1 Michel Foucault

Michel Foucault sine tanker og teorier har spilt en stor rolle i sosiologien, selv om han selv ikke var sosiolog (Aakvaag, 2008). På tross av at han selv ikke ønsket å bli plassert i noe kategori, blir han av Aakvaag (2008), plassert i kategorien postmodernist og poststrukturalist. Foucault brukte store deler av tiden sin på å se hvordan samfunnet, og mennesket utviklet seg i den moderne tid (Aakvaag, 2008). Han studerte tidligere samfunn, disse var ofte små og tette hvor det var utfordrende og skjule ting, og det ble en viss form for kontroll innad i samfunnet. I takt med utviklingen av samfunnet med økt befolkning og økt industrialisering mente han det oppsto et behov for mer kontroll av samfunnet (Aakvaag, 2008, s. 313-314). Ifølge Aakvaag (2008, s. 303) mente Foucault, i motsetning til andre, at utviklingen i den moderne verden førte til «*mindre frihet og mer makt*»

5.1.1 Makt

Man kan se makt på ulike måter. Mange assosierer nok begrepet makt med den makten som er fysisk og synlig, som for eksempel tvang og makt innen psykisk helse. Ser vi nærmere på dagens samfunn kan man si at det også foregår makt på et annet plan enn den fysiske makten. Makt har igjennom tidene blitt beskrevet på ulike måter. Mest kjent er kanskje Robert A Dahl sin beskrivelse «A har makt over B i den grad A får B til å gjøre noe han/hun ellers ikke ville gjort» (Engelstad, 2019). Marx Weber omformulerte begrepet makt og mente at «Makt betegner enhver sjanse til å gjennomføre sin vilje

innenfor en sosial relasjon, også på tross av motstand, uansett hva denne sjansen beror på» (Engelstad, 2019). Ut ifra dette anser jeg makt som det å være hevet over den andre, at den med makt da har «kontrollen» over den andre.

Foucault anser makt som komplekst og beskriver det som «Den er navnet man setter på en kompleks strategisk situasjon i et gitt samfunn» (Foucault, 1999b, s. 104).

Foucault hevder altså at makt er komplekst, samtidig som makt er til stede i enhver situasjon slik at «makten er over alt» (Foucault, 1999b, s. 104). Samtidig hevder han også at «Med makt tror jeg man først og fremst må forstå mangfoldet av de styrkeforholdene som er immanente i det feltet hvor de utøves og som er konstitutive for deres organisering» (Foucault, 1999b, s. 103). Sett i sammenheng med helsestasjon, kan helsestasjonens sammensatte oppbygging med en positiv hensikt, føre til en legitim bruk av helsestasjonen, samtidig som den er en maktutøvende instans. Denne makten kan også ses i form av hvordan helsesykepleier får informasjon om vekt og målinger, utvikling og observasjon, samt samtale med omsorgspersonen. Makt kan også ses når noen har krav på å få informasjon ifra en person, uten at denne kan kreve det tilbake (Engelstad, 2019). Som for eksempel kan man da si at helseykepleieren har en type makt i og med at helsesykepleier får informasjon, uten at motpart får ha kontroll og får stille tilsvarende spørsmål tilbake til helsesykepleier.

For å sette makt i system tar Foucault for seg to ulike begreper for makt, panoptisk disiplinering og biomakt (Foucault, 1999b, s. 152-153). Panoptisk disiplinering omhandler kroppen, og hvordan kroppen fungerer og samspiller med samfunnet og rammene rundt (Foucault, 1999a, s. 126). Biomakt handler om hvordan man kan styre nasjonen (Foucault, 1999b, s. 152-154).

5.1.2 Panoptisk disiplinering

Så hvordan kommer denne formen for makt frem i dagens Norge?

Foucault ble inspirert av Bentham's Panopticon, som tok for seg en forklaring av makt med benyttelse av fengselsperspektivet. I dette perspektivet er fangevokteren i midten i et tårn med oversikt og kan se hva fangene rundt gjør, til enhver tid (Foucault, 1999a, s. 179-181). Fangene oppførte seg med utgangspunkt i at de blir overvåket til enhver tid,

selv om de ikke kan se når fangevokteren ser på dem eller ikke. Ut ifra Benthams teori så Foucault på hvordan panoptisk disiplinering foregår i det vestlige samfunnet, og så blant annet på institusjoner i samfunnet som panoptiske. Altså kan institusjoner ha som hensikt å endre eller gi en viss type oppførsel, ettersom hva som er ønsket (Foucault, 1999a, s. 183). Slik jeg forstår det kan man se panoptisk disiplinering i sammenheng med kontrollene som utføres ved helsestasjon og hos helsesykepleier. Ser man kontrollene ved helsestasjonen i sammenheng med teorien om panoptikon, kan man se på helsesykepleieren som «fangevokteren», som skal ha oversikt og kontroll. Hvor foreldrene kan oppføre seg etter hva de oppfatter som ønsket oppførsel slik teorien om panoptikon beskriver. Barnet følges opp med faste kontroller, med faste tidsintervaller, helsesykepleier vurderer hele tiden foreldre og barn både individuelt og sammen. Barnet måles, veies og vurderes ut ifra utvikling og dette legges så i system. Ved hjelp av disse kontrollene kommer det frem og skapes kunnskap om individene. Ser man videre på Foucault sin panoptiske disiplinering fører disiplinering til at kroppen føyes, slik at nytteverdien av individet øker i samfunnet, slik at de økonomiske ressursene økes (Foucault, 1999a, s. 126-127). Ved bruk av denne disiplinen formes mennesker, og folkehelsearbeidet bidrar til at barn har en nytteverdi i samfunnet.

Foucault sammenligner også moderne makt, med tidligere makt, hvor de som hadde makt satt med makten over liv og død. I det moderne samfunn er «makt noe som positivt utøves over livet, som påtar seg å forvalte det, forsøke det, mangfoldiggjøre det og foreta nøyaktige kontroller og samordnende reguleringer av det» (Foucault 1999b: 149 i Aakvaag, 2008, s. 318). På en annen side påpeker også Foucault hvordan mennesker er mindre frie, etter hvor mer makt forekommer (Aakvaag, 2008, s. 303).

Videre kan vi se hvordan informasjon samlet ved panoptisk disiplinering kan benyttes i Foucault sin andre inndeling av moderne makt, biomakt (Aakvaag, 2008, s. 317-318).

5.1.3 Biomakt

Foucaults begrep om biomakt ligger steget høyere i samfunnet enn hans begrep om panoptisk disiplinering. Den panoptiske disiplineringen kan ses som lokale disiplinære

tiltak, mens biomakt omhandler hvordan man kan styre nasjonen (Foucault, 1999b, s. 152-154). Allerede på 1700-tallet kan man se at staten var inne for å regulere både levekår og fordeling av midler i samfunnet. Og på 1800-tallet var disiplinering og biomakt slått sammen i en maktordning (Foucault, 1999b, s. 153).

«Biomakt kan derfor defineres som den moderne statens regulering av den befolkningen som befinner seg på dens territorium» (Aakvaag, 2008, s. 18). Det er i biomakten informasjonen som er samlet inn ved hjelp av overvåkning og panoptisk disiplinering benyttes (Aakvaag, 2008, s. 318). Ser man helsestasjonen i lys av Foucault begreper om makt kan man se hvordan den panoptiske disiplineringen gjør det mulig med innsamling av informasjon ved helsestasjonen. Staten som en biomakt kan deretter bruke denne informasjonen til å utarbeide blant annet helsefremmende og forebyggende tiltak, samt ha en oversikt over hvordan det står til med folkehelsen i befolkningen. Samtidig kan også innsamlingen av denne informasjonen skape mer makt basert på kunnskap om samfunnet (Hammer, 2017, s. 133). Tiltak blir skreddersydd og det skaper et potensiale for å opprette nye tjenester og instanser for makt, og nye tjenester innenfor eksisterende instanser.

5.1.4 Velferdsstaten

Norge ses på som en velferdsstat, og ligger i en egen klasse i forhold til hvordan hver enkelt borger blir ivaretatt i samfunnet (Vike, 2004, s. 11). I en velferdsstat omfordeles kreftene i markedet og bidrar til jevn fordeling av markedet (Halvorsen, 1996, s. 24), altså at flest mulig bidrar inn til samfunnet med arbeid, slik at flest mulig kan bli forsørget best mulig (Halvorsen, 1996, s. 19). Slik jeg forstår Vike (2004), kan helsestasjonen i Norge ses som en institusjon som er et resultat av velferdsstaten. Staten pålegger kommunen hvilke oppgaver de har, og hva de skal følge opp. Det er utarbeidet retningslinjer for hva man skal følge opp og hvordan, men det er kommunens oppgave og se til at dette følges (Vike, 2004).

Slik Hammer (2017, s. 135) forklarer har utviklingen av velferdsstaten vokst frem samtidig som samspillet mellom makt og viten. Ser man velferd i sammenheng med biomakt, kan det se ut til at velferdsstaten er en form for biomakt, da biomakt styres på

nasjonalt nivå (Foucault, 1999b). Hvor blant annet samfunnet kontrolleres og reguleres med lover og forskrifter.

Dette fører da til at staten får oversikt over hvordan det står til i samfunnet og lager tiltak og veiledere i forhold til dette. Som for eksempel at staten da får en oversikt over helsetilstanden til barna i Norge da omtrentlig alle føles opp ved helsestasjonen.

5.2 Intimitetstyranniet

For å forstå utfordringer i samspillet og relasjonen mellom helsesykepleier og mødre, har jeg sett på Sennets intimitetstyranni. Sennett (1992) peker på at hvordan vi er intime i dagens samfunn kan ses som et tyranni, et intimitetstyranni. Med intimitetstyranni mener han ikke tyranni i form for direkte makt eller tvang, men at vi styres på bakgrunn av følelsene våre, til å følge en autoritet. Hvor tyranniet er et samfunn uten offentlig liv. Altså hvor det private også er offentlig, og utgjør en belastning for mennesker (Sennett, 1992).

For å se nærmere på hvordan denne utviklingen har foregått kan vi se på hvordan vi har gått fra å ha samfunn som skiller det offentlige og det private liv, til dagens samfunn, hvor vi er private også i det offentlige. Som et eksempel kan man se helsestasjonen som en offentlig instans, hvor det forventes at mødre deler sine private tanker og følelser. Vi har blitt opptatt av at alt vi gjør og foretar oss skal være personlig og ha en personlig mening. Tidligere var for eksempel politikk avhengig av de politiske standpunktene og handlekraften velgerne så lå hos en politiker og partiet. I dagens samfunn søker vi derimot en mening med alt. Alt skal ha en personlig mening og når det stemmes ved et valg, baserer dette også seg på personligheten, og ikke nødvendigvis hvor god politikeren og partiet er til å følge partiets verdier (Sennett, 1992).

Sennett hevder at vi i dagens samfunn hvor alt skal være personlig gjør oss usivilisert. I følge Sennett (1992, s. 14), handler det å være sivilisert om hvordan man tar på seg masker, og spiller en opptreden innenfor en klasse hvor man hverken er til bry eller tynger andre. Det skapes felleskap, og samtidig distanse. Å være usivilisert er derimot der hvor man bryr andre med egen personlighet. Dette gjør at han mener det moderne

samfunn består av en usivilisert væremåte. Sennett (1992, s. 15-17) delte den usiviliserte væremåten inn i to plan. Det ene planet handler om det å være usivilisert i politikken, hvor politikken styres av følelser. Det andre planet handler om hvordan grupperinger i samfunnet ikke springer ut av klassesamfunnet, men av nå mindre grupperinger som for eksempel en etnisitet.

Maskene som tidligere ble benyttet når man omgikk de utenfor sin indre krets er mer blitt visket ut og vi spiller ikke på samme måte som tidligere. Ser man dette i sammenheng med helsestasjonen kan man se at man i dag skal fortelle mye til helsesykepleier. Man skal ikke lengre ha en distanse, men være personlig og privat ovenfor et menneske man ellers ikke har noe tilknytning til. Ifølge Sennett ville dette vært usivilisert oppførsel.

I dagens samfunn er også personlighet noe som spiller en sterk rolle. Når personlighet utvikles i et intimt samfunn krever det forventning eller erfaring av «tillit, varme og trøst» (Sennett, 1992, s. 7). Denne personligheten kan være utfordrende i dagens samfunn da Sennett (1992, s. 140), hevder at på grunn av plassen personlighet og personlig mening har fått i samfunnet har dette ført til individualitet, ustabilitet og selvopptatthet. Noe som førte til behovet for sosial mening, for å skape denne personligheten (Sennett, 1992, s. 141). Denne utviklingen av personlighet og personlig mening i samfunnet kan også knyttes opp til makt, og hvordan vi forstår maktrelasjoner i samfunnet. Som beskrevet tidligere kan helsestasjonen ses som en institusjon for makt. Ser vi denne makten i lys av Sennetts teori om intimitetstyranni, kan det se ut til at det personlige forholdet maktinstansen helsestasjonen er med å skape, bidra i å overskygge det faktum at de i prinsippet utøver en makt og gjør at vi godtar disse maktforholdene (Sennett, 1992, s. 142).

5.3 Erving Goffman

Erving Goffman var sosiolog og samfunnsforsker (1922-1982). Han var opptatt av de rollene man inntar i ulike situasjoner og hvordan man samhandler ut ifra disse (Tjora, 2018). I følge Tjora (2018) var Goffman mest kjent for sin teori om rollene vi spiller hvor Goffman benytter begrepene frontstage og backstage. Dette handler om rollene vi

spiller i åpent fremfor andre, og de vi skjuler. Innenfor disse rollene vi spiller var Goffman opptatt av hvordan vi opptrer sammen med andre og omtalte dette som en samhandlingsorden (Aakvaag, 2008).

5.3.1 Samhandlingsorden

Goffman sitt begrep om samhandlingsorden handlet om ansikt-til-ansikt samhandling med andre (Aakvaag, 2008, s. 72). I følge Aakvaag (2008, s. 72-73) delte Goffman samhandlingsordenen inn i tre ulike faser:

- Første fase - fasen hvor man oppretter kontakt. I denne fasen mottar man enten kontakt fra en annen part, eller den andre parten unnviker kontakt
- Andre fase – Dette er fasen hvor det gjennomføres en kommunikasjon
- Tredje og siste fase – fasen hvor man avslutter samhandlingen

Hvordan vi samhandler med noen foregår innenfor gitte rammer. Hvordan vi samhandler avhenger av hvilke rammer vi handler innenfor (Goffman, 1992, s. 197). Goffman sin teori om rammer handler om at alle sosiale settinger foregår innenfor ulike rammer. Innenfor disse rammene opptrer vi ulikt på bakgrunn av en felles forståelse for hvordan man opptrer i ulike sosiale settinger (Goffman, 1992, s. 197). Ser man nærmere på Goffman sitt begrep om rammer, kan man se at samhandlingsordenen foregår i ulike type rammer. Når jeg ser på Goffman sitt begrep om samhandlingsorden og rammer i lys av helsestasjonen, kan man se helsestasjonen som en sosial setting, og som en type ramme. Allerede i det man kommer inn døren ved helsestasjonen, finnes det en type ramme for hvordan det forventes av man opptrer. Her er det vanlig at helsesykepleier henter mor og barn på venterommet, og oppretter kontakt ved navneopprop. Videre foregår gjennomføringsfasen gjennom timen hos helsesykepleier, og påvirkes av situasjonen. Hvordan samhandlingen ved helsestasjonen foregår avhenger av rammene man har forståelse for at finnes innenfor helsestasjonen som sosial setting. Dette er rammer både i forhold til hvordan mor ter seg i møte med helsestasjonen, og hvordan helsesykepleier ter seg i møtet med mor.

Ser man møtet med helsestasjonen og helsesykepleier som ramme, er det mange forhold utenfor det aktuelle møtet som påvirker situasjonen. Blant annet hvordan erfaring mødrene har med helsestasjonen fra tidligere, hvorvidt de er kjent med hvordan ting normalt gjennomføres ved en kontroll, om de har møtt og kjenner til helsesykepleier fra tidligere, og om de vet hva helsesykepleiers arbeidsområde er. Andre forhold som kan påvirke situasjonen er helsesykepleiers oppfattelse av mødrene, og av barnet. Eventuelle bekymringer helsesykepleier har for mor og barn er også med på å påvirke denne samhandlingen (Goffman, 1992, s. 11).

5.3.2 Goffmans teatraliske verden

«Verden er selvsagt ikke et teater, men det er ikke så lett å påpeke nøyaktig hvilke måter den ikke er det» (Goffman, 1992, s. 65)

Goffman forklarte hvordan man kunne sammenligne samspillet som foregår, ved å benytte seg av handlinger som foregår i forbindelse med en teaterscene. Her blir all aktivitet individer foretar seg sammen i en bestemt situasjon bedømt, og alle spiller ulike roller i samspill med andre (Goffman, 1992). Rollen vi spiller i samspill kan altså ses som en opptreden og handler om det inntrykket man ønsker å skape innenfor den aktuelle rammen (Goffman, 1992, s. 24). En slik opptreden kan være både kynisk og oppriktig. Dette ved at en opptreden kan benyttes kynisk og å da manipulere situasjonen for å få noe ønsket ut av den. Samtidig påpeker Goffman (1992, s. 27) at det er naturlig at opptredener svinger mellom kynisk og oppriktig.

Frontstage og backstage

For å forstå disse rollene man spiller i ulike situasjoner, og å forstå hvordan samfunnslivet fungerer benyttet Goffman begrepene frontstage og backstage (Aakvaag, 2008, s. 75). For å forklare begrepene frontstage og backstage knyttet han de opp til hvordan skuespillere spiller ulikt i ulike situasjoner. Han benyttet også denne forklaringen for å forklare hvordan vi mennesker også spiller ulikt, i ulike situasjoner (Goffman, 1992). Vi spiller våre roller foran, i eller bak kulissene (Goffman, 1992, s. 27-28), altså front eller backstage. I samhandling med andre spiller vi altså ulike roller. Hvordan vi spiller disse rollene avhenger av hvordan vi ønsker å fremstå, og hva vi

ønsker å oppnå av situasjonen. Disse rollene utspiller seg altså i samhandling med andre og kan forklares med begrepet Frontstage. Her kan man se møtet med helsestasjonen som en frontstage situasjon, hvor både mor og helsesykepleier spiller hver sin rolle. Og opptrer slik de ønsker å fremstå. Mor kan spille sin rolle med å oppføre seg etter forventinger til en mor, som for eksempel fremstå som aktiv i barnets liv. Samtidig som helsesykepleier her spiller sin rolle, og mulig opptrer profesjonelt, slik som forventes og spiller sin rolle i forhold til situasjonen. Backstage omhandler hvordan man spiller når man ikke er i en observasjons situasjon (Aakvaag, 2008, s. 75). Som for mødrene kan være før de ankommer helsestasjonene, hvor de muligens ser for seg hva helsesykepleier ser etter, og forventer av henne som mor. Og det for helsesykepleieren kan omhandle tiden hvor han eller hun er alene på kontoret, mellom kontrollene.

Når en handling er frontstage fremstår man med en fasade. Begrepet fasade benytter Goffman på midler man bruker for å uttrykke seg (Goffman, 1992, s. 27). Han delte begrepet fasade inn i kulisser, som omhandler noe som ofte har fast plass, som blant annet møbler og innredning (Goffman, 1992, s. 28). Og i *Personlig fasade* som er måten man ter seg på, men også hvordan man benytter blant annet språk og utseende som for eksempel klær for å skape en fasade (Goffman, 1992, s. 29). Videre delte han den personlige fasaden i to grener; det ytre og manerer. Det ytre omhandler hvilken fremtoning man har med de man samhandler med. Hvilke manerer er de påvirkningene man bruker i sin rolle for å vise rollen man påtar seg. Om man for eksempel opptrer ydmykt, aggressivt eller tilfredsstilt (Goffman, 1992, s. 29).

Samtidig påpeker Goffman (1992, s. 30) at det er en forventning ovenfor at både kulisser, ytre og manerer harmonerer med hverandre, ellers kan det oppstå konflikter i «skuespillet». Ved kontroller på helsestasjonen kan helsestasjonen og deres lokaler ses som kulisser. Etersom det er barnet i følge med for eksempel mor som kommer til en kontrolltime, anser jeg det naturlig å se mor og barn som parten som blir observert. Mor følges opp av helsesykepleier, og kontoret kan ses som kulissen «skuespillet» utføres i. Her kan mor spille en rolle ved å benytte en personlig fasade. Som for eksempel ved å benytte klær for å fremstå på en ønsket måte. Samtidig kan også mor regulere oppførsel etter hvilke manerer og fremtoning hun ønsker å fremstå med. Ser

man på hva Goffman påpeker om harmoni i forhold til kulisser, ytre og manerer, kan det skape en mulighet for helsesykepleier å se igjennom dette skuespillet om det oppstår konflikt i disse handlingene. Det finnes også en sosial fasade, denne fasaden kan speile helsesykepleierens oppførsel. Ettersom man har en forventning til hvordan en helsesykepleier oppfører seg og ter seg når man møter de i profesjonell rolle. Det dannes da en forventning til at denne fasaden skal spilles på en bestemt måte, etter hva publikum forventer (Goffman, 1992, s. 31).

Skal man kunne styre hvilket inntrykk man gir og at det gir mening for andre er det viktig at oppførselen i samhandlingen samsvarer (Goffman, 1992, s. 34). For eksempel når helsesykepleier vurderer samspillet mor og barn her, kan helsesykepleier stille spørsmåls tegn ved mors opptreden, om mor for eksempel gir uttrykk for at de svært sjeldent benytter mobiltelefon rundt barnet, samtidig som mor stadig tar frem mobilen under kontrollen. Dette kan vise at inntrykket man gir ikke samsvarer med oppførselen under samhandlingen mellom helsestasjon og mor. Samtidig er det også mulig å benytte sin opptreden til å fremstå ideelt (Goffman, 1992, s. 37). Dette kan beskrives som at en mor som besøker helsestasjonen gir helsesykepleier inntrykket av at spisesituasjonen til barnet er ideelt ved å tilpasse seg de forventingene og normene som finnes i samfunnet. Dette kan også være vanskelig for helsesykepleier å oppdage om fasaden harmonerer. Da er det normalt å ha tro på forestillingen som foregår (Goffman, 1992, s. 47). Samtidig som hvis helsesykepleier er skeptisk til morens spill kan helsesykepleier lett oppdage små ting som kan oppleves som fravikende til opptreden og mistenke at opptredenen er falsk (Goffman, 1992, s. 49). «Som medlemmer av et publikum er det bare naturlig at vi føler at det inntrykk eller den opptredende søker å gi, kan være ekte eller falskt, sant eller løgnaktig» (Goffman, 1992, s. 55). Altså kan man ha en opptreden som ikke samsvarer med den reelle situasjonen. Dette kan være bedrag og svindel, men også være ekte eller uekte inntrykk. Ekte opptredener er opptredener som ikke er et spill, men en «ekte» reaksjon i en situasjon, mens en uekte opptreden er falsk og bygget opp av løgner (Goffman, 1992, s. 64). På en annen side skriver også Goffman at «De inntrykkene som gis i dagligdagse sammenhenger, består av motstridende faktorer» (Goffman, 1992, s. 61). Så det er også vanlig med motstridende faktorer i det såkalte skuespillet.

5.4 Tilknytning

Dagens tilknytningsteori baserer seg i hovedsak på forskningen Bowlby kom med på siste del av 1960 tallet (Gulbrandsen, 2017, s. 139). Tilknytningsteori tar i hovedsak for seg tilknytningen til barnets omsorgsperson og handler om det båndet som skapes mellom barn og omsorgsperson (Gulbrandsen, 2017, s. 141; Holme et al., 2016, s. 64). Bowlby fokuserte på hvordan barn påvirkes i tilfeller hvor denne relasjonen mellom barn og omsorgspersoner ikke forekom. Bowlby var også opptatt av hvilke negative konsekvenser brudd i mor-barn-relasjonen hadde (Broberg, Granqvist, Ivarsson, Mothander & Thornye, 2008, s. 35).

I arbeidet med tilknytning ble Mary Ainsworth ansatt hos Bowlby. Ainsworths fokus lå på hvordan samspillet og tilknytningen påvirket barnets utvikling (Broberg et al., 2008, s. 44). Ettersom dette fokuset var så annerledes enn Bowlby sitt fokus, ga samarbeidet mulighet for forskning på et bredere felt. Ainsworth var opptatt av betydningen den tidlige utviklingen av en relasjon hadde, sett i sammenheng med hvordan barnet i toårs alderen hadde mor som en trygg base. Innenfor tilknytning finnes det tilknytningsatferd, som omhandler de reaksjonene barnet møter, og hvordan den fysiske kontakten opprettholdes. Tilknytningssystem forklares med hvordan ulik tilknytningsatferd bidrar til at barn under trygge omgivelser kan utforske. Tilknytning brukes om den nærheten barnet har knyttet til sin omsorgsperson ved at den søker denne ved usikkerhet (Broberg et al., 2008, s. 49).

Tilknytningens utvikling kan deles inn etter barnets alder. Innenfor tilknytning er det normalt å dele disse i fra fødsel til 12 uker, fra 12 uker til 6 måneder, fra 6 måneder til 12 måneder og fra 12 måneder. Samtidig er det også individuelle forskjeller på når tilknytning foregår, i henhold til alder (Holme et al., 2016, s. 64). I alderen fra fødsel til 12 uker retter barnet fokus mot omsorgspersonen og bruker lyder for å signalisere sine behov. I alderen 12 uker til 6 måneder foretrekker barnet vanligvis én omsorgsperson som det søker trøst fra. Fra 6 måneder til 12 måneder, er det vanlig med en helt tydelig favoritt av omsorgspersonene. Ved 12 måneders alderen har de fleste barn utviklet en tilknytning basert på å bli sett og bli ivaretatt eller ikke. Barn som ikke opplever denne ivaretakelsen kan sitte med følelsen av å ikke kunne stole på miljøet rundt seg, slik som

et barn som har opplevd ivaretagelse sitter med følelsen av å bli elsket (Holme et al., 2016, s. 64). Altså har barnet utviklet en trygg, eller utrygg tilknytning.

5.4.1 Tilknytningsmønstre

Hvilken tilknytning et barn har til sin mor eller omsorgsperson kan forklares som trygg utrygg tilknytning. Når et barn søker sin omsorgsperson og opplever å motta trygghet og den beskyttelsen det har behov for, kan tilknytningen sies å være trygg. Og motsatt, altså hvor et barn ikke opplever denne tryggheten når den søker sin omsorgsperson vil tilknytningen være utrygg (Broberg et al., 2008, s. 50). Begrepene trygg base og sikker havn er benyttet for å beskrive tilknytningsmønstre. *Trygg base* handler om hvordan barnet tørr å utforske, og *trygg havn* når barnet har behov for å komme tilbake for å få trygghet (Broberg et al., 2008, s. 195). Denne tryggheten i tilknytningen skapes ved at barnet opplever mor eller omsorgspersonen som tilgjengelig, og at de klarer å gi barnet den reaksjonen barnet har behov for når barnet trenger den (Broberg et al., 2008, s. 196). Når tilknytningen er utrygg, opplever ikke barnet å motta den responsen det har behov for. Utrygg tilknytning kan deles inn i to deler. *Utrygg-unnvikende* hvor barnet avviser mors kontakt, som kan komme av tidligere manglende respons i tilknytningen. Og *utrygg-ambivalent* tilknytning hvor barnet reagerer sterkt når mor forlater rommet, og fortsetter med denne reaksjonen etter at mor er kommet tilbake. Denne reaksjonen kan være forårsaket av varierende tilbakemelding på barnets følelser og behov. Barnet får bare de følelsesmessige tilbakemeldingen det har behov for usystematisk og ofte bare når mor selv har et behov (Wennerberg, 2011, s. 56). Barnets tilknytningsmønster sier altså at «det er nettopp relasjonen til en primær tilknytningsperson som skaper den grunntilliten hos barnet som ved ett års alder kan observeres i barnets atferd i fremmedsituasjonen» (Wennerberg, 2011, s. 51). Slik man kan se ovenfor reagerer barn ulikt, og dette på grunn av tilknytningen barnet har til sine omsorgspersoner. Barn som har opplevd en trygg tilknytning vil ved 12 måneders alder «ha utviklet indre forestillinger som seg selv som elsket og verdifull» (Holme et al., 2016, s. 64), og barn som har en utrygg tilknytning vil ha vanskelig for å ha tillitt (Holme et al., 2016, s. 64).

Samtidig er det viktig å være klar over at disse indre forestillingene kan påvirkes videre igjennom oppveksten og endres hele livet (Holme et al., 2016, s. 65).

5.4.2 Konsekvenser og årsaker til forstyrret tilknytning

Tilknytning til mor er ifølge Bowlby svært viktig for både utviklingen av psykisk helse, og personlighetsutviklingen hos barnet (Broberg et al., 2008, s. 37). Mangler denne tilknytningen kan det også ifølge UiT Norges arktiske universitet (2014) ha negative konsekvenser for barnets utvikling. En av faktorene som kan påvirke tilknytningen er blant annet fødselsdepresjon og generelle depresjoner hos mor. Mødre med fødselsdepresjoner kan agere annerledes ovenfor barnet sitt, og man kan se at de ofte har problemer med å både gi barnet nødvendig oppmerksomhet og å tolke barnets signaler (UiT Norges arktiske universitet, 2014).

Depresjon

Det er gjentatte ganger dokumentert risikoen for barnet å utvikle adferds-, emosjonelle og utviklingsproblemer ved depresjon hos mor etter fødsel (Slinning, Holme & Valla, 2012). UiT Norges arktiske universitet (2014) påpeker også at mødre som sliter med fødselsdepresjoner, har en tendens til å ha utfordringer med å skape en tilknytning til barnet sitt. Fødselsdepresjoner kan også skape utfordringer i samspillet mellom mor og barn, som kan resultere i både emosjonelle- og adferdsvansker hos barnet. Depresjon hos mor kan føre til negative konsekvenser helt frem til barnet er 5 år, ved at det kan være uheldig for barnets utvikling i form av både adferds og følelsesmessige utfordringer (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 245). Noe av risikoen for å utvikle fødselsdepresjon kan også finnes i mors tidligere psykiske helse, nettverk, samt risikoen for å utvikle en depresjon fra tidligere (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 244-246).

5.4.3 Trygghetssirkelen

Trygghetssirkelen (COS – P, Circle of security Parenting) er benyttet ved Norske helsestasjoner siden 2010 (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 273). Hensikten med trygghetssirkelen er «å fremme mentalisering av barnet, lære foreldre hva barn trenger for å utvikle trygg tilknytning og å hjelpe foreldre til å bli klar over egne utfordringer når det gjelder å imøtekomme barnets tilknytningsbehov» (Brandtzæg, Torsteinson &

Øiestad, 2003 i Misvær & Lagerløv, 2018, s. 273). For å visualisere trygghetssirkelen er det laget en sirkel som viser «hvordan barnet trenger omsorgspersonen som trygg base for utforskning og som sikker havn ved behov for trøst og hjelp med vanskelige følelser» (Holme et al., 2016, s. 463). Trygghetssirkelen er dermed bygget på tilknytningsteori, om hvordan barn trenger en trygg tilknytning til sine omsorgspersoner for å skape en trygghet.

Trygghetssirkelen er delt inn i en øvre del med trygg base, og en nedre del med trygg havn. I den øverste delen har barnet behov for støtte og oppmuntring i deres utforskning av omgivelsene etter hvor de er i utviklingen. I den nederste delen har barnet behov for å bli møtt når de har behov for det, og motta den responsen de har behov for i form av beskyttelse, trøst, glede og hjelp til å sortere følelsene sine (Holme et al., 2016, s. 70). Samtidig sier den «Alltid: Vær større, sterkere, klokere og god. Når det er mulig: Følg barnets behov. Når det er nødvendig: Ta ledelsen (Holme et al., 2016, s. 69). Når barn har opplevd en trygg tilknytning og har utviklet trygge indre modeller kan man se at barna opplever den tryggheten trygghetssirkelen fremmer (Holme et al., 2016, s. 69). Ved oppfølging ved helsestasjonen kan helseesykepleier benytte møtet til å observere barnets og foreldrenes reaksjon, og se denne i sammenheng med trygghetssirkelen. Barna som har hatt en trygg tilknytning kan utforske og få støtte til dette, og samtidig bli møtt både når barnet har behov for det, og på en hensiktsmessig måte for barnet, slik trygghetssirkelen forklarer. De med utrygg unnvikende tilknytning vil i hovedsak unngå den følelsesmessige delen av sirkelen, og dermed holde seg til den utforskede delen. Hos de som har en tilknytning som er utrygg-ambivalent ser det ut til at de ønsker å holde seg i trygg havn delen av sirkelen, da omgivelsene føles usikre å utforske. Her oppleves utforskningen utrygg ofte for både omsorgsperson og barn (Holme et al., 2016, s. 70). Barn kan også ha en *desorganisert* tilknytning. Her lever barnet i frykt for omsorgspersonene og vet ikke hvordan de kan nå inn til dem. Barn med desorganisert tilknytning kan forveksles med barn med trygg tilknytning, da barnet kan ta med omsorgspersonen i leken og samhandlingen, men dette for å sikre tilstedeværelsen deres, og ikke fordi de er en nær omsorgsperson. Så selv om helseesykepleier ofte kan observere tilknytningen, kan særlig desorganisert tilknytning være utfordrende å få øye på (Holme et al., 2016, s. 71).

5.4.4 Tilknytning på helsestasjonen

Noen av målene til helsestasjonen er at «foreldre opplever mestring i foreldrerollen, å bidra til godt samspill mellom foreldre og barn, å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn» (Helsedirektoratet, 2020a). En av måtene helsesykepleier skal kunne bidra til å støtte under foreldrene på disse områdene kan være å observere relasjonen mellom omsorgspersonen og barnet. Denne observasjonen er viktig om helsesykepleier skal veilede foreldre ut ifra deres utfordringer, og for å kunne henvise til aktuelle fagpersoner dersom tilknytningen fremstår som utrygg (Holme et al., 2016, s. 73). Det er også hensiktsmessig for helsesykepleier å innhente informasjon omkring omsorgspersonens egne erfaringer og oppvekst. Dette på bakgrunn av det oftere forekommer utrygge relasjoner der hvor foreldrene har opplevd svikt i tilknytningen i egen oppvekst, kontra hos barn med foreldre som hadde en trygg tilknytning i barndommen. I følge Holme et al. (2016, s. 71), er tilknytning et essensielt behov, som viser hvor viktig observasjon, veiledning og oppfølging av helsesykepleier er når det kommer til tilknytning.

Det tilbys kurs i trygghetssirkelen ved flere helsestasjoner i Norge. Dette kurset sikter på å gi foreldrene en økt forståelse av barna sine, og bedre tilknytningen. Forskning på foreldreveiledning i Norge, sier noe om hva som gjør foreldrene tryggere, men ikke hvordan de påvirker barna (Drozd, Slinning, Nielsen & Høstmælingen, 2020). En del forskning gir uttrykk for den positive effekten kurs i trygghetssirkelen har for foreldres trygghetsfølelse og barnas tilknytning. På den andre siden er det også viktig å være bevist på det lave datagrunnlaget denne forskningen bygger på, som kan gjøre den misvisende (Drozd et al., 2020). Selv om en del forskning hevder en positiv effekt, som også støttes av noen norske forskere, hevder Drozd et al. (2020) at effekten av bruk av trygghetssirkelen som kurs og veileder ikke har noe større effekt enn oppfølgingen av barn som gjøres i utgangspunktet. Selv om det kan se ut til å vise til valid forskning innenfor bruk av trygghetssirkelen, er det viktig å skille teorien trygghetssirkelen bygger på fra veiledningskurs til foreldre (Drozd et al., 2020).

6 Metode

I denne delen av oppgaven presenteres bruk av metode og hvorfor denne metoden har vært aktuell for meg i arbeidet med oppgaven. Dette gjør jeg ved å presentere både bruk av metode, etiske hensyn og overveielser. Til slutt vil jeg presentere tilnærminger til analysen og avslutter med en presentasjon av analysen.

Oppgaven er bygget på samfunnsvitenskap og humanvitenskap. Dette ettersom oppgavens forskning omhandler samfunnsmessige forhold; da jeg har sett på hvordan individer fra ulike grupper i samfunnet opplever og erfarer helsestasjonen (Grønmo, 2016). Samtidig bygger oppgaven også på humanvitenskap i form av at den bygger på hvordan mennesker er skapt av samfunnkulturer (Kaiser, Ugelvik & Jåsund, 2000, s. 30).

Masterskisse

I startfasen av arbeid med oppgaven utarbeidet jeg en masterskisse. Denne skissen inneholdt en plan over oppgaven og inneholdt en problemstilling, plan for gjennomføring og metode. Etter å ha fått denne skissen godkjent, startet arbeidet med å søke Norsk senter for forskningsdata (NSD), hvor jeg fikk godkjenning for gjennomføring av denne oppgaven.

6.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for tema om førstegangsmødres møte med helsestasjonen preges blant annet av egen livssituasjon. Jeg gikk selv igjennom barselperioden med egne opplevelser hvor jeg fikk et innblikk i hvordan kontrollene ved helsestasjonen foregikk, når jeg bestemte meg for tema på oppgaven. Ettersom fokuset igjennom utdanningen har vært forebyggende arbeid, så jeg det som veldig interessant å se hvilken rolle helsestasjonen kan ha i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

6.2 Arbeid med intervjuguide

For å besvare problemstillingen «hvordan opplever førstegangsmødre oppfølgingen av helsesykepleier ved helsestasjonen», har jeg vært ute etter mødrenes opplevelse og

forståelse. For å kunne forstå og fortolke mødrenes opplevelser og forståelser anser jeg det som relevant å benytte hermeneutikk og forståelse. Jeg har derfor benyttet kvalitativ metode for å best kunne besvare min problemstilling. Samtidig har valgte jeg å intervju førstegangsmødre med barn i alderen 3 måneder til 3 år, for å ha mulighet til å få informasjon som er nylig erfart, samt for å bedre kunne forstå hvordan helsestasjonen som system fungerer. Jeg har også å se på hvordan helsestasjonen har forandret seg igjennom tiden og hvordan arbeidet ved helsestasjonen foregår nå for bedre å kunne forstå hvordan tjenesten er bygget opp og fungerer i dag.

Etter å ha valgt tema og metode for oppgaven begynte arbeidet med intervjuguiden. Bakgrunnen for intervjuguiden var å utarbeide spørsmål som kunne gi meg en mulighet til å besvare eget tema og problemstilling. Å utarbeide intervjuguiden var viktig for meg, for å ha en oversikt over hvilke temaer jeg skulle ta opp, og hvilke spørsmål jeg ønsket svar på under intervjuene. I utgangspunktet var denne intervjuguiden veldig strukturert. For å få intervjuet mindre preget av stiv struktur benyttet jeg muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål. På den måten kunne jeg still spørsmålene der hvor de naturlig hørte til i sammenheng med temaene som mødrene fortalte om. Denne formen for intervju kan omtales som et delvis strukturert intervju, eller et intervju som er semistrukturert, som er en vanlig intervjuform i kvalitativ metode (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015, s. 162; Thagaard, 2018, s. 91). Det var samtidig viktig for meg å benytte en veldig strukturert intervjuguide som utgangspunkt. Dette for at jeg skulle føle meg tryggere hvis jeg ble usikker på hva jeg skulle spørre. Det gjorde det også lettere å huske å spørre om det jeg ønsket å få svar på, selv om jeg også benyttet en delvis strukturert form på intervjuet. I utformingen av intervjuguiden arbeidet jeg med å ha åpne spørsmål, for å unngå å få ja og nei svar av mødrene. Dette for at mødrene lettere skulle kunne svare åpent om sine tanker og opplevelser slik Thagaard (2018, s. 97), påpeker er viktig.

Først i intervjuguiden la jeg inn spørsmål for å bli kjent med mødrene. Både for å ha et sted å starte samtalen, hvor jeg kunne innhente viktig bakgrunnsinformasjon, men også for få i gang praten slik Thagaard (2018, s. 100) påpeker er viktig for å skape tillit og god

kontakt. Videre gikk jeg mer inn på de spørsmålene som jeg oppfatter som mer relevant, for å få informasjon egnet til å kunne besvare min problemstilling. Se intervjuguiden følger med som vedlegg 1

I tillegg til intervjuguiden lagde jeg meg et skjema for oppfølgingsspørsmål. Dette både for å vise mødrene at jeg var interessert i deres historier, og for å kunne skape en dypere dialog om situasjonen og temaet. For å utforme skjemaet for oppfølgingsspørsmål tok jeg utgangspunkt i forslagene til Kvale et al. (2015, s. 169)

- Kan du forklare det for meg? Hva skjedde?
- Hva gjorde du? Hvordan husker du det? Hvordan opplevde du det?
- Hva føler du i forhold til det nå? Hvordan reagerte du følelsesmessig på det som skjedde?
- Hva synes du om det? Hvordan oppfatter du dette problemet?
- Hva mener du om det som skjedde?

Kvale et al. (2015, s. 169).

6.3 Norsk senter for forskningsdata

Etter å ha fått godkjent masterskissen samt utarbeidet intervjuguiden, undersøkte jeg om arbeidet med min oppgave var søknadspliktig, noe den var. Dermed sendte jeg inn et meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD), ettersom arbeidet med oppgaven min, trengte godkjenning herfra. For å få godkjenning av NSD krevdes det blant annet en beskrivelse av prosjektet, intervjuguide, plan for å få tak i informanter, kommunikasjon med informanter, samt plan for lagring, sikkerhet og anonymisering.

Etter godkjenning av søknaden startet jeg prosessen med å kontakte ulike helsestasjoner. Det viste seg å være utfordrende å få tilbakemeldinger og innpass ved helsestasjoner, noe som endte med re kontakt med NSD, som endte i en endring av hvordan jeg skulle gjennomføre prosjektet. Endringen gikk fra å levere ut informasjon på helsestasjoner og intervjuer mødre personlig, til å finne mødre ved hjelp av sosiale medier, Facebook. Her fikk jeg tillatelse for å poste innlegg om at jeg ønsket kandidater, med kriteriet om at mødre skulle kontakte meg. Det måtte også spesifisere at mødrene

skulle ta kontakt enten på epost eller telefon. Etter en tid og dialog med saksbehandler i NSD, fikk endringene godkjent. I det første meldeskjema jeg sendte inn var planen å gjennomføre intervjuene ansikt-til-ansikt, men på grunn av den pågående pandemien skapte dette utfordringer. Derfor endret jeg intervjukanal til digitale intervjuer via universitetets teams kanal. Dette ble godkjent i nytt meldeskjema hos NSD. Se bekreftelse fra NSD i vedlegg 3. Ettersom prosjektet fikk lengre varighet enn planlagt på grunn av utfordringer underveis, står det som avsluttet i desember 2020 på søknaden hos NSD. Jeg var i dialog med saksbehandleren igjennom prosjektet, og ettersom jeg hadde slettet alle personopplysninger i tråd med avtalen anså de prosjektet avsluttet fra deres side.

6.4 Utvelgelse av kandidater og utfordringer

Ettersom arbeidet med å kontakte helsestasjoner ikke førte frem, jeg sto uten en kanal for å komme i kontakt med mødre. På grunn av den pågående pandemien ble restriksjonene på helsestasjonene veldig strenge og Norge stengte ned. Dette førte til at jeg valgte å endre strategi for å klare å gjennomføre dette prosjektet, slik som beskrevet i 6.3 «*Norsk senter for forskningsdata*». Dette førte til at jeg anså det som hensiktsmessig å også endre kriteriene angående mødrene, for å kunne øke mulighetene for å få noen til å stille til intervju. Opprinnelig var planen å intervju mødre med barn i alderen 3-12 måneder. Dette endret jeg til mødre med barn i alderen 3 måneder til 3 år. Jeg valgte å gjøre denne endringen for at det skulle være enklere å få tak i mødre ettersom jeg måtte bruke sosiale medier for å få kandidater, samt at jeg ikke så det som noe problem for oppgaven med økt alder på barna.

Til denne oppgaven ønsket jeg å intervju førstegangsmødre for å kunne få nyopplevd erfaring og ny informasjon. Det var utfordrende å finne mødre å intervju. For å finne mødre å intervju måtte mitt Facebook-innlegg først nå frem til aktuelle personer, samt vekke interesse slik at det ble lest. I tillegg måtte mødrene bruke et annet media for å kontakte meg. Etter en del posting på Facebook og venting satt jeg til slutt med fire mødre som tilfredsstilte mine krav for å bli intervjuet, og opprettholdt tilbudet om å bli intervjuet. Mødrene jeg intervjuet hadde barn i alderen 4 måneder til 2 år.

Underveis i planleggingen av prosjektet var også deltakelse på en barselgruppe, i regi av helsestasjonen noe jeg vurderte, samt fokusgruppeintervju i en barselgruppe. Før jeg rakk å realisere denne planen nærmere, kom utfordringene med pandemien som førte til at det ikke var gjennomførbart. Dette gjorde at jeg valgte å kun forholde meg til en-til-en intervju over internett.

6.5 Gjennomføring av intervju og transkribering

Etter at kandidatene hadde tatt kontakt med meg, samtlige på epost, sendte jeg de samtykkeskjema og avtalte tidspunkt og informerte om hvordan intervjuet skulle gjennomføres. De som tok kontakt, hadde allerede lagt ved informasjonen jeg trengte for å vurdere om de var aktuelle kandidater da de tok kontakt med meg. Dette gjorde prosessen enklere fordi det ikke trengtes ytterligere henvendelser for å avklare om de var aktuelle informanter. Før jeg gjennomførte intervjuet returnerte mødrene samtykke skjemaet, vi avtalte tidspunkt, og invitasjon til intervju via teams ble sendt ut. Her benyttet jeg teams via skolen, slik jeg hadde søkt om fra NSD.

Før intervjuet startet informerte jeg kandidaten om at intervjuet var helt frivillig, og at de hadde mulighet til å trekke samtykke når som helst. Jeg informerte de på nytt om at jeg ønsket å ta opp intervjuet via teams for gjennomgang senere, og ba om muntlig bekreftelse på at dette var greit. Jeg gjentok også informasjonen om anonymitet, hvor jeg forsikret mødrene om anonymisering i forbindelse med lagring av informasjon samt anonymitet i oppgaven.

Gjennomføring av intervju digitalt opplevde jeg som utfordrende. Jeg opplevde det som vanskelig å tolke en person via en skjerm, sammenlignet med et personlig møte. Jeg opplevde heller ikke å få til det samme samspillet med mennesker digitalt som ved personlige møter. Vi hadde tekniske utfordringer ved at bildet til enkelt av mødrene tidvis hang seg opp under intervjuet. Dette førte til at jeg ikke hadde mulighet til å se deres fysiske reaksjon på spørsmål, eller kroppsspråket deres da de svarte meg.

Underveis i intervjuene benyttet jeg meg også av notater for å enklere kunne huske enkelte sekvenser med ting jeg bemerket meg spesielt, samt og kunne følge opp med flere spørsmål. Intervjuene ble lagret i teams som jeg benyttet til intervjuet, og ble

slettet etter transkribering. Jeg gjennomførte totalt 4 intervjuer. Disse hadde varierende lengde, og varte mellom 30 og 60 minutter.

Transkribering

Under transkribering valgte jeg å transkribere teksten selv og i løpet av kort tid etter intervjuene, slik at jeg ble godt kjent med datamaterialet og skapte meg bedre oversikt (Nilssen, 2012). Jeg valgte også å skrive transkripsjonene ordrett slik mødrene fortalte, og skrev inn hvor de lo og hvordan de brukte tid på å tenke, finne svar og svare.

Det er da jeg synes dette er interessant når jeg videre skal analysere intervjuene, for å se om mødrene måtte tenke seg om eller hadde veldig klare formeninger slik Nilssen (2012, s. 49) anbefaler. Måten jeg valgte å gjennomføre transkriberingen på, opplevde jeg som hensiktsmessig i forhold til min forskning slik Kvale et al. (2015) påpeker.

Transkribering kan være utfordrende når det gjelder reliabilitet, da forskere vektlegger ulike ting i sin transkribering, samt at hvordan man analyserer ut ifra transkripsjonen kan være ulik. Samtidig er det utfordrende å vurdere validiteten på min transkripsjon og transkripsjoner generelt, fordi hvordan man gjennomfører transkribering er et valg.

Hverken det ene eller andre er rett eller galt, men skal formidle en mening (Kvale et al., 2015, s. 212-213). Transkribering av de fire intervjuene utgjorde 43 sider med tekst.

6.6 Notater

Allerede fra prosessen med å finne tema for å skrive masteroppgaven har jeg benyttet meg av notater. Det har vært notater med egne tanker, og informasjon jeg har funnet underveis. De første notatene ble benyttet til utarbeidelsen av masterskissen. Deretter har jeg notert underveis i prosessen med tanker, oppfatninger, informasjon jeg har oppdaget underveis, aktuelle ting fra mediebildet og ideer. Videre har jeg benyttet meg av notater i forbindelse med refleksjoner underveis.

Jeg benyttet meg også av notater under intervjuet av mødrene, for både å huske hva jeg skulle stille oppfølgende spørsmål til, samt for å huske inntrykkene bedre etterpå. Selv om Thagaard (2018, s. 112-113) påpeker vanskeligheten med å holde tråden, og å være like oppmerksom under intervjuet, opplevde jeg det som nyttig for meg for å holde retningen. Rett etter intervjuene noterte jeg også ned de inntrykkene jeg satt

igjen med som Thagaard (2018, s. 113) påpeker kan være nyttig å bruke som erfaring til nye intervjuer.

6.7 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

I forskning er det vanlig å benytte begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet for å vurdere kvalitet av et forskningsprosjekt (Thagaard, 2018, s. 19). I dag brukes begrepene i både kvalitativ og kvantitativ forskning, men ble opprinnelig benyttet om kvantitativ forskning, og begrepet overførbarhet benyttes i dag, fremfor generalisering (Thagaard, 2018, s. 19). Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet, validitet til gyldigheten og overførbarhet om hvor vidt resultatet av forskning også ses i andre sammenhenger (Thagaard, 2018, s. 19).

Reliabilitet

For at kvalitativ forskning skal ha høy reliabilitet må forskeren; «*argumentere for reliabilitet ved å redegjøre for utviklingen av data i løpet av forskningsprosessen*» (Thagaard, 2018, s. 188). Altså «Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet. Vi knytter reliabilitet til at vi gjør rede for hvordan vi utvikler data» (Thagaard, 2018, s. 181). Dette innebærer hvor godt en forsker forklarer, argumenter for og legger frem hvordan dataene er utviklet (Thagaard, 2018, s. 188). Det er flere måter for å øke reliabiliteten i et kvalitativt forskningsprosjekt. Dette kan innebære hvor transparent forskningen er, i form av hvordan forskeren forklarer, argumenterer for og legger frem hvordan dataene er utviklet (Thagaard, 2018, s. 188). En annen måte å øke reliabiliteten på er samarbeid mellom forskere, enten ved samarbeid om et felles prosjekt, eller å benytte andre forskere for å kvalitetssikre fremgangsmåten (Thagaard, 2018, s. 188). Det er også viktig å være klar over viktigheten av en høy reliabilitet for å også få en høy validitet (Grønmo, 2016, s. 242). Det er også viktig for reliabiliteten av forskeren viser at han eller henne er opptatt av hvordan intervjuobjekter påvirkes av deres fremtreden og relasjonen de imellom (Thagaard, 2018, s. 188-189). I kvalitativ forskning er det en utfordring å ikke la forskningen påvirkes av forskeren, i motsetning til ved kvantitativ undersøkelse (Thagaard, 2018, s. 188-189).

For å skape mest mulig reliabilitet i denne oppgaven har jeg forsøkt å være transparent ved å presentere og begrunne både bakgrunnen for tema og problemstillingen, gi innblikk i hvilke kriterier jeg satt for informanter, og hvordan jeg valgte de ut. Jeg har både presentert hvordan jeg har intervjuet og transkribert. Samt vist til etiske hensyn og vil senere i oppgaven presentere hvordan jeg har videreutviklet dataene med koding og analysering.

Validitet

Bruk av begrepet validitet er ulikt brukt innenfor kvantitativ og kvalitative studier.

Validitet benyttes om samsvaret mellom hva studien tar sikte på å studere, og hva som faktisk blir studert (Grønmo, 2016, s. 252). Lavt samsvar mellom de innsamlede dataene og intensjonen gir lav validitet og motsatt. Hvor gyldig de innhentete dataene er avhenger av hvordan de kan besvare forskerens problemstilling (Grønmo, 2016, s. 241). For å oppnå høy validitet i et forskningsprosjekt, avhenger dette av at prosjektet også har en høy reliabilitet (Grønmo, 2016, s. 242).

Innenfor kvalitative studier, som denne oppgaven baseres på, kan validitet deles i tre ulike typer. Kompetansevaliditet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet.

Den ene typen validitet er kompetansevaliditet. «Kompetansevaliditet refererer til forskerens kompetanse for innsamling av kvalitative data på det aktuelle forskningsfeltet» (Grønmo, 2016, s. 254). Kompetansen forskeren har øker muligheten for at forskningsmaterieell har en høy validitet, men det likevel ikke gitt at høy kompetanse gir høy validitet (Grønmo, 2016, s. 255). Den andre typen validitet er kommunikativ validitet. Kommunikativ validitet omhandler drøfting med andre forskere om både hvordan for eksempel de empiriske dataene er treffende for problemstillingen. Hvis samhandling med andre forskere resulterer i enighet om at materialet er godt treffende og ikke inneholder noen betydelige utfordringer, kan det ses som en kommunikativ validitet. Det må likevel tas til betraktning at forskerne kan ha ulik bakgrunn og synsvinkel (Grønmo, 2016, s. 255-256). Den tredje validitetstype er pragmatisk validitet. «Denne typen validitet viser i hvilken grad datamaterialet og resultatet i en studie danner grunnlag for bestemte handlinger» (Grønmo, 2016, s. 256). Altså i hvilken grad både datamaterialet og resultatet kan føre til handling som skaper

en endring. Innenfor pragmatisk validitet kan det oppstå utfordringer omkring hvilke handlinger som kan ha splittede interesser (Grønmo, 2016, s. 257).

Ettersom validitet i kvalitative studier er utfordrende på grunn av manglende konkrete kriterier, er det heller ikke mulig å oppnå perfekt validitet (Grønmo, 2016, s. 257).

Den viktigste framgangsmåten for å vurdere validiteten er å foreta systematiske og kritiske drøftinger av undersøkelsesopplegget, datainnsamlingen og datamaterialet med vekt på de validitetstypene som er mest relevant for den aktuelle studien, og med referanse til de ulike aspektene ved hver av disse validitetstypene. (Grønmo, 2016, s. 257).

I kvalitative oppgaver slik som denne er validiteten utfordrende. Dette kan være utfordrende ettersom man kan få ulikt svar i ulike kontekster, selv med lik datainnsamling. Derfor er det viktig at dataene som kommer frem drøftes i sammenheng med konteksten for datainnsamlingen. Man kan også benytte resultater av andre studier for å sammenligne resultatene (Grønmo, 2016, s. 258). «I hovedsak er det slik at validiteten kan antas å være høy dersom det er stort samsvar mellom ulike data om samme fenomener» (Grønmo, 2016, s. 258).

Overførbarhet

For å vurdere om et kvalitativt forskningsprosjekt er overførbart må det ses på hvordan resultatet er tolket (Mason 2018:242 i Thagaard, 2018, s. 193). For å se på overførbarheten i et prosjekt, må det kunne være gjenkjennende i andre situasjoner (Thagaard, 2018, s. 194). «På den måten kan et enkelt prosjekt bidra til en mer generell forståelse hvor sosiale fenomener og ikke enkeltstående situasjoner er i fokus» (Thagaard, 2018, s. 194). For å se på overførbarhet i arbeidet med denne oppgaven har derfor sett resultatene i sammenheng med tidligere forskning.

6.8 Etske hensyn og overveielser

«Vårt etiske ansvar omfatter både intervjusituasjonen og hvordan vi bruker data i analysen» (Thagaard, 2018, s. 113).

Det er viktig å ta hensyn til de etiske utfordringene når man arbeider med forskning, og ikke la seg styre av hva man ønsker å gjøre (Kvale et al., 2015, s. 96). I Norge er det den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), som blant annet utarbeider etiske retningslinjer i forskning innenfor blant annet samfunnsvitenskap og humaniora (Den nasjonale forskningsetiske komité, 2018). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), behandler etiske spørsmål angående forskning på helse og sykdom (Den nasjonale forskningsetiske komité, 2018). I forarbeidet med oppgaven ble det vurdert hvorvidt jeg måtte søke REK, men i samråd med NSD anså vi at dette prosjektet ikke falt innenfor kriteriene til REK.

Overveielser i valg av informanter

I vurderingen av hvilken gruppe foreldre jeg ønsket å intervju så jeg på hvilke etiske hensyn og vurderinger jeg burde ta, når jeg i utgangspunktet så for meg å intervjuere mødre med barn i alderen 0-1år. Slik Ringdal (2001) påpeker viktigheten av at forskning ikke skal foregå på en slik måte at forskningsobjektet kan skades psykisk. Ettersom mødre er ekstra sårbare de første ukene etter fødsel (Misvær & Lagerløv, 2018), anså jeg det som riktig å unngå mødre med barn i alderen 0-3 måneder. Derfor gikk jeg først videre med en plan om å forholde meg til mødre med barn i alderen 3-12 måneder, før dette ble endret til 3 måneder til 3år, for å unngå de ekstra sårbare ukene etter fødsel. Jeg vurderte om denne endringen kunne ha betydning for mitt prosjekt, men så ingen ulemper med å utelate denne gruppen. Dette ettersom mødrene har hatt betydelig færre besøk på helsestasjonen, og ikke nødvendigvis har rukket å ta inn over seg og reflektere over sitt møte med helsestasjon og helsesykepleier.

Informert samtykke og konfidensialitet

Før jeg skulle intervjuere mødrene sendte jeg de et samtykke skjema som inneholdt informasjon om både prosjektets formål og tema, og hvordan informasjonen skulle benyttes. For å innhente et gyldig samtykke krever Norsk senter for forskningsdata

(2020), at samtykket er frivillig, spesifikt og informert, utvetydig, gitt gjennom en aktiv handling, dokumenterbart og like lett å avgi samtykke som å trekke det tilbake. For å gjennomføre dette informerte jeg om frivillig samtykke både i epost utvekslingen med mødrene, hvor jeg blant annet benyttet NSD sin veiledende mal. Videre informerte jeg både om samtykke og muligheten til å trekke dette samtykket når de selv ønsket, samt anonymisering av deres opplysninger ved oppstart av intervju.

I kontakt med mødrene har jeg ikke bedt om opplysninger om bosted, eller hvilken helsestasjon de har vært i kontakt med. Dette blant annet for å sikre konfidensialitet, men også fordi jeg ikke anså det som nødvendig informasjon for arbeidet med oppgaven. Gjennom datahåndteringsplanen jeg utarbeidet ble informasjon lagret anonymt, slik at kontaktinformasjon ikke kunne knytte mødrene sammen. Denne informasjonen ble lagret anonymt for å ivareta konfidensialiteten ovenfor mødrene for å beskytte deres rett til privatliv (Kvale et al., 2015, s. 106). Jeg informerte de om deres anonymitet, og at det eneste gjenkjennbare i oppgaven kunne være bruk av sitater. Dette i tråd med hvordan Kaiser, 2012 i Kvale et al. (2015, s. 106) beskrivelse av konfidensialitet som enighet om bruk av data, samt kravene fra NSD.

Mødrenes drivkraft og førforståelse til intervju

En annen etisk utfordring er mødrenes drivkraft for å ønske å intervjues. Det kan være at de hadde en ekstra drivkraft for å bli intervjuet fordi de hadde gjort seg opp en klar mening om temaet i forkant, altså deres førforståelse. Det kan også være at de bare ønsket å hjelpe meg som student, eller generelt syntes det var et interessant tema. Et dilemma som ville vært tilsted uansett hvor informantene fikk informasjon om mitt prosjekt. Forskjellen blir at ved helsestasjonen kunne jeg potensielt nådd ut til flere i riktig målgruppe, hvor helsesykepleier kunne levert ut informasjonen, og de ikke selv måtte vise interesse til et Facebook innlegg, men presenteres direkte for informasjonen (Dalland, 2013).

6.9 Tilnærminger til analysen

I arbeidet med å analysere datamaterialet har jeg benyttet både transkripsjoner, og notater jeg har skrevet underveis.

Gjennom arbeidet med funnene i intervjuene har jeg prøvd å forstå mødrenes subjektive forståelse av deres egne opplevelser og erfaringer. Denne måten kan ses som et *fenomenologisk perspektiv*, og kan slik Grønmo (2016, s. 392-393) omtaler det som å forsøke mødrenes livsverden. Dette for å forstå hvordan de opplever og forstår helsestasjonen med kontroller hos helsesykepleier (Kvale et al., 2015, s. 45). Samtidig har jeg vært bevisst på hvordan mine egne erfaringer omkring temaet bidrar med å forme min forskning, og hvordan jeg forstår andres erfaringer (Thagaard, 2018, s. 37).

Når jeg har analysert transkripsjonene av intervjuene, og notatene jeg har skrevet underveis samt teori, har jeg benyttet en *hermeneutisk tilnærming* for å prøve å forstå hva teksten formidler (Thagaard, 2018, s. 38). Igjennom arbeidet med teori, datamateriale og analyse har jeg fått nye perspektiver på empirien i form av ny kunnskap og ny forståelse. Dette kan slik Thornquist (2018, s. 171-172) skriver, forklares som en *hermeneutiske spiral*, hvor man hele tiden får ny forståelse ut i fra erfaringer og kunnskap man tilegner seg. Jeg har valgt å se på den hermeneutiske spiral, fremfor den hermeneutisk sirkel. Dette da sirkel representerer noe som bare går i ring, mens spiral ikke kommer til noen «ende» på kunnskap og tolkning (Thornquist, 2018). Noe jeg også har opplevd underveis i arbeidet med oppgaven, da egen forståelse stadig har vært i endring.

Jeg opplevde det som utfordrende med objektivitet fordi det ikke er mulig å være helt objektiv ved å legge alle fordommer til side, da vi har ubevisste fordommer med oss (Thornquist, 2018). Kvale et al. (2015, s. 273) benytter begrepet *refleksiv objektivitet* om hva en selv bidrar med inn i forskningen. I mitt tilfelle vil dette blant annet være erfaringer med helsestasjonen, helsesykepleier og teoretisk bakgrunn. For å etterstrebe objektivitet, har jeg samtidig som jeg har tilegnet meg ny kunnskap også stilt meg kritisk til min tidligere fortolkning. For eksempel fokuserte jeg blant annet tidlig i oppgaven på temaet «kontroll» og hadde en ide om hvordan alle kontrollene handlet om normalitet ved helsestasjonen og hvordan det påvirket mødrene. Senere i arbeidet med oppgaven har jeg også prøvd å aktivt se på andre faktorer ved helsestasjonen enn kontroll. Selv om kontroll likevel har tatt en stor del av oppgaven, har jeg samtidig vært bevisst på

temaet, og prøvd å se det i forhold til andre kontekster i samfunnet. Slik blant annet Ricoeur 1979 i Thornquist (2018, s. 220) påpeker er viktig for å skape en gyldighet i oppgaven. I oppgaven har jeg benyttet en form for *dobbelthermeneutikk*, ved at jeg først har innhentet data fra mødrene, og slik innhentet mødrenes subjektive tolkning av sin opplevelse. Videre har jeg dermed fortolket deres egne fortolkning. Når jeg har en kritisk forståelse til helsestasjonen og samfunnets påvirkning ved helsestasjonen kan dette ses på som en form for dobbel og trippelhermeneutikk samtidig. Noe som er nødvendig at er tilstede hvis man som forsker er kritisk til strukturer i samfunnet (Thagaard, 2018, s. 39).

Arbeid med kategorisering

I arbeidet med å analysere innhentet datamaterialet arbeidet jeg først med en form for åpen koding. Her noterte jeg ned alt hva jeg anså som interessant, slik Nilssen (2012, s. 83) skriver er viktig for å få en god oversikt over materialet. Innhentet datamateriale leste jeg flere ganger for å kunne oppdage nye ting jeg ikke nødvendigvis ikke oppdaget med en gang, slik Thagaard (2018, s. 152) påpeker er viktig når man leser analytisk. Ut ifra disse kodene har jeg arbeidet videre med å plassere de i ulike kategorier ut fra hvilke temaer som kom frem (Nilssen, 2012).

For å komme frem til de ulike funnene og temaene jeg har valgt å se nærmere på, vil jeg her legge frem prosessen i kodingsarbeidet. Jeg gikk først igjennom hvert enkelt intervju for å kunne fokusere på hva den enkelte mor sa, og prøvde å holde fokus på deres opplevelse og erfaring som er målet med grounded theory (Kvale et al., 2015, s. 226). For å utføre denne prosessen benytter jeg meg av programmet NVivo hvor jeg lastet inn transkripsjonene hver for seg. Dette for å enklere kunne sortere og samtidig ha god oversikt over transkripsjoner og kategorier. Her benyttet jeg induktiv metode hvor jeg lastet jeg inn innhentet datamateriale som jeg kodet, og plasserte de i ulike kategorier ut ifra hva mødrene tok opp i intervjuene (Thagaard, 2018, s. 153). Ut ifra dette kom jeg frem til kategoriene: «Oppfølging av mor», «psykisk helse», «skjema», «høy vekt», «lav vekt», «sen motorisk utvikling», «egen kurve», «åpen helsestasjon», «søvn», «engstelig», «stressa», «ekstra oppfølging», «ulik personlighet», «trygget», «åpen helsestasjon», «mer fokus på», «informasjon», «fødsel» og «ble trodd».

I neste steg fokusere jeg blant annet videre på hva jeg anså som nyttig for å svare på problemstillingen i mitt prosjekt (Thagaard, 2018, s. 151). Her satt jeg disse temaene i sammenheng på kryss av de ulike intervjuene slik Thagaard (2018, s. 152) omtaler som en temaanalytisk tilnærming. Dette førte meg til temaene: «Psykisk helse», «normal utvikling», «kontroll», «informasjon», «oppfølging av mor», «ulik personlighet», «engstelse og stress» og «trygghet». Samtidig som jeg i starten av kategoriseringen arbeidet induktivt, ble arbeidet også noe deduktivt ettersom jeg samtidig så på kategoriene jeg hadde laget på forhånd i intervjuguiden (Thagaard, 2018, s. 153).

Jeg arbeidet videre med å plassere de ulike kategoriene i ulike temaer, samtidig som jeg også så de i sammenheng med konteksten. Det innebar at jeg prøvde å se mødrenes opplevelse i sammenheng med helsestasjonens formål, oppbyggelse, og innenfor de gitte rammene av helsestasjonen. Slik at jeg kunne skape en mer helhetlig forståelse av situasjonene slik Thagaard (2018, s. 151) beskriver som en kontekstanalyse. Etter flere runder med arbeid og omgjøringer med å slå sammen på temaer og se mer i sammenheng kom jeg til slutt frem til kategoriene jeg vil presentere i neste underkapittel.

Jeg har valgt å først presentere empirien med sitater kursiv, hvor jeg så forklarer hvordan jeg forstår og har tolket mødrenes utsagn, slik at det skal være lett å se hva mødrene har sagt, og hvordan jeg har tolket og forstått deres utsagn. Her presenterer jeg temaene: «psykisk helse og oppfølging av mor», «normalitet» og «kontroll versus mestring»

6.10 Presentasjon av analysen

Empirien har jeg valgt å presentere i kapittel syv.

Det har jeg gjort i tre underkapitler, under overskriftene Psykisk helse og oppfølging av mor, normalitet samt kontroll versus mestring. Her har jeg valgt å presentere sitater i kursiv, hvor jeg så forklarer hvordan jeg forstår og har tolket mødrenes utsagn, slik at det skal være lett å se hva mødrene har sagt og hvordan jeg har tolket og forstått dette.

Jeg har valgt å presentere sitatene tilnærmet ordrett, da jeg syntes det er hensiktsmessig for at leseren skal forstå hvordan og hvorfor jeg har kommet frem til mine tolkninger og forståelser (Nilssen, 2012, s. 158). Etter presentasjon av hver del av empirien har jeg laget en oppsummering for å tydeliggjøre hva jeg har hentet ut av mødrenes sitater.

Kapittel åtte inneholder analyse og drøfting og er delt inn i fire underkapitler. I løpet av analysen og drøftingen i de ulike underkapitlene har jeg prøvd å forstå mødrenes utsagt i lys av teoriene til Foucault, Goffmann og Sennett, benyttet teori om tilknytning og sett på aktuell forskning. Her har jeg også sett på hvordan førstegangsmødre opplever møte med helsestasjon og helsestasjon, ved å se om kontroll og målinger av deres første barn fører til trygghet og mestring, oppleves overveldende eller om det kan bidra til å skape usikkerhet. Samtidig har jeg sett dette i sammenheng med hvordan fokus på avvik og normalitet påvirker foreldrene, og om helsestasjonen bidrar til å skape den mestringen den har som mål⁵ å ha (Helsedirektoratet, 2020b).

I første underkapittel har jeg presenterer en analyse av målene for helsestasjonen. Her har jeg sett på hvordan målene kan ses som forebyggende eller helsefremmende. Deretter har jeg sett på noen av verktøyene helsesykepleier har tilgjengelig, og hvordan hva de lærer på skolen kan påvirke fokuset de har på forebyggende og helsefremmende arbeid.

I andre underkapittel presenterer jeg helsestasjonen og hvordan tjenesten kan ses på som en kontroll eller en forebyggende instans. Her har jeg blant annet sett på hvordan helsestasjonstjenesten er påvirket av statlig omsorg, noen av utfordringene helsesykepleier må ta hensyn til, samt mulige utfordringer i oppbyggingen av tjenesten.

I det tredje underkapittel har jeg sett på hvordan barn måles og skal være innenfor et normalområde. Her har jeg blant annet sett på hvordan det i dag er et fokus på å ikke

⁵ Se kapittel 2.4 «Dagens helsesykepleier» for detaljert liste over målene

avvike fra normalen, og hvordan det påvirker mødrene at deres barn faller utenfor dette normalområdet.

I fjerde underkapittel har jeg skrevet om hvilket fokus mødrene opplevde var rettet mot dem. Hvor jeg har sett på konsekvensene av manglende oppfølging, og utfordringer ved oppfølging av mor.

7 Datapresentasjon

I dette kapitlet presenter jeg funnene i empirien jeg har samlet inn. Disse funnene har jeg presentert under temaene psykisk helse og oppfølging av mor, normalitet og kontroll versus mestring. De fire mødrene jeg intervjuet er omtalt som mor1, mor2, mor3 og mor4.

7.1 Psykisk helse og oppfølging av mor

Temaet oppfølging av mor var noe alle mødrene tok opp selv i intervjuene, og ble nevnt flere ganger i løpet av intervjuet selv om det i utgangspunktet ikke var et tema i intervjuguiden. De etterspurte oppfølging av seg selv, og påpekte hvordan de opplevde lite fokus på hvordan det var å ha blitt mor, og hvorvidt de hadde tanker omkring dette. Noe som gjenspeiler seg blant annet i mor4 sitt utsagn;

«Jeg har jo noen ganger tenkt noe på det med at de har ikke spurt så ofte om hvordan det går med oss på en måte. Det er mye snakk om [slikt] ellers sånn som om fødselsdepresjoner og sånn, men det er aldri noen som egentlig har spurt meg hvordan jeg har hatt det etter fødsel og slike ting».

Her har mor på tidspunktet jeg snakket med henne ikke opplevd å ha fått noe oppfølging av egen psykisk helse, selv om barnet her var fire måneder.

Da jeg spurte mor3 om det var noe hun ønsket å fortelle om eller spørre meg om kom også hennes opplevelse av manglende fokus på mor frem;

«Det har ikke noe med oppfølging av barnet å gjøre da. Det har mest med oppfølging av mor, men det går jo på en måte om hvordan barnet har det å. Og det er jo lissom, det å på en måte å følge litt med på om mor har noe. En ting er det om tanker om å være mor, det føler jeg de har prøvd å komme litt innom i hvert fall noen ganger, men kanskje ikke så mye. Mest fokus på barnet. Men jeg hadde en litt dårlig opplevelse eller ganske dårlig opplevelse med første fødsel og det er jo ikke noe om vi egentlig snakket om noen gang på helsestasjonen og det

har vært noe som jeg har gått og tenkt på opptil flere ganger. Og nå skal vi jo ha en til nå i høst og da har jeg tatt tak i det selv og bedt om å få ekstra oppfølging i det svangerskapet her da. Rett og slett for at jeg ikke har lyst til å sitte med en slik opplevelse en gang til. Og det er jo kanskje noe folk brenner litt inne med da og det kan jo påvirke i større grad enn det det har gjort på meg. Og det er jo kanskje noe de kan ha fokus på det og. Kanskje i større grad enn det de har».

Mor3 sitt utsagt kan vise hvordan hun så helsestasjonen som en tjeneste som i hovedsak skal følge opp barnet, og ikke henne som mor eller deres familie. Mor1 fortalte i likhet med mor3 at hun ønsket mer oppfølging av mor;

«Det var jo sånn derre oppfølging eller sånn ganske raskt etter fødsel. Sånn hvordan man har det selv da. At det burde vært mere oppfølging med mor. Med sånn fødselsdepresjon og sånne ting. For det syntes jeg det var veldig lite fokus på sånn egentlig. At det bare var å fylle ut et sånt skjema som du kan «fake» ganske greit lissom. Akkurat sånn, to uker etterpå så er jo alt helt gull sikkert ... men sånn fire måneder senere kan det hende det er litt tøffere ... Ja ... ja det er et barn, men det er liksom en mor og en hel familie og lissom. [...] det er akkurat det. Det er en påkjenning».

Mor1 tok her opp utfordringer som kan knyttes til kartleggingskjemaet som kan benyttes for å avdekke fødselsdepresjon. Det kan se ut til at hun savner en annen type oppfølging. At det kan være behov for en annen metode enn et skjema for å avdekke hvordan hun egentlig har det.

Det så ikke ut til at Mor2 hadde fått oppfølging omkring psykisk helse tidlig og opplevde senere å få konstatert at hun hadde en fødselsdepresjon, og hadde hatt utfordringer med dette en tid;

«Når han hadde spist veldig lite engang hadde jeg kommet innom og var lissom panisk for han hadde ikke spist noe på ganske mange timer da. Og da hadde jeg lissom lagt han ifra meg så legen og helsesykepleier kunne se på han [og] så

hadde jeg stilt meg ganske langt unna. Og da hadde hun reagert på at her var det noe med relasjonen da [...] Og etter det så har hun fulgt meg opp veldig. Og etter det vi fant ut at det var noe fødselsdepresjon der og noe. ... Noe psykisk som jeg har slitt med siden ungdomsårene som hadde blusset opp etter jeg hadde blitt mamma».

Når fødselsdepresjonen ble oppdaget var dette et resultat av en helsesykepleiers oppmerksomhet på morens reaksjon på situasjonen, hvor mor trakk seg vekk fra barnet sitt. Moren opplevde at denne helsesykepleieren tilfeldig hadde sett og forstått situasjonen og hennes reaksjon. Det kan se ut til at dette tilfeldige møtet gjorde at mor fikk en annen type oppfølging. Denne moren fortalte heller ingen ting om hvorvidt hennes psykiske helse hadde blitt fulgt opp tidlig etter fødsel. Helsesykepleier reagerte her på morens oppførsel ovenfor barnet, noe som kan illustrere viktigheten av å benytte flere metoder for å avdekke fødselsdepresjon.

På helsestasjonen fikk noen av mødrene informasjon om ekstra tilbud kommunen hadde knyttet til psykisk helse, men det kunne være vanskelig for mødrene i situasjonen å være oppmerksom på behov eller å få med seg den viktige informasjonen.

«De har også fortalt oss om hvilke andre helsetilbud de har i kommunen med psykisk helsetilbud og alle sånne ting de har her. Eller type foreldreterapeuter og så videre, men at de har vært flinke å fortelle om slike ting også. Selv om veldig mye av det kommer i starten når babyen er knøttliten og du har mer enn nok med å holde den ungen i livet så kanskje de kunne kommet med det litt senere også». (mor3)

Med bakgrunn i utsagnene til mor3, oppfatter jeg at hun syntes fokuset på barnet krevde mye av henne i starten, som gjorde at hennes fokus på barnet overskygget informasjonen hun fikk.

7.1.1 Oppsummering

Mødrene i min undersøkelse opplevde tiden etter fødsel ulikt, og deres oppfattelse av egen psykiske helse varierte. Det var variasjoner om hvordan de ble fulgt opp vedrørende egen psykisk helse etter fødsel. To av mødrene hadde opplevd å ikke få oppfølging omkring egen og partners psykiske helse etter fødsel, og to av mødrene hadde fått oppfølging like i etterkant av fødsel. Likevel var det et fellestrekk at alle mødrene etterspurte et større fokus på temaet psykisk helse.

7.2 Normalitet

I intervjuene kom det frem at samtlige av mødrene hadde opplevd at deres barn på et eller flere tidspunkt i løpet av oppfølgingen fra helstasjonen, hadde avvik fra gjennomsnittet. Barnet til Mor1 hadde lav vekt ved hjemkomst fra sykehuset;

«Også hadde vi noen ekstra veiinger og litt ekstra oppfølging i starten på grunn av lav fødselsvekt. Eller lav vekt da vi kom hjem ifra sykehuset».

Mor4 hadde derimot ikke fått oppfølging i forhold til lengde på barnet (på grunn av restriksjoner knyttet til korona), og da heller ikke fått sett vekt i sammenheng med lengde. Hun hadde opplevd tregere motorisk utvikling;

«Hun har vært litt treg med det å ville løfte hodet og ligge på magen og sånt. Så det har plutselig skutt fart nå og er nesten på vei til å reise seg opp på alle fire. Så ... Det gikk sakte først, men så plutselig gikk det fort».

Selv om den motoriske utviklingen ikke var gjennomsnittlig en periode, kan det se ut til at denne utviklingen normaliserte seg. Mor2 påpekte at hennes barn hang etter motorisk, noe hun også hadde merket på en gruppetime;

«Men i starten så hang han litt etter på motorisk fikk vi beskjed om. Og det merka vi lissom at i forhold til at vi hadde sånn fysioterapitime i barselgruppa da. Rundt 4 eller 5 måneder. Og da så vi på de andre som lissom både var yngre enn

han og litt eldre enn han hvordan de lå an motorisk at han da lå litt etter de andre da».

Her har mor sammenlignet sitt barn med andre barn, noe jeg anser som problematisk, ettersom det naturlig er store variasjoner mellom barn. Denne sammenligningen kan skape unødvendig usikkerhet og stress for mødre.

Det kom også frem under intervjuet av mor³, at barnet både gikk fra å avvike fra normalen ved å ligge under gjennomsnittet på vekt ved hjemkomst, til å avvike ved å ligge over gjennomsnittet i vekt etter en tid;

«Samtidig så har jo vi sett at når hu vår begynte å legge på seg så la hun jo veldig bra på seg. Også har a ... hadde en periode som hun la veldig mye mer på seg enn hva hun dro i lengen. Så da havna [hun] jo nesten på den, kall det den tunge siden».

Ettersom barnet både var over og under normalkurven i løpet av litt tid, kan det se ut til at normalitetsfeltet er relativt smalt.

Det var ikke alle mødre som fortalte like mye om at barnet var utenfor normalområdet i løpet av intervjuene. Mor² påpekte dette kun to ganger at barnet hennes var utenfor kurven, samtidig som hun la til at helsesykepleier hadde informert om at avviket ikke var noe å bekymre seg over;

«Nei det, hun beroliget oss og det forsto hun godt for han hadde refluks. Så hun forklarte hvorfor og at det skulle vi ikke være bekymret for at det var normalt siden han sleit med refluks».

Kurver og målinger så ut til å oppta mor² lite, i motsetning til de andre mødre. Mor² påpekte imidlertid at helsesykepleier har sagt det ikke er noe å bekymre seg over. Om helsesykepleier uttrykte dette spontant, eller på bakgrunn av spørsmål fra mor eller mors opptreden kan jeg ikke vite. En mulighet kan være at moren ikke har tenkt over

dette, med bakgrunn i fødselsdepresjonen jeg tidligere har vist til at moren hadde. Barnet hennes hadde andre problemer som blant annet i form av melkeproteinallergi, som kan ha overskygget fokuset på andre utviklingsavvik. Siden helsesykepleier også påpekte at det var normalt hos dem, selv om de var utenfor normalen, kan det se ut til at helsesykepleier her har tatt høyde for noe av konteksten i situasjonen.

Mødrene fortalte om at helsesykepleier har trygget dem på at det viktigste er at barna «følger egen kurve». Hos mor2 kan dette se ut til å ha hatt en positiv effekt og trygget henne. Dette kan man blant annet se i mor2 sitt utsagn;

«Så hun har jo roa oss mye med det [og sagt] 'Ja jeg ser at han følger sin egen kurve. Selv om den ikke følger gjennomsnittet så følger han helt sin egen kurve og det er kjempeflott'».

Mor3 hadde også opplevd at helsesykepleier hadde trygget de på at barnet fulgte sin «egen kurve». Hun påpekte likevel at fokuset på målingene bidro til å gjøre henne opptatt av det normale;

«Sånn vekt og sånn så har de jo, det plottes jo inn i det her skjema holdt jeg på å si. Hun som har fulgt opp oss [helsesykepleier] har vært veldig flink til å si at man følger sin egen kurve og veldig på det. [...] På det aller meste, veldig betryggende. Også blir man litt sånn [fokusert] på vekt og sånne ting. Man vil jo lissom ikke begrense hva en unge spiser, men det er nok egentlig ikke helsestasjonen sin feil. For hun har jo sagt at det er ikke noe vi trenger å ta tak i og ja. Det er noe vi bare følger med på. Så ja. Ja ... Det er mer at vi henger oss veldig opp i de kurvene, som man kanskje gjør ...»

Selv om mødrene både hadde opplevd at helsesykepleier forsøkt å trygge mødrene med at de fulgte egen kurve, forstår jeg ut ifra blant annet mor3 sitt utsagn at hun likevel ble litt for fokusert på vekt.

Videre hadde mor3 opplevde å bli henvist til fysioterapi på grunn av hva helsesykepleier anså som sen motorisk utvikling;

«Men særlig det med rulling husker jeg vi stressa ganske mye med. Og da hadde vi også fysioterapeut på besøk. Men hun [fysioterapeuten] var veldig flink å si det 'Hun kan det. Hun kan alle bitene av det men hun gjør det bare ikke'. Det var kanskje det vi stressa mest med at hun brukte så lang tid på å rulle. Jeg tror hun var 6 måneder eller noe før hun begynte å rulle rundt selv da. Sånn mer enn en gang på 2 uker. Så det stressa vi litt med. Mer enn kanskje helsestasjonen stressa med det».

Moren så her ut til å bli stresset av fremstillingen av at barnet var forsinket i den motoriske utviklingen, selv om fysioterapeuten trygget de i at barnet kunnet det. Dette stresset så også ut til å være noe som flere av mødrene opplevde.

7.2.1 Oppsummering

Det kom frem at barna til alle mødrene hadde falt utenfor normalen enten på grunn av treg motorisk utvikling, for lav eller høy vekt i forhold til kurven eller begge deler. Ettersom dette i større eller mindre grad berørte alle mødrene, kan det se ut til at helsestasjonene vektlegger et fokus på normalitet og gjennomsnitt. Mødrene i mitt utvalg hadde oppsøkt ulike helsesykepleiere på samme helsestasjon, samt ulike helsestasjoner. Mødrene uttrykte at de stort sett opplevde fokuset på kurve og normalitet som betryggende, samtidig som det også skapte en bekymring og stress når noe var utenfor normalen.

7.3 Kontroll versus mestring

Når temaene måling og veiing av barna kom opp under intervjuene, ga mødrene tilsynelatende inntrykk av at kontroll og skjemaer var noe de i utgangspunktet ikke tenkte over. Tre av mødrene forklarte hvordan helsesykepleier flettet inn observasjon av barnets ferdigheter inn i lek og samtale. Mor1 beskrev denne observasjonen slik;

«De bare har det med i en sånn lek eller ... ettellerannet. Eller har noe leker som ... som ja. De later som ... eller ja, de leker med henne da. Også sjekker [de] sikkert alt de skal sjekke uten at vi egentlig vet hva de sjekker. Men ja de hadde sagt så veldig mye om hva de ser etter på en måte da».

I forbindelse med kontrollene etterlyste mor1 samtidig mer informasjon om hva de så etter når de var hos helsesykepleier;

«Jeg er veldig fan av informasjon så jeg skulle gjerne ... Jeg vil gjerne vite hva de ser etter da. Og hvorfor de ser etter det og ... ja. Men det er jo litt sånn der ja. 'Nå skulle hun kunnet gjøre sånn og sånn'. Det [fokuset] ... da blir du jo litt engstelig. Men ja. ... Ja det. Prøve å si det på en litt annenmåte kanskje. [For eksempel] Men nå ser vi om ... ja ... Nå ser vi om hun kan det ennå eller. Et eller annet sånn. Det hadde jo vært litt ålreit å få informasjon om da. Hva de egentlig ser etter».

Mor1 opplevde at når helsesykepleier påpekte hva barnet skulle ha mestret ved kontrollene, gjorde det henne engstelig. Hun reflekterer også over hvordan helsesykepleier både kunne hatt en annen fremtoning når informasjon ble gitt, og at informasjonen må tilpasses. Selv om helsesykepleier klarte å flette inn kontrollfunksjonen helsestasjonen har i lek som vist tidligere opplevde moren likevel å bli påvirket av hvordan helsesykepleieren kommuniserte.

Mor3 opplevde også helsesykepleier brukte konsultasjonen aktivt med barnet, samtidig som helsesykepleier også påpeker at det er variasjoner i utviklingen;

«Når det gjelder sånn utvikling og sånn så der synes jeg hun har vært veldig flink hun hos oss. Vi har bare sitti litt på gulvet og hun har fulgt bare med og observert og lekt litt og sånn og egentlig vært veldig flink på å si at det er helt greit at noe går kjappere og noe går tregere. Hun har vært kjappere på finmotorikken enn mange andre og vært litt tregere på [pause], sånn at hun lissom har vist og sett sånne ting som ikke vi tenker på».

Mor3 støttet også oppom mor1 sin tanke om at det er viktig med god informasjon om hva de ser etter hos barnet;

«... men så kan jo ikke de skjule det for oss heller, for da begynner vi jo i hvert fall og lure og da begynner man å google og da er man jo ute med en gang ikke sant».

Mor2 opplevde også at helsesykepleier flettet kartleggingen av barnets ferdigheter inn i samtale og lek;

«Det er lissom hos barnelegen jeg legger merke til at dem gjør dissa kontrollene. Men hos helsesykepleier legger jeg ikke merke til nesten, da må jeg følge nøye med. Hun får det så fint inn i samtalen. [...] også sånn hun kommer med sånne kommentarer; 'se her ja. Her har vi den. Hvis du ser på beina her så begynner du å se at han kommer med krabberefleksen' og sånne ting. Og jeg bare, 'åja, ja ... [ler] 'Er det det du har sitti og lagt merke til og prøvd å få til nå'.

Det var en gjennomgående faktor hos tre av fire mødre, at de først la frem at de ikke hverken tenkte noe over disse kontrollene, eller lot seg påvirke av dem. Lenger ut i intervjuene nyanserte dette bildet seg, og mødrene så likevel ut til å reflektere over kurver og kontroller, samt hvordan det påvirket dem. Samtidig kan dette ha endret seg med bakgrunn i mine spørsmål, og min påvirkning.

Denne endringen kan også sees i mor3 sitt utsagn;

«Nei, jeg tror jo egentlig ikke det, men så henger man seg jo opp i de kurvene likevel for de har en normal, også har de ytterkanten av en normal, også har de utenfor normalen. Også hvis du begynner å nærme deg ytterpunkter så tenker du lissom, eller, jeg har egentlig hele veien tenkt at [pause] og det har jo helsestasjonen sagt også, det er jo hun, du følger din egen kurve så det er ikke noe å tenke på, men så samtidig så ser man jo på de skjemaene da».

Selv om helsesykepleier har påpekt at barnet følger «egen kurve» er dette noe moren reflekterer over. Mor1 så også ut til å ha endret oppfatning;

«Som førstegangsførelde så var det veldig sånn «ååå!». Nei, det var litt sånn, da blir du ekstra engstelig da. Når du er litt engstelig fra før [ler]. Så derfor er jeg veldig glad for at vi hadde henne som vi hadde. Rett og slett. Og eehh, ja. Jeg er veldig glad for at vi hadde henne i begynnelsen og ikke hun vi har nå».

Her uttrykte moren hvordan kontrollen av barnet hennes bidro til å gjøre henne engstelig. Samtidig kom det også frem at hun opplevde at helsesykepleier som fulgte dem opp på daværende tidspunkt hadde gjort at hun følte seg trygg. Hun gir også uttrykk for at hun ikke opplevde å møte samme trygghet hos helsesykepleieren som følger de opp nå. Det fremstår som en tydelig forskjell i hvordan hun opplevde det å bli møtt ulikt av helsesykepleierne, som vist under;

«Vi var veldig fornøyde med hun [helsesykepleieren] vi hadde i starten. Hun var helt episk. Hun var kjempeåltreit. Tok imot oss sånn, ja. Hun så oss da. Og var hva vi hadde behov for holdt jeg på å si. Og skjønte. Ja, hun hørte på hva vi sa og stilte [pause] svarte på våre spørsmål og. Så oss da rett og slett. Men så ble hun borte. Jeg vet ikke. Før jul engang. Men nå er det ikke så veldig mye oppfølging lengre da så samme, ja, Nå har vi en annen som vi har møtt to ganger. Og hun har vært i gamet veldig lenge tror jeg. Så, ja. Vi er en i mengden føles det ut som da. Det er sikkert sånn det blir når det blir litt større barn». (Mor1)

Mor1 fortalte også mer om hva som gjorde at hun opplevde møtet med den første helsesykepleieren som positivt;

«Hvordan vi har blitt møtt. Og at hun ser oss og våre, holdt jeg på å si, problemer, eller utfordringer da. Og ja. Stiller spørsmål og ja. Vi vet lissom ikke hva vi lurte på heller da når vi er førstegangsførelde da, tror jeg. Så hun stiller kanskje de rette spørsmålene da, føler jeg. At hun har gjort det, hun vi møtte».

Her kommer det blant annet frem hvordan moren ble møtt ulikt i kontrollsituasjonen av ulike helsesykepleiere innad på samme helsestasjonen. Det kan se ut til at det er ulikt for hvordan helsesykepleiere møter mødre og deres familie, og hvilken informasjon som blir formidlet. Noe som påvirker mødrene ulikt. Det kan se ut til at den første helsesykepleieren som fulgte opp mor og barn bidro til mestring hos moren. Samtidig kan dette også vise viktigheten av å ta hensyn til at mor også er i ulike kontekster, fra å følges opp med et nyfødt barn, til at barnet er eldre. Om denne store ulikheten moren opplever skyldes mors nåværende situasjon, eller om det er store forskjeller fra helsesykepleier til helsesykepleier er vanskelig å si uten nærmere opplysninger.

Hvordan mor har opptrådd for helsesykepleier kan også ha vært påvirket av hvordan helsesykepleier vurderer morens behov for informasjon. Hvor moren har blitt fulgt opp hos en helsesykepleier hun mulig har hatt tillitt til, til å få en ny og ukjent person og forholde seg til. Som kan ha en påvirkning på kommunikasjonen mellom helsesykepleier og moren.

Mor2 opplevde også en forskjell mellom helsesykepleiere. Hun hadde benyttet seg av helsestasjonens «drop-in» time gjentatte ganger, fordi hun var bekymret og hadde der møtt flere av helsesykepleierne ved helsestasjonen;

«Hu som vi snakka mest med av helsesykepleierne [på drop-in]. For hun [helsesykepleieren] som vi hadde som kontaktperson sluttet under perioden. Hun var aldri der når vi trengte a. Men hun [helsesykepleieren] som hadde vært der mest når vi hadde vært inne for å få råd og for å få kontakt. Og hadde relasjonskurs og sånne ting da. Hu eneste helsesykepleieren som vi husket navnet på. Hun fikk vi da etter dette her og vi fortalte hva vi hadde slitt med. Hun sa 'vet du hva, da tar jeg over dere. Rett og slett'. Så etter vi fikk hun så har det vært mye bedre. Hun har fulgt opp både meg og sønnen min tett».

Moren opplevde her gikk fra å oppleve at hun ikke fikk det hun trengte av hjelp og

oppfølging fra helsesykepleieren som skulle følge de opp, før hun en ny helsesykepleier som fulgte de opp. Hun opplevde også liten forståelse for deres utfordringer fra helsesykepleieren som fulgte de opp først;

«Jeg følte lissom etter at det hadde roet seg og jeg har blitt trodd av hun som helsesykepleieren som vi fikk som hadde lagt merke til [hva vi hadde problemer med]. Det var jo lettelse å lissom vite at okay nå blir jeg sett på og trodd på. Så det var jo en lettelse og endelig føle det. Og føle at nå kunne jeg få litt hjelp med dette her. Man har jo aldri gjort dette før. Man blir bare kastet inn i det». (mor2)

Slik jeg ser mors opplevelse kan det i dette tilfellet se ut til at det å møte rett helsesykepleier, hvor mor føler seg møtt ga en stor positiv forskjell både i forhold til stress, og det å mestre det å ha blitt mor.

7.3.1 Oppsummering

Slik jeg forstår det opplevde mødrene at helsesykepleier klarte å legge inn «kontrollen» av barnets utvikling i lek, samtale og observasjon. Samtidig som mødrene savnet mer informasjon om hva helsesykepleier så etter. På en annen side så det ut til at der observasjonene viste at barnets utvikling var avvikende fra gjennomsnittlig utvikling og kurver skapte dette stress og engstelse. Ettersom mødrene ønsket informasjon, og samtidig ble engstelige av dette, kan det være utfordrende for helsesykepleier å finne en balansegang som skaper trygghet.

Tilsynelatende var det ingen av mødrene som ga uttrykk for at de anså at det var andre motiver bak helsestasjonskontrollene enn å se at barna utvikler seg i samsvar med anbefalingene, og å veilede mødrene på ulike måter som ernæring og søvn, samt å følge opp eventuelle avvik i utviklingen om det var behov for det. Det kom ikke frem at noen stilte spørsmål ved tjenesten, eller hadde vurdert oppfølging av baret på andre måter.

8 Analyse og drøft

Dette kapitlet er delt i fire underkapitler. I første underkapittel ser jeg på målene for helsestasjonstjenesten opp mot begrepene «helsefremmende» og «forebyggende», før jeg deretter gjør det samme med noen av verktøyene helsesykepleier har tilgjengelig. Dette har jeg valgt å presentere tidlig i kapitlet for å vise min forståelse og oppfattelse av helsestasjonens mål. Videre i andre del har jeg analysert og drøftet om helsestasjonen kan ses som en kontrollinstans, og hvordan det påvirker det helsefremmende fokuset. Her presenteres også ulike hensyn og utfordringer helsesykepleier kan møte. Både vedrørende de ulike familiene, samt mulige utfordringer knyttet til tjenestens oppbygging med påvirkning av stat og kommune, og historie. I tredje og fjerde underkapittel presenterer jeg analyse og drøft hvor jeg har sett mødres opplevelse av helsesykepleier og helsestasjonen. Dette har jeg gjort igjennom temaet det normale, samt hvilket fokus helsesykepleier og helsestasjonen har ovenfor mødrene. For å belyse funnene i empirien har jeg sett på disse i sammenheng med den teoretiske rammen jeg tidligere har presentert, samt tidligere forskning på feltet.

8.1 Analyse av målene for helsestasjonstjenesten

Som beskrevet tidligere består målene til helsestasjonen av seks punkter ⁶

Det første målet for helsestasjonstjenesten handler om *mestring* og kan kobles til helsestasjonens *helsefremmende innsats*. Som beskrevet tidligere handler helsefremmende arbeid om å se de ulike ressursene familien har, og å vektlegge og fremme disse, noe som kan skape mestring (Garsjø, 2018). I arbeidet til helsesykepleier kan det helsefremmende arbeidet være å fremheve og vektlegge foreldrenes ressurser, som da kan resultere i at foreldrene opplever mestring.

Det andre målet om knytter jeg opp til *forebyggende arbeid*, og kan ses i forbindelse med universelle og selektive tiltak. Selv om bruken av ordet *bidra* i målet, kan hentyde

⁶ Se kapittel 2.4 «Dagens helsesykepleier» for detaljert liste over målene

til at målet sikter på å være helsefremmende, anser jeg målet primært som et forebyggende tiltak på grunn av helsestasjonens tilnærming til målet, med blant annet gjennom tiltak med kurs i trygghetssirkelen for foreldre, som tar sikte på å skape et god samspill mellom foreldre og barn (Misvær & Lagerløv, 2018).

I det tredje målet blir begrepet *fremme* benyttet. Dette målet anser jeg også som å være et forebyggende, fremfor et helsefremmende tiltak. Hovedgrunnen til dette er at det i hovedsak benyttes forebyggende tiltak ved helsestasjonen for å fremme psykisk og sosial utvikling. Her kan man også se på bruken av trygghetssirkelen som et tiltak som tar sikte på å skape et godt samspill mellom barn og foreldre, og derav fremmer psykisk og sosial utvikling (Misvær & Lagerløv, 2018). På en annen side handler det første målet om å fremme helse ved å bruke fokus på mestring, og det kan fremstå noe motstridende at jeg da anser målet om å fremme som forebyggende og ikke helsefremmende. Dette er fordi jeg anser mestring som positiv vektlegging av ressurser og dermed som helsefremmende. I motsetning til å fremme psykisk og sosial utvikling hvor det kan se ut til at i hovedsak gjøres med forebyggende tiltak som vist over.

Min forståelse er at de resterende punktene handler om forebygging og behandling. Her er det brukt betegnelser som forebygge, avverge og avdekke, som alle kan kobles til forebygging og behandling. Både på grunn av den direkte bruken av begrepene forebygge og fordi begrepet *avverge* tydelig kan knyttes til forebyggende arbeid. Disse begrepene kan også ses opp mot indikative tiltak da dette må gjøres på individuelt nivå, og kan for eksempel benyttes hvor foreldre har økt risiko for å utøve vold. Bruk av begrepet avdekke vold forstår jeg som noe som brukes for å behandle, og å forebygge videre følgekonskvenser for barn som opplever vold og andre negative faktorer.

Verktøy

Ettersom det kan se ut til at det forebyggende arbeidet vektlegges fremfor det helsefremmende opplevde jeg det hensiktsmessig å se på noen av verktøyene

helsesykepleiere kan benytte. Dette for å kunne se hvordan de vokter og fremmer forebyggende og helsefremmende arbeid.

I dette arbeidet har jeg blant annet sett på boken «*Håndbok for helsestasjoner 0-5 år*» (Misvær & Lagerløv, 2018), som kan ses som et av verktøyene til helsesykepleier. Her påpekes det i beskrivelsen av helsestasjonsprogrammet om viktigheten av å trygge foreldrene, og anses som like viktig eller viktigere enn å avdekke fysisk sykdom (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 23). Likevel opplever jeg lite fokus på dette ellers igjennom boken. Det tas frem under de ulike aldersbestemte kontrollene at helsesykepleier skal se på foreldrenes trivsel og helse, men likevel nevnes ikke mestring under disse punktene, selv om mestring er det første punktet i målsettingen for helsestasjonstjenesten. Begrepet mestring får oppmerksomhet i boken under kapittelet «kommunikasjon», hvor det vektlegges hvordan kommunikasjon kan bidra til økt mestring hos foreldre (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 85). Misvær og Lagerløv (2018, s. 85) benytter tre prinsipper for hvordan foreldre kan oppnå mestring. Disse prinsippene er: foreldrene forstår situasjonen, de har troen på en løsning og de opplever mening i en løsning.

I samme boken presenteres også modellen «helsesøstertilnærming til foreldre med spedbarn» (Helseth, 2007, s. 216 i ; Misvær & Lagerløv, 2018, s. 86-87) som handler om hvordan helsesykepleier kan skape mestring. Her påpekes det blant annet at denne modellen kan benyttes hvor barn har ulike utfordringer. Ut ifra dette kan det se ut til at det primært er barn med utfordringer som her er hovedfokuset, noe som ser ut til å være gjennomgående for boken. Basert på dette kan det virke som om mestring ikke vektlegges like mye i familier uten synlige utfordringer. I boken «*Helsestasjonstjenesten, barns psykiske helse og utvikling*» (Holme et al., 2016) har jeg sett en lignende tendens. Her nevnes viktigheten av helsestasjonen som en helsefremmende og forebyggende instans gjentatte ganger (Holme et al., 2016). Likevel kan det se ut til at det er det forebyggende arbeidet som får hovedfokuset, ved å forebygge det syke fremfor å fremme ressursene og det positive. Dette gjøres ved å legge frem risikoene ved negative hendelser og viktigheten av å forebygge disse, og mindre vekt på informasjon og veiledning i forhold til å fremme de positive ressursene slik som ved helsefremmende arbeid.

Utdanningen til helsesykepleiere vil jeg også anse som en bakgrunn for at helsesykepleier har det fokuset de har. I dagens helsesykepleierutdanning vektlegges både helsefremmende og forebyggende innsats (Universitetet i Sør-Øst Norge, 2020). Dette igjennom utdanning og målsettingen for tjenesten (Helsedirektoratet, 2020a). Likevel er grunnutdanningen til helsesykepleiere forankret i det akutte og sykdomsbasert, igjennom sykepleierutdanningen. Selv om helsefremmende og forebyggende innsats står på læreplan og i målene til utdanningen, kan det likevel virke som om dette arbeidet får mindre plass enn hva fokuset på det syke gjør (Garsjø, 2018, s. 117).

8.2 Helsestasjon: kontroll eller helsefremmende?

Igjennom intervjuene kom det frem at alle barna hadde avvik fra hva gjennomsnittlig kurve og helsesykepleier anså som normal utvikling. Mor3 opplevde dette i form av at datteren ikke rullet, når helsesykepleier forventet at barnet skulle gjøre det. Barnet ble derfor henvist til fysioterapi, noe som så ut til å skape et stress hos mor.

Fysioterapeuten fant ikke noe fysisk galt, og påpekte at barnet kunne trinnene i bevegelsen som resulterte i at de ikke ble videre fulgt opp av fysioterapeut. Barnet lærte å rulle når det var 6 måneder, noe som er gjennomsnittlig alder for å lære å rulle. Det kan virke som om den aktuelle helsesykepleieren var veldig opptatt av tidlig innsats i form av forebygging, før det egentlig kunne anses som treg utvikling. Det økte stresset og usikkerheten det kan se ut til å skape hos mødrene, kan også sees i sammenheng med hva Madsen (2016)⁷ beskriver som «skremmeri» ovenfor foreldrene. Hvor det kan se ut til at fokuset på det unormale har fått stor plass. Slike opplevelser kan Disse kan bidra til å vise at praksisen for hvordan disse kontrollene gjennomføres, kan være med å skape usikkerhet hos mødrene fremfor mestringen helsestasjonen har som «mål» å skape.

⁷ Se vedlegg 6: Helsestasjonismen

Helsestasjonen er et frivillig tilbud, likevel følges nærmest alle barn i Norge opp ved helsestasjonen. For å forstå hvordan mødre aksepterer helsestasjonens oppfølging med kontroller, har jeg blant annet sett dette i lys av hvordan velferdsstaten har preget samfunnet vårt. I dag opplever man frihet i større grad enn noen gang, blant annet i form av tilgangen på offentlige tjenester (Kroken, 2018, s. 142). Denne friheten kan på den ene siden se ut til å være konstruert, da friheten for mange kan henge sammen med valgfrihet, politisk uavhengighet og makt over eget liv (Kroken, 2018, s. 141-142). I Norge ser denne friheten derimot ut til å handle om personlig uavhengighet (Kroken, 2018). Samtidig som vi oppfatter oss som frie, kontrolleres vi til en viss grad av velferdsstaten.

Tjenestetilbudet som gis ved helsestasjonen kan ses på som en form for *offentlig omsorg*, hvor man tror det er nødvendig med statlig innblanding med profesjonell veiledning for at barna skal få rett omsorg (Kroken, 2018, s. 140).

Den offentlige tilstedeværelsen i alle barnefamiliers liv ble i all hovedsak oppfattet som legitim og til og med ønsket, spesielt fordi den i hovedsak besto i å drive faglig rådgivning til foreldre som enten følte seg usikre, eller som hadde grunn til å føle det. (Kroken, 2018, s. 140)

Makt er en også en sentral del av den statlige reguleringen. Slik Foucault (1999b, s. 104) blant annet beskriver makt, som noe som ikke pågår kun på et plan, men er sammensatt og komplekst. Dette kan gjenspeiles i hvordan helsestasjonen er regulert av staten og er en institusjon som utøver makt og benyttes strategisk for å holde befolkningen frisk. Fokuset på å holde befolkningen frisk kan skape et godt helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn, unge og deres familier.

Ulike hensyn og utfordringer

Det er flere aspekter helsesykepleiere må ta hensyn til i sine møter med mødre og familier. En av disse kan være å se familiens situasjon i rett kontekst. Ser man for

eksempel på opplevelsen av mestring, opplever ofte familier med lav *sosioøkonomisk status* mindre mestring enn familier med høy sosioøkonomisk status (Samdal et al., 2017, s. 1). Samtidig er det også viktig å være klar over de ulike måtene man ser på helse, og den ulike måten å se et problem på (Garsjø, 2018, s. 99). Disse ulikhetene kan også skape utfordringer for helsesykepleier i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid hvis mødrene ikke ser de samme problemene, eller viktigheten av arbeidet til helsesykepleier. Denne problemstillingen er også noe Neumann (2009, s. 192-193) viser til i sine intervju av helsesykepleiere. Her forteller en helsesykepleier at hun opplevde å ha blitt ledd av når hun tok opp temaet tannpuss, på et barn under 1 år med utenlandske foreldre. For å benytte et annet eksempel kan man se på den ulike konteksten til familier som har emigrert til Norge. Dette er nyttig fordi ulike kulturer har ulikt syn på begreper som helse og sykdom, som er en vanlig årsak til misforståelser (Garsjø, 2018, s. 191; Holme et al., 2016). Viktigheten av å ta hensyn til ulike kulturer og kontekster kommer også frem hos Statens helsetilsyn som påpeker at «Kommuner med minoritetsinnbyggere som har kontakt med helsestasjonstjenesten, må sørge for at de ansatte har god innsikt i kulturelle ulikheter i synet på foreldrerollen, oppdragspraksis, forventninger og levevaner» (Helsetilsynet, 2014, s. 6).

Det kan også være utfordrende for helsesykepleier å møte familier som tilhører en annen klasse enn seg selv. En helsesykepleier kan anses som å tilhøre i middelklassen, potensielt også i øvre middelklasse, og det kan se ut til at helsesykepleier opptrer ulikt med bakgrunn i familiens klassesetilhørighet (Neumann, 2009, s. 189). I følge Neumann (2009, s. 206) kan helsesykepleiers bevissthet på klassesetilhørighet også påvirke formidling av kunnskap og påvirke behovet for inngripende tiltak hos barnet og familien. Et viktig aspekt vedrørende klassesetilhørighet kan være det ulike synet på hva man oppfatter som å være «gode foreldre» (Kroken, 2018, s. 145). Neumann (2009, s. 189) påpeker at helsesykepleiere så ut til å både oppleve at foreldre fra lavere klasse hadde annet kunnskapsgrunnlag enn middelklasse mødre, samt ulik fremtoning både ovenfor barna sine, og i samtale om barna. Med bakgrunn i ulik klassesetilhørighet og det ulike synet på «gode foreldre», kan man på den ene siden si at det er viktig at helsesykepleier ikke tar for gitt at foreldre fra middelklassen automatisk har de nødvendige forutsetningene om et barns utvikling og behov, og motsatt. På den andre siden kan

klassetilhørighet være vesentlig fordi dårlig økonomi kan påvirke utviklingen negativt (Holme et al., 2016, s. 162). Dette er konsekvenser som blant annet adferdsproblemer, utviklingsproblemer og psykiske problemer. Samtidig er konsekvensene ofte sterke ved langvarig lav sosioøkonomisk status (Holme et al., 2016, s. 162). Disse konsekvensene er med å gjøre bevissthet rundt klassetilhørighet viktig for tidlig intervensjon, og for å hindre en potensielt negativ utvikling hos barnet og dets familie.

Mødrene jeg intervjuet så ut til å ha reflektert over hvordan helsesykepleier uttrykte seg. Ser man på mor1 påpekte hun at hvordan hun tar imot informasjon fra helsesykepleier, handler om hvordan helsesykepleier ordlegger seg. Noe som både kan komme av hvilke forventninger helsesykepleier har til mors kunnskapsgrunnlag og familiens situasjon. Samtidig påpekte mor3 viktigheten av at helsesykepleier ikke skjuler noe fra mor, og er med på å vise viktigheten av helsesykepleiers tilpassing av informasjon til mors situasjon og forståelse.

Helsestasjonstjenesten i de ulike kommunene, skal blant annet formes etter lokale behov. Samtidig er helsestasjonstjenesten også regulert gjennom lovverket, veiledere og De nasjonalfaglige retningslinjene, og beskriver hvordan tjenestetilbudet burde utformes og hva det burde inneholde (Helsedirektoratet, 2020a). Kommunene har dermed mulighet til å vurdere hva og hvordan tjenesten gjennomføres basert på hva kommunen opplever som viktig. Helsestasjonen kan være viktig for velferdsstaten og samfunnsøkonomien, ved at mange kan fange opp utfordringer tidlig og sette inn tidlige tiltak. Dette betyr at helsestasjonstjenesten kan være positiv for samfunnsøkonomien, og en god investering (Holme et al., 2016, s. 373). På tross at dette fant Helsetilsynet (2014, s. 10) i en kontroll at nesten halvparten av kommunene ikke fulgte lover og retningslinjer de er pliktet å følge.

Når så mange kommuner ikke følger lovverket, kan være en utfordring i forhold til å ta vare på barn, unge og deres familier. Årsaken til at så mange bryter med lovverk og retningslinjer kan være kompleks. Dette kan blant annet komme av ulike bevilgninger til helsestasjonen, samt den friheten de ulike helsestasjonene har i forhold til hvordan tjenesten skal gjennomføres, kan skape en utfordring med å skape en likhet i hvordan

mødrene møtes. Selv om det er viktig å se mødrenes ulike kontekster i møte med helsestasjonen, så kan det tenkes at den kommunale praksisen ved den enkelte helsestasjon former hvordan tjenestetilbudet vektlegges og gis. Samtidig er helsestasjonen en mulighet for kommunene å innhente informasjon om sine beboeres helse, noe de trenger for å tilfredsstille ansvaret de har (Garsjø, 2018, s. 57).

En av årsakene til kommunenes ulike satsning på helsestasjonen være utfordringene som finnes ved å måle effekten av det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Kommunen kan også ha en trang økonomi, hvor kommunene kan seg nødt til å prioritere akutte ting, som behandlende arbeid. Dette kan for eksempel være styrkning av tilbudet ved legevakten i kommunen, fremfor å prioritere økt satsning på helsestasjonen. En slik prioritering kan også ha bakgrunn i hvordan behandlingstiltak og akutt sykdom som foregår ved for eksempel legevakt ser ut til å ha både høyere status og makt, kontra det helseforebyggende og helsefremmende arbeidet ved helsestasjonen har (Garsjø, 2018, s. 113). På samme tid er det også enklere å satse på noe man kan begrunne og argumentere for at har en synlig effekt (Garsjø, 2018, s. 111), fremfor det forebyggende og helsefremmende arbeidet som er vanskelig å måle effekten av. Garsjø (2018, s. 111) forklarer at det er; «Lettere å få gjennomslag for det forebyggende som er problemorientert enn helsefremmende tiltak som er ressursorientert» (Garsjø, 2018, s. 111). Dermed kan det bli både utfordrende å få kommunene til å satse på det forebyggende og helsefremmende arbeidet, som for eksempel ved helsestasjonen. Dette siden arbeidet ved helsestasjonen ser ut å komme langt ned på prioriteringslisten, og midler til helsefremmende tiltakene settes i skyggen av mer målbare og synlige tiltak.

Gjennom barn og mødres besøk ved helsestasjonen åpnes muligheten for å både være en kontrollerende instans, og en mestringsskapende instans. Å oppleve mestring handler om å hente frem det positive og å gjøre mennesker mer rustet til å håndtere dagligdagse situasjoner. At foreldre opplever mestring, kan redusere stressnivået i familien. Hvis det oppstår langvarig stress, kan dette føre med seg negative konsekvenser (Samdal et al., 2017, s. 3). En av de negative faktorene stress kan føre med seg er depresjon på grunn av manglende opplevelse av mestring (Samdal et al.,

2017). I mange av møtene som ble gjenfortalt kan det se ut som at mødrene som opplevde at barnet var utenfor hva helsesykepleier anså som gjennomsnittlig opplevde økt grad av stress. Mor3 beskrev for eksempel at hun ble stresset når de ble henvist til fysioterapeut, og mor1 ble engstelig når hun opplevde at det var «noe» som helsesykepleier la merke til.

På en annen side kan det være utfordrende for helsesykepleier å skulle balansere det helsefremmende som mestring og det forebyggende som kontroll. Det kan se ut til å være vanskelig å måle den positive effekten mestring kan føre til, kontra de forebyggende tiltakene i kontrollen som mer konkret kan måles, for eksempel ved bruk av kurver og skjemaer. Garsjø (2018) påpeker utfordringene ved å også måle effekten av de forebyggende tiltakene sammenlignet med å måle effekt av behandling av sykdom. Samtidig anser jeg det som betraktelig mer utfordrende å måle effekten av det helsefremmende arbeidet totalt sett, ettersom det ser ut til å mangle verktøy helsesykepleier kan benyttes i dette arbeidet.

Både den historiske utviklingen av helsesykepleierutdanningen og helsestasjonens opprinnelse kan være noe av årsaken til utfordringene helsesykepleier møter i dag. Som nevnt tidligere⁸ var det opprinnelige fokuset til helsestasjonen og fremme amming, og het «Barnepleierstasjon» (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 27). Videre gikk helsestasjonen under navnet «kontrollstasjon for mor og barn» (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 28). Noe som er med på å vise hvordan det tidlige fokuset til helsestasjonen var kontroll. Fokuset på kontroll ser videre ut til å ha stått sentralt i helsesykepleierarbeidet. Ikke før i 1990 en veileder en veileder fra myndighetene over hva kontrollene skulle inneholde.

I 1998 kom det en veileder for å skape mer likhet i arbeidet til helsesykepleiere (Glavin & Gjevjon, 2016, s. 29). Selv om likhet i arbeidet ble satt fokus på for over 20 år siden, ser det fortsatt ut til at dette er utfordrende. Både ettersom rundt halvparten av kommunene ikke fulgte lover og retningslinjer i forbindelse med oppfølgingen på helsestasjonen som nevnt tidligere. Samt hvordan mødrene så ut til å oppfatte ulikt

⁸ Se kapittel 2 «Hvordan oppsto helsestasjonen og helsesykepleiere i Norge».

fokus hos helsesykepleierne de hadde møtt. Samtidig har helsesykepleiere igjennom tidene hatt mange ulike arbeidsområder. Selv om de i dag primært jobber med barn og unge, er spekteret fortsatt bredt med alle utfordringer og bekymringer barn, unge og deres foreldre kan ha med seg.

8.3 Normal

Ved gjennomføring av kontrollene ved helsestasjonen skal barnet passe innenfor en *normal* og et gjennomsnitt. Barnet skal passe innenfor en normal både innenfor motorisk utvikling, fysiske mål som lengde, vekt og hodeomkrets, samt psykososial utvikling.

Med bakgrunn i mødrenes opplevelser ser jeg det som interessant å se på normalitetsperspektivet i dagens samfunn, ettersom både Grue (2016); og Madsen (2016) forklarer om at feltet for normalitet blitt snevret inn ved årenes løp. Det kan se ut til at den sosiale praksisen ved helsestasjonen er at alt skal ligge innenfor gjennomsnittet for å bli definert som «normalt», slik også Madsen (2016) beskriver. Samtidig blir konsekvensen da at mange faller utenfor hva som anses som normalt.

Igjennom arbeidet med analysen kom det frem at mødre opplevde et stort fokus på om barnet var innenfor eller utenfor kurver og tabeller. Problemstillingen var ofte hvorvidt barnet hadde avvik fra gjennomsnittet, og ikke om barnet var innenfor hva som kan anses som et normalområde. Dette så ut til å medføre tidlig intervensjon, og økt stress hos mødre. Mor3 fortalte at hennes barn lærte å rulle da det var 6 måneder, noe som er den gjennomsnittlige alderen for å lære dette (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 328). Helsesykepleier anså barnets grovmotoriske utvikling som forsinket, og hadde henvist barnet til fysioterapeut en stund i forkant av at barnet ble 6 måneder. Misvær og Lagerløv (2018, s. 328-329) peker på at utviklingen av grovmotorikk er den utviklingen som har størst variasjoner, og det ikke alltid er nødvendig å forhaste en tidlig intervensjon om noe faller utenfor normalfeltet. Selv om det kan sees som hensiktsmessig å ikke forhaste en slik oppfølging, ble barnet likevel henvist til fysioterapeut. Flere av mødre hadde også opplevd bruk av begrepet «følger sin egen kurve», altså at barnet ikke følger gjennomsnittet, men vokser og utvikler seg i normal

takt sammenlignet med tidligere målinger og kontroller. Når helsesykepleier påpekte at barnet til mor1 hadde treg motorisk utvikling, selv om den var innenfor normalområdet opplevde moren dette som stressende. Selv om barnet «fulgte egen kurve» kan det se ut til at dette faktisk skaper en usikkerhet hos mødre, både ved bekymring, og sammenligning av eget barn med andre barn.

Hva som anses som normalt på helsestasjonen reguleres gjennom utarbeidelse av retningslinjer og veiledere, samt basert på forskning for bruk i helsestasjonen. Likevel kan det se ut til at praksisen hos flere helsesykepleiere er tidlig bekymring om et barn ikke er gjennomsnittlig, selv om det følger normalfeltet. Neumann (2009, s. 178-179) påpeker også hvordan helsesykepleiere forholder seg til denne sosiale reguleringen av et barn utvikling, gjør at disse vurderingene står i fokus i deres arbeid. Dette kan også gjenspeiles i kronikken til Madsen (2016), hvor hans barn ikke gikk ved 12 måneders alder, og hvor fysioterapeut ikke finner noe galt med barnets motorikk. Samtidig som barnet hans henvises til fysioterapi, er det lite som tyder på at øvelser i forbindelse med grovmotorikk har effekt for barn som vokser opp i normalt aktive familier (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 328). På samme tid må man være klar over at fysioterapeut kan spille en viktig rolle i utviklingen av grovmotorikk (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 328).

For å se nærmere på praksisen ved helsestasjon som en institusjon som skal arbeide både helsefremmende og forebyggende, er det interessant å se nærmere på kronikken til Madsen (2016). Her viser han til hvordan den gode kommunikasjonen og tilknytningen til sønnen fikk «skylden» og ble brukt som årsaksforklaring til at barnet utviklet seg tregere enn helsesykepleiers forventning. Slik jeg ser det, kan det da se ut til at helsestasjonen her vektla det forebyggende arbeidet, fremfor å sette fokus på det positive og helsefremmende. Madsen (2016) er også kritisk til den sosiale praksisen det kan se ut til at utføres på helsestasjonen, hvor forebygging er i hovedfokus og kan se ut til å overskygge fokuset på det helsefremmende.

Madsen (2016) påpeker også at det unormale kan skapes ved at man blir pålagt en type oppfølging. Sett i lys av Foucaults maktperspektiv kan dette ses i sammenheng med hvordan vi i dag tenker at ting som avviker fra normalen må følges opp, og godtar

henvisninger og oppfølging selv om dette også kan være invaderende i familiers privatliv. Helsestasjonens fokus på kontroller og normalitet kan ses i sammenheng med Foucault begrep om *panoptisk disiplinering*, hvor disiplinering benyttes for å få barn til å passe inn og formes. Denne invaderingen er noe Madsen (2016) også viste til, da han opplevde en «invadering» hvor helsesykepleier anbefalte oppfølging av fysioterapeut til sitt første barn. I dette tilfellet var han klar på at han opplever «at det koster» å gå utenom og avslå rådene fra helsestasjonen, da det kan se ut til at det normale er å godta oppfølging.

Samtidig kan hva som er normalt ses opp mot hvordan Grue (2016, s. 113) påpeker, nemlig at kulturelle og sosiale verdier påvirker samfunnets syn på det normale og unormale. Altså vil definisjonen på hva som er normalt påvirkes av ulike aspekter i samfunnet, samtidig som det også kan se ut til at det forekommer ulike vurderinger av hva som er «det normale» hos ulike helsesykepleiere. Spesielt innenfor psykiatriske sykdommer hvor diagnose stilles ut ifra symptomer (Norvoll, 2013) kan det normale være utfordrende. Dette fordi vurderingen av om en person har en diagnose også tolkes ut ifra fagfolks oppfatning, påvirkninger og noe skjønn i forhold til hva de oppfatter som normalt, og hva som er avvikende fra normalen (Grue, 2016, s. 111).

Samtidig som det er viktig å ikke skremmes av kurver og normalutvikling er det selvfølgelig viktig at helsesykepleier og mødre tar tak i utfordringer vedrørende barnets utvikling som vekker grunn til bekymringer. Dette er nødvendig for å unngå en skjevutvikling og potensielle negative konsekvenser. Fokuset på normalutviklingen kan se ut til å gjøre det utfordrende for helsestasjonen å oppnå målet om at foreldre opplever mestring (Helsedirektoratet, 2020a).

8.4 Selv-presentasjon

Selv om foreldres trivsel og *psykisk helse* skal være gjennomgående tema i oppfølgingen ved helsestasjon, ga alle de fire mødre meg inntrykket av at de savnet en slik oppfølging. De hadde opplevd enten manglende oppfølging eller for lite oppfølging på dette området, og det kan dermed se ut til at mødre ikke opplevde at

helsesykepleier klarte å ha psykisk helse som et gjennomgående tema, slik helsestasjonsprogrammet viser til at de skal ha (Helsedirektoratet, 2019b). Selv om dette var mødrenes opplevelse, kan det selvfølgelig være at helsesykepleier vurderte sitt inntrykk av mor, og hvordan mors psykiske helse fremsto, uten at mor har lagt merke til helsesykepleiers vurdering. Samtidig som mødrene ønsket mer oppfølging omkring egen helse, så det ut til at mødrene og spesielt mor³, så ut å sitte igjen med et inntrykk av at helsestasjonene «kun» handlet om barnet. Dette ettersom når jeg spurte om der var noe hun ønsket å fortelle om, fremsto hun som unnskyldende når hun påpekte at hun savnet noe som ikke angikk barnet, men oppfølging av mor. Samtidig er helsestasjonen en tjeneste som skal følge opp både barn og familie. Dette viser at manglende forståelse av at helsestasjonstjenesten også handler om de som mødre, kan ha påvirket hvordan de uttrykker tanker og behov omkring seg selv.

Fordi depresjon kan ha store negative konsekvenser, anses det som svært viktig at helsesykepleier klarer å avdekke både fødselsdepresjoner og depresjoner hos mødre. Selv om det er vanlig at fødselsdepresjoner oppstår innen 3 måneder etter fødsel, kan det ta inntil ett år før symptomene inntre (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 244). Både risikoene for negative konsekvenser samt variasjonen i når mødre utvikler fødselsdepresjoner, er med på å understreke viktigheten av at helsesykepleier følger målene for helsestasjonen og helsedirektoratets anbefaling om jevnlig oppfølging av psykisk helse hos omsorgspersonene til barnet.

Mor¹ hadde opplevd at EPDS-skjemaet ble brukt til kartlegging, og påpekte hvordan det kan være utfordrende å benytte denne metoden for å se etter depresjon hos mor da svarene her kan «fakes». Ut ifra mors utsagn om det å «fake» svarene på dette skjema, er det interessant å se nærmere på bruken av EPDS som kartlegging av depresjon, samt å se på noen mulige årsaker til at noen føler de må «fake» disse svarene. Tidligere forskning viser at EPDS-skjemaet er en god metode for å identifisere mødre som sliter (Olavesen et al., 2017, s. 12). Samtidig viser Andenes (2019) til at noen mødre syntes det var vanskelig å svare ærlig på dette skjemaet, og en mindre andel turte ikke å svare ærlig. Dette kan skape utfordringer for å identifisere de mødrene som ikke har det bra, men likevel ikke tør å svare ærlig. Samtidig er det også en stor andel av de med

fødselsdepresjon som har en lett depresjon, noe som er mer utfordrende å oppdage (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 244-245). Hvorvidt mødrene svarer ærlig på EPDS eller ikke kan også ses i sammenheng med frykten for stigmatisering, som ifølge Olavesen et al. (2017, s. 12) kan være en av grunnene til at mødre ikke åpner seg ovenfor helsesykepleier. En årsak kan være at mødre opplever et behov for å spille en annen rolle utad om de anser det å være deprimert som utenfor normalen.

En måte å forstå dette, er ved å ta i bruk Goffman sitt begrep om *stigma*;

While the stranger is present before us, evidence can arise of his possessing an attribute that makes him different from others in the category of persons available for him to be, and of a less desirable kind - in the extreme, a person who is quite thoroughly bad, or dangerous, or weak. He is thus reduced in our minds from a whole and usual person to a tainted, discounted one. Such an attribute is a stigma, especially when its discrediting effect is very extensive; sometimes it is also called a failing, a shortcoming, a handicap. (Goffman, 1968, s. 12)

Altså kan man oppleve et stigma og stigmatisering om man er utenfor normalen, som kan resultere at man blir sett ned på. Frykten for stigmatisering kan også handle om hvordan helsesykepleier reagerer og ser på morens utfordringer og hvordan disse aksepteres. Goffman forklarer også hvordan det er normalt å prøve å passe inn, innenfor gitte rammer slik at man ikke sees som annerledes (Goffman, 1968). Dette kan være med å bidra til at mødrene opplever et behov for å spille en annen rolle utad om de anser det å være deprimert utenfor normalen. Hvis mødrene anses som psykisk syke kan de være redde for å bli stigmatisert, og usikre på om det kan påvirke hvordan andre ser de skikket som forelder (Olavesen et al., 2017, s. 12).

Mødres behov for å skjule sine reelle følelser kan også påvirkes av hvordan mediebildet rundt mødrene er. På den ene siden har mediene stadig oppslag hvor kjendiser står frem med depresjon, artikler om økende forekomst av depresjon, hvordan bli kvitt depresjon og lignende. Av medieoppslag kan det se ut til at depresjon har blitt et

dagligdags tema og at psykiske utfordringer er akseptert i samfunnet. På den andre siden legges det også ut artikler og innlegg i sosiale medier med overskrifter som «babylykke», «Norske foreldre lykkeligere enn før», og man kan finne blogger hvor bloggere med barn viser frem alt de gjør og får til. Dette kan sende ambivalente signaler til mødrene om hva som er normalt, og hva som forventes at de får til. Slik Madsen (2017, s. 33-34) skriver at man i dag har mange muligheter, men at man på samme tid ikke har full innsikt av hvilke forutsetninger man har for å klare disse målene man setter for seg selv. Jeg forstår det som at det kan være vanskelig å se hvilke begrensninger man selv har, når man ser hva alle andre får til. Hvis det er vanskelig å se denne begrensningen kan det også føre til et behov for å skjule hva man ikke får til, for å fremstå mer «vellykket». På samme måte kan man også stille seg spørsmål om blant annet bloggerne som er mødre også spiller en rolle front stage som er annerledes enn back stage (Goffman, 1992).

At mødrene ikke nødvendigvis er helt ærlige med helsesykepleieren de møter, kan være et eksempel på ønske om å presentere front stage til helsesykepleier. Sett i lys av Goffmans teatraliske verden (Goffman, 1992), kan det være et ønske om utad fremstå på en annen måte *front stage* enn hva mødrene føler seg *back stage*. At man ikke ønsker å fremstå som deprimert utad, men back stage er man det. Hvorfor mødre kan oppleve et behov for å fremstå annerledes front stage, kan være komplekst. Dette kan blant annet handle om hvordan kultur mor kommer ifra, og hvor stor aksept moren opplever ovenfor dette temaet i sitt liv (Norvoll, 2013).

Samtidig kan det også diskuteres hvor mye vi i dag bruker ulike roller i møte med andre. I følge Sennett er vi i dag påvirket av et intimitetstyranni i dagens samfunn. Et eksempel på dette er nettopp helsestasjonstjenesten, hvor det i dag forventes av vi opptrer private, selv om vi er i det offentlige rom (Sennett, 1992). Dette innebærer at vi ikke skal skjule oss bak masker som tidligere, men vise hvem vi er. Hos helsestasjonen forventes det at mødre deler private følelser og tanker, samtidig som det forventes en form for varme, tillitt og trøst av helsesykepleier. På en annen side kom det også frem at flere av mødrene påpekte ulikheter i hvordan de opplevde helsesykepleier, som kan tenkes å påvirke mødrenes behov for å opptre med eller uten maske. Samtidig hvis

mødrene ikke oppfatter helsestasjonen som en tjeneste for de som mødre, kan det også ha en sammenheng med hvordan opptreden og maske de har ved besøk på helsestasjonen. En annen utfordring kan også være hvordan helsesykepleier klarer å mestre balansen mellom å være offentlig og privat når det forventes at de gir tillit og trøst til mødre. Andrews (2002) viser til i sine intervjuer at noen helsesykepleiere opplevde det som utfordrende å sette disse grensene. Samtidig har det også foregått en fysisk endring hvor helsesykepleiere før ofte benyttet hvit frakk, og skapte et mer markant skille mellom privat og offentlig. Til i dag hvor det er vanlig å benytte vanlig tøy i møte med mødre (Andrews, 2002).

9 Avslutning: Forebygging og mestring

I denne oppgaven har jeg vist hvordan mødre kan oppleve oppfølgingen de får på helsestasjonen. Jeg har intervjuet 4 mødre, og analysert innsamlet empiri i forhold til psykisk helse, normalitet, og kontroll og mestring. Dette har jeg analysert ved å benytte teoriene til Foucault om makt og Goffmans teorier om den teatralske verden, samt å benytte tilknytningsteori og teorien til Sennett om intimitetstyranniet. Jeg har også benyttet forskning for å se på hvordan dagens helsestasjon kan ses i sammenheng med teoriene nevnt over, samt at jeg sett på helsestasjonsarbeidet i sammenheng med noe av verktøyet helsesykepleier har tilgjengelig. Videre har jeg drøftet funnene i analysen med nevnte teorier og verktøy.

I analysen av funnene i arbeidet med oppgaven ser det ut til at mødre opplevde at helsestasjonen skapte en viss trygghet, samtidig som det kan se ut til at fokuset på forebygging og tidlig innsats kan bidra til stress og engstelse. Samtidig er det flere utfordringer helsesykepleier må ta i hensyn til i møte med mødre ved helsestasjonen, blant annet hvordan mor opptrer fremfor helsesykepleier, om hvorvidt dette er en oppriktig opptreden eller ikke. Helsesykepleier må også ta hensyn til hvilken situasjon mor og familien befinner seg i.

Både helsesykepleierutdanningen, målsettingen for helsestasjonen og lovverket fokuserer på det helsefremmende og det forebyggende (Universitetet i Sør-Øst Norge, 2020). Likevel ser det igjennom analysen ut til at den sosiale praksisen ved helsestasjonen primært innehar den kontrollerende funksjonen. Dette kan man for eksempel se fra hvordan den forebyggende instansen vektlegges, hvor det ser ut til at hovedfokuset under kontrollene er barnets fysiske og psykiske utvikling, tiltak og konsekvenser ved avvik fra normalen. Fokuset på det normale og forebygging av skjevutvikling kan se ut til å bidra til at det helsefremmende og mestringskapende kommer i skyggen av det forebyggende arbeidet, ved at helsesykepleiers fokus på sykdom og negativ utvikling kan overskygge vektleggingen av å fremme de positive ressursene.

Noe av dette fokuset på forebygging og skjevutvikling kan også muligens forklares ved at det er flere utfordringer forbundet med å måle helsefremmende og forebyggende arbeid (Glavin & Kvarme, 2003, s. 97). Disse utfordringene er blant annet knyttet til konkrete verktøy for å måle det helsefremmende, samt at det også er vanskelig å måle effekten av dem. Dette kan også bidra til utfordringer med å få bevilget finansiering til helsefremmende arbeid på kommunalt nivå.

Igjennom arbeidet med oppgavens problemstilling «hvordan opplever førstegangsmødre oppfølgingen av helsesykepleier ved helsestasjonen», hadde mødrene jeg intervjuet hatt ulik opplevelse av den sosiale praksisen ved helsestasjonen. Dette både i forhold til hvordan helsestasjonen følger de nasjonalfaglige retningslinjene, og det ulike fokuset på målene for hele helsestasjonstjenesten. Arbeidet har gitt meg et inntrykk av at mødrene opplever helsestasjonen som en tjeneste som primært ivaretar barnas, og ikke mødrenes behov. De opplevde at fokuset var at barnet skulle være innenfor det normale gjennomsnittet, fremfor at det fokuseres på det positive når barnet egentlig lå innenfor normalfeltet for utviklingen. Dette fokuset underbygger inntrykket av at det helsefremmende har en tendens til å forsvinne litt bak det forebyggende arbeidet. Primært anser jeg mødrene fornøyd med oppfølgingen av barna sine, men at de savnet en bedre oppfølging av egen psykisk helse, og at det så ut til at det forebyggende arbeidet overskygget viktigheten av det helsefremmende.

Samtidig som det helsefremmende er viktig og skal være noe av fokuset til helsesykepleier er det viktig å påpeke at det er svært viktig at det forebyggende arbeidet ikke skal settes til side. Dette fordi helsestasjonen er en viktig instans for å forebygge vold, overgrep og omsorgssvikt, samt forebygging av fysiske og psykisk skjevutvikling.

Helsestasjonen skal i utgangspunktet fokusere på helsefremmende og forebyggende arbeid. Samlet sett kan det likevel ut til at hovedfokuset for helsesykepleier og helsestasjonen er kontroll og forebygging, fremfor helsefremmende arbeid og mestring.

9.1 Til slutt

Jeg anser det som hensiktsmessig å se mødrenes opplevelse av helsestasjonen, opp mot begrensningene ved gjennomføringene av dette studiet. Oppgaven er primært basert på analyse av fire intervjuer, samt relevant litteratur, noe som gjør datamaterialet begrenset og som påvirker overførbarheten til oppgaven. Selv om datamaterialet fra intervjuene er begrenset, har jeg likevel igjennom analysen kunnet fremheve opplevelser og erfaringer som er interessant for tjenesten som utøves på helsestasjonen. Blant annet ettersom jeg igjennom analysen kom frem til at den sosiale praksisen ved helsestasjonen tydelig vektlegger forebyggende fremfor helsefremmende arbeid. Dette kan blant annet ses i overførbart med Garsjø (2018, s. 111-113) beskrivelse at hvordan det helsefremmende ofte havner i skyggen av forebyggende og behandlende arbeid da dette arbeidet ikke har like høy status.

Samtidig er det utfordrende å snu den sosiale praksisen ved helsestasjonen. En måte for å løse utfordringen hvor det forebyggende ikke overskygger det helsefremmende kan være utarbeidelse av et system for hvordan å få helsefremmende arbeid inn i helsestasjonen, samt å øke fokuset på det helsefremmende og gi dette arbeidet mer status enn det ser ut til å ha i dag. Dette kan også bidra til å minske ulikhetene i den sosiale praksisen i møte med helsesykepleier.

For å få dypere innsikt i dette temaet hadde det vært interessant å ha intervjuet helsesykepleiere, deres refleksjon over rolle i forhold til hvordan deres praksis i møte med barn og foreldre er helsefremmende og forebyggende. Samtidig hadde det også vært interessant å kunne intervju enda flere mødre, og sett på deres opplevelse av helsestasjonen. Det kunne også vært nyttig å intervju mødre fra samme helsestasjonen, for å se etter ulik sosial praksis innad på samme helsestasjon. Det hadde også vært interessant å intervju både mødre og fedre til samme barn, for å kunne analysert likheter og forskjeller i deres opplevelse og erfaringer.

Litteraturliste

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forl.
- Andenes, E. (2019). Når skjema blir ein del av omsorga; førebygging av barseldepresjon på helsestasjonen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(1), 1-15.
<https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-11>
- Andrews, T. (2002). Grenseløse krav i helsestasjonstjenesten - dilemmaer og mestringsstrategier. *Sosiologisk tidsskrift*, 10(1), 27-47. Hentet fra https://ezproxy2.usn.no:2146/st/2002/01/grenselose_krav_i_helsestasjonstjenesten_-_dilemmaer_og_mestringsstrategier
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., Mothander, P. R. & Thornye, O. (2008). *Tilknytningsteori: betydningen af nære følelsesmæssige relationer*. København: Hans Reitzels forl.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den nasjonale forskningsetiske komité. (2018, 04. desember). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Drozd, F., Slinning, K., Nielsen, B. & Høstmælingen, A. (2020, 13. februar). Hva virker for hvem? Hentet fra <https://psykologisk.no/2020/02/foreldreveiledning-hva-virker-for-hvem/>
- Engelstad, F. (2019, 20. Juni). Makt. Hentet fra <https://snl.no/makt>
- Fause, Å. & Micaelsen, A. (2002). *Et fag i kamp for livet: sykepleiefagets historie i Norge*. Bergen: Fagbokforl.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2018-10-19-1584>
- Foucault, M. (1999a). *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie* (3. utg., D. Østerberg, Overs.). Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M. (1999b). *Seksualitetens historie: 1: Viljen til viten*. Oslo: EXIL.
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid: fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Glavin, K. & Gjevjon, E. R. (2016). *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforl.
- Glavin, K. & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten: fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.
- Goffman, E. (1968). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik* (Ny. utg.). Oslo: Pax.
- Grue, L. (2016). *Normalitet*. Bergen: Fagbokforl.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Gulbrandsen, L. M. (2017). *Oppvekst og psykologisk utvikling* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Halvorsen, K. (1996). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk: D. 1* (bd. D. 1). Oslo: Tano Aschehoug.
- Hammer, S. (2017). *Foucault og den norske barnehagen: introduksjon til Michel Foucaults analytiske univers*. Bergen: Fagbokforl.
- Helland, H. & Øia, T. (2000). *Forebyggende ungdomsarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2019a, 08. juni). Helsestasjon og skolehelsetjenesten. Hentet fra <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/helsestasjon-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2019b, 19. november). Helsestasjonsprogrammet 0-5 år Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Helsestasjonsprogrammet-0-5.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019c, 15. januar). Helsesøster er nå helsesykepleier. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsesoster-er-na-helsesykepleier>
- Helsedirektoratet. (2020a, 18. september). Helsestasjon 0-5 år. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>
- Helsedirektoratet. (2020b, 18. september). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helseth, S. (2007). En mestringsmodell. I(s. 206-219). Oslo: Akribe.
- Helsetilsynet. (2014). *Helsestasjonen - hjelp i rett tid?: oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsestasjoner 2013* (Rapport fra Helsetilsynet (online) 9788290919752). Oslo: Helsetilsynet. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter/2014/helsetilsynetrapport4_2014.pdf/
- Holme, H., Valla, L., Hansen, M. B. & Olavesen, E. S. (2016). *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kaiser, M., Ugelvik, I. L. & Jåsund, K. K. (2000). *Hva er vitenskap?* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Karolinska Institutet. (2021, 22. April). Specialist-sjukskoterske-programmet - distrikts-skoterska. Hentet fra <https://utbildning.ki.se/program/2ds13-specialistsjukskoterskeprogrammet-distriktsskoterska>
- Kroken, R. (2018). *Omsorgsforståelser: mellom poesi, profesjon og politikk*. Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Madsen, O. J. (2016, 29. juli). Helsestasjonismen. *Morgenbladet*. Hentet fra <https://morgenbladet.no/ideer/2016/07/helsestasjonismen>
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (978-82-8082-442-4 elektronisk utgave). Hentet fra [---

93](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-</p></div><div data-bbox=)

[20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf](#)

- Misvær, N. & Lagerløv, P. (2018). *Håndbok for helsestasjoner: 0-5 år* (4. utg.). Oslo: Kommuneforl.
- Neumann, C. B. (2009). *Det bekymrede blikket: en studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Oslo: Novus forlag.
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- Norsk helseinformatikk. (2019a, 20. mai). Percentilskjema. Hentet fra <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/barnesykdommer/percentilskjema/>
- Norsk helseinformatikk. (2019b, 18. juli). Ultralyd i svangerskapet. Hentet fra <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsel/sykdommer/undersokelser/ultralyd-i-svangerskapet/>
- Norsk helseinformatikk. (2020a). Vekstskjema 0 - 1 år jente. Hentet 01. desember fra <https://nhi.no/imagevault/publishedmedia/9ix8mobhb5oj469ehus2/4288-2-vekst-jente-0-1.pdf>
- Norsk helseinformatikk. (2020b). Weight-for-length GIRLS. Hentet 1. desember fra <https://nhi.no/imagevault/publishedmedia/898d2ainfyrc3517csbj/10447-2-vekt-for-lengde-fodsel-2-ar-jenter.pdf>
- Norsk senter for forskningsdata. (2020, 12. juli). Samtykke fra deltakere i forskning. Hentet fra <https://nsd.no/personvernombud/hjelp/samtykke.html>
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olavesen, E. S., Haug, A., Lindberg, A. & Wickberg, B. (2017). *Edinburgh-metoden Personsentrerte støttesamtaler ved nedstemthet og depressive symptomer i perinatalperioden. - En introduksjon for helsepersonell*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst Sør (RBUP),. Hentet fra <http://tidliginnsats.forebygging.no/Global/Edinburghmetoden.pdf>
- Regjeringen. (2016, 16. desember). Verdens helseorganisasjon. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring* (IS-2655). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Schancke, V. A. (2005). *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis: en kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger* (2. utg., bd. nr 1/2005). Narvik: Nordnorsk kompetansesenter - Rus, ved Nordlandsklinikken.
- Sennett, R. (1992). *Intimitetstyranniet* (bd. 11). Oslo: Cappelen.
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*. Hentet fra

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/barn_og_unges_psykiske_helse_forebyggende.pdf

- Slinning, K., Holme, H. & Valla, L. (2012, 5. januar). Svangerskapsomsorgen og forebygging av depresjon. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/frapraksis/2012/01/svangerskapsomsorg-og-forebygging-av-depresjon>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. (2018, 20. oktober). Erving Goffman. Hentet fra https://snl.no/Erving_Goffman
- UiT Norges arktiske universitet. (2014, 22. desember). Fødselsdepresjoner kan skade babyens utvikling. Hentet fra <https://forskning.no/partner-barn-og-ungdom-depresjon/fodselsdepresjoner-kan-skade-babyens-utvikling/522877>
- Universitetet i Sør-Øst Norge. (2020). Helsepsykeleier. Hentet fra <https://www.usn.no/studier/finn-studier/helse-og-sosialfag/videreutdanning-helsesoster-helsepsykeleier/>
- Utdanning. (2017, 22. februar). Yrkesbeskrivelse helsepsykeleier. Hentet fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsepsykeleier>
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Oslo: Arneberg.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Start: Presentasjon

Kort presentasjon av meg og prosjektet, informere på nytt om konfidensialitet og muligheten til å trekke seg.

Tema: Bakgrunn

Innledning:

Hovedspørsmål: Kan du si noe om bakgrunnen din? (hoppe over spørsmål som blir besvart her)

Oppfølgingsspørsmål:

- Hva er alderen din?
- Hvor mange måneder er barnet ditt?
- Er det ditt første barn?
- Hvilken yrkeserfaring og utdanning har du?
- Hvilken erfaring har du med barn fra tidligere?
(som for eksempel via utdanning, jobb, barnepass, barn i nær familie?)

Tema: Besøk på helsestasjonen

Innledning:

Hovedspørsmål: Kan du si noe om hvilke erfaring du har med besøk og kontakt med helsestasjonen?

Oppfølgingsspørsmål:

- Hvor mange besøk har du og barnet ditt hatt på helsestasjonen?
- Hvordan har du opplevd besøkene på helsestasjonen?
- Har du opplevd noe positivt med besøkene
- Har du opplevd noe negativt med besøkene
- Har dere hatt oppfølging av samme helsesykepleier hele tiden?
- Hva er din opplevelse av helsestasjonen i helhet?
- Hvordan opplever du tilbudet du mottar på helsestasjonen

Tema: Oppfølging

Innledning: De benytter ulike hjelpemidler for å kartlegge barnets utvikling på helsestasjon

Hovedspørsmål: Hvordan opplever du denne kartleggingen og oppfølgingen ved helsestasjonen?

Oppfølgingsspørsmål:

- Hvordan opplever du oppfølgingen ved helsestasjonen? Oppleves den som betryggende, eller blir du mer usikker?
- Hvilken informasjon har helsesykepleier gitt deg i forhold til hva de ser etter på helsestasjonen?
- Tror du barnet ditt må være innenfor «kurve» for å være normalt?
- Har barnet ditt fulgt sin kurve i forhold til vekt og lengde?
 - o Hvis avvik fra kurven, hvordan opplevde du dette?
- Har barnet ditt fulgt den normale utviklingen i forhold til alder, eller har det vært noen avvik? (I forhold til motoriske og psykososial utvikling)
 - o Hvis avvik fra den normale utviklingen: Hvordan opplevde du møte med helsesykepleier i forhold til dette avviket?
 - o Hvilken oppfølging fikk du og barnet ditt i forhold til avviket?
- Hvis barnet ditt ikke har fulgt «normal utvikling og kurve» hva sitter du igjen med av tanker og følelser? (Kun om temaet er kommet opp!)

Tema: Etter helsestasjonen

Innledning:

Hovedspørsmål: Har kontakten med helsestasjonen påvirket hvordan du forholder seg til barnet ditt?

Oppfølgingsspørsmål:

- Hvordan har dette endret seg?
- Kan du gi noen eksempler?
- (Bruke det som kommer frem til å skape spørsmål.)

Tema: Avslutning

Innledning: Takke for deltakelse, og spørre om det er noe de ønsker å spørre meg om, eller lurer på. – Informere om at det er bare å ta kontakt om de opplever behov for dette i etterkant, eller om de sitter igjen med noen spørsmål.

Spørre om jeg kan re kontakte de om det dukker opp noe.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Førstegangsmødres møte med helsestasjonen ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se hvordan førstegangsmødre opplever møte med helsestasjonen. Deltakelse vil innebære et digitalt intervju som gjelder din opplevelse på helsestasjonen, og ditt barn/barns utvikling.

Formål:

Forskningen er et masterprosjekt, innen masteren «forebyggende arbeid med barn og unge». Den vil bestå av intervju av 5-10 personer, enkeltvis på inntil 1.5time. Formålet med prosjektet er å kunne se hvordan førstegangsmødre opplever møte med helsestasjonen, og for å se om dette møte samsvarer med helsestasjonens formål. Prosjektet tar også sikte på å analysere materialet og se det i sammenheng med dagens samfunn. Det kan være aktuelt å benytte resultatet av prosjektet til artikler eller lignende i senere tid.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universiteter i Sørøst-Norge (USN) er ansvarlig for prosjektet.

Ketil Eide er veileder igjennom prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne forskningen da jeg ser etter førstegangs mødre med barn i alderen 3 måneder til 3år.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette et intervju med meg. Dette vil ta opptil 1.5 time og omhandler deres møte med helsestasjonen.

Intervjue vil bli tatt opp, og jeg kommer til å notere underveis.

Intervjuet vil bestå av spørsmål både i forhold til ditt møte med helsestasjonen og utviklingen til ditt barn. Om du ønsker er det mulig å få tilsendt intervjuguiden i forkant av intervjuet. Intervjuguiden er ikke en fullstendig oversikt over spørsmål du vil få, men et utgangspunkt da ting kan komme frem underveis i intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dette vil ikke påvirke din «behandling» hos helsestasjonen.

Det kan være aktuelt med helseopplysninger angående ditt barn. Det er derfor viktig at du er klar over dette i forkant, men er helt frivillig å opplyse meg om og mulig og trekke tilbake samtykket frem til oppgaven er levert. Disse opplysningene vil selvfølgelig behandles konfidensielt og vil ikke kunne identifisere deg eller ditt barn.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare benytte opplysninger om deg til formålene jeg har informert om i dette skrevet. Jeg behandler opplysninger konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som vil ha tilgang til dine opplysninger, foruten om meg vil være Ketil Eide ved USN.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysninger vil navn og kontaktopplysninger oppbevares på egen navneliste adskilt fra øvrige data som lydopptak og transkripsjon. Informasjonen vil også bli behandlet ved full disk kryptering. Back-up lagres i OneDrive, som er beskyttet med brukernavn og passord.
- Det kan være at deltakere gjenkjenner seg selv i publikasjonen pga. eventuelt bruk av sitater, men skal ikke være gjenkjennbart av andre.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes november 2020, men det kan være mulighet for at det utsettes til mai 2021

Ved prosjektslutt vil personopplysninger bli anonymisert og opptak slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universiteter i Sørøst Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student: Charlotte Gundersen Susaas. Mobil: 93009037 Epost: charlotteg@live.no
- Veileder: Ketil Eide, telefon: [35 57 54 56](tel:35575456) / [900 45 138](tel:90045138). Epost: Ketil.Eide@usn.no
Professor ved Universitetet i Sørøst Norge.
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg, ved USN
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Charlotte Gundersen Susaas (student)

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.
- Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person (se veiledning på NSDs nettsider).
- Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.

Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må du tilpasse formuleringene. Husk at deltakerens navn må fremgå.

Tilpass avkryssingsboksene etter hva som er aktuelt i ditt prosjekt. Det er mulig å bruke punkter i stedet for avkryssingsbokser. Men hvis du skal behandle særskilte kategorier personopplysninger og/eller de fire siste punktene er aktuelle, anbefaler vi avkryssingsbokser pga. krav om eksplisitt samtykke.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”*Førstegangsmødres møte med helsestasjonen*”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju i forhold til meg og mitt barn
- at opplysninger om meg og mitt barn publiseres slik at jeg kan gjenkjennes på bakgrunn av sitater
- at mine personopplysninger om meg og mitt barn lagres etter prosjektslutt, til verifisering av prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. november 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Bekreftelse på godkjenning fra NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Førstegangsmødres møte med helsestasjonen

Referansenummer

360081

Registrert

01.11.2019 av Charlotte Gundersen Susaas - 131631@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ketil Eide, Ketil.Eide@usn.no, tlf: 90045138

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Charlotte Gundersen Susaas, charlottteg@live.no, tlf: 93009037

Prosjektperiode

04.11.2019 - 30.11.2020

Status

02.12.2020 - Avsluttet

Vurdering (2)

06.05.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 04.05.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 06.05.2020. Behandlingen kan fortsette.

Endringer:

Vi har nå registrert 30.11.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden. Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres om forlengelsen.

Teams er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

16.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 16.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke,

jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

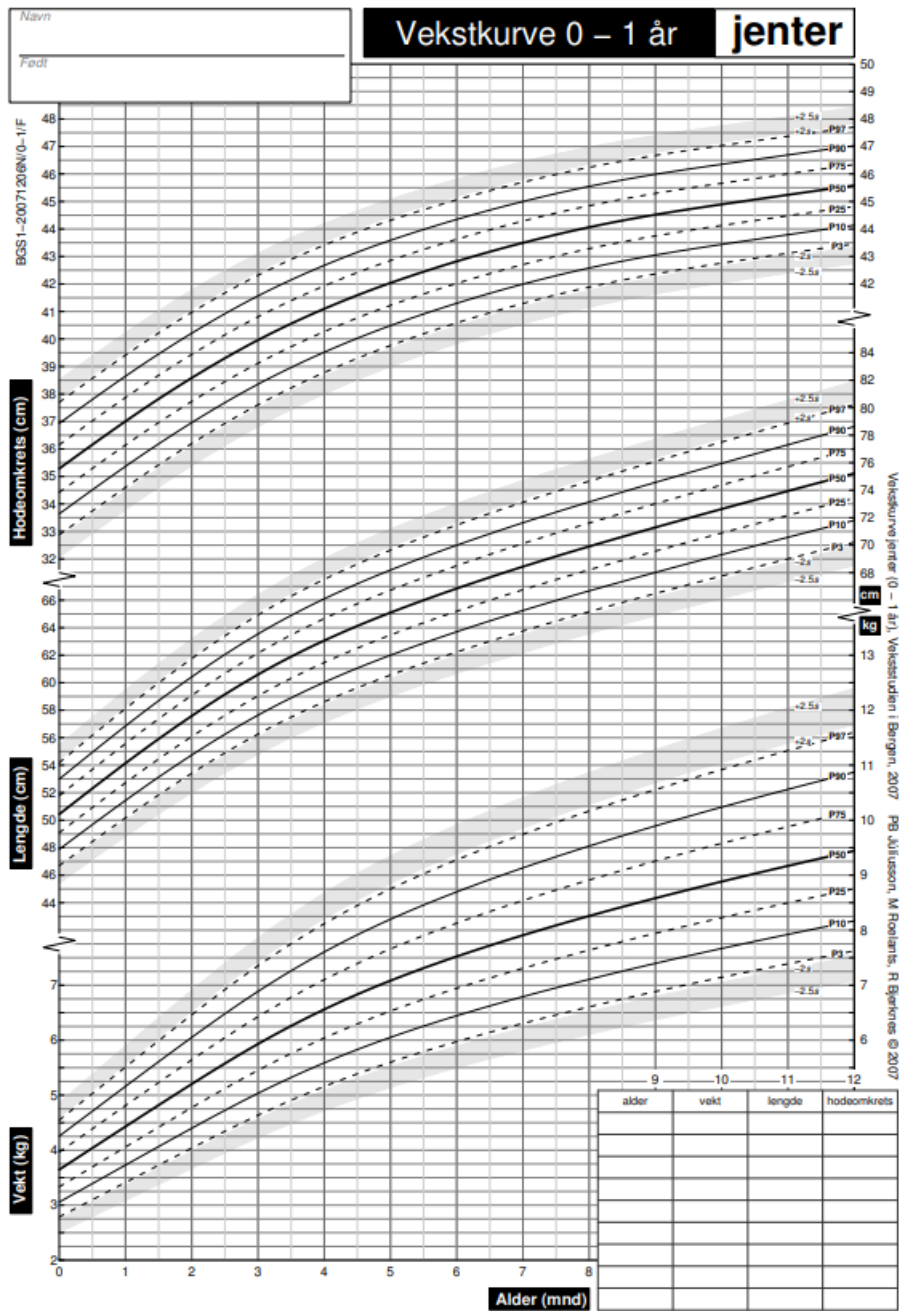
OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4: Vekstkurve 0 – 1 år jenter

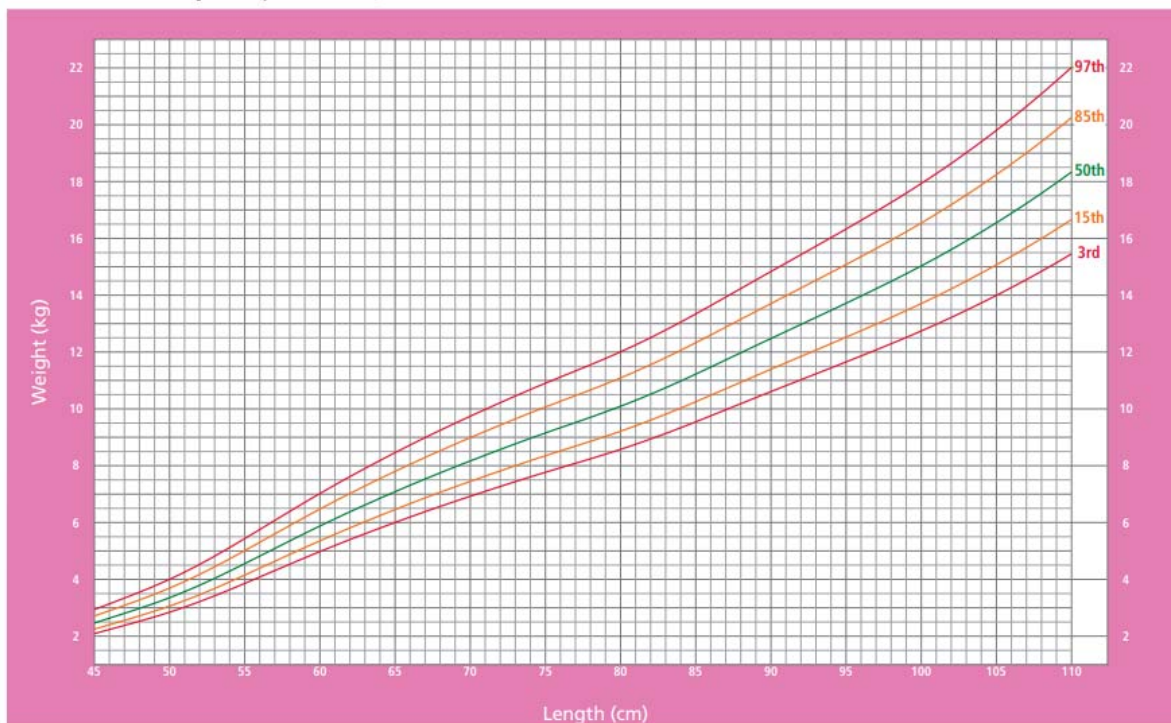


(Júlíusson PB, Roelants M, Eide GE, Moster D, Juul A, Hauspie R, Waaler PE, Bjerknes R. i Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:281-6 i Norsk helseinformatikk, 2020a)

Vedlegg 5: Weight-for-length GIRLS

Weight-for-length GIRLS

Birth to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

.....(WHO Child Growth Standards i Norsk helseinformatikk, 2020b)

Helsestasjonismen

NORMALITET Vil den stadige utvidelsen av helsestasjonens ansvarsområder nå et metningspunkt, der de åpenbare bedringene i folkehelsen blir mindre og faren for at velmente målinger tipper over i overbehandling og «sykdomskremmeri»? spør Ole Jacob Madsen.

Vår lokale helsestasjon i Oslo kaller oss inn til den obligatoriske ettårs-kontrollen. Der ser alt ut til å være i skjønneste orden, bortsett fra at min sønn viser få tegn hverken til å ville gå eller krabbe. Hans foretrukne fremgangsmåte er å ake rundt på baken med ett ben ut til siden og ett under seg, mens han drar seg fremover. Unormalt, ja, men bekymringsfullt? Eller er ikke det lenger en forskjell som gjør en forskjell?

Blir man foreldre i dag, vil man få over et dusin innkallinger til den lokale helsestasjonen, der barnet blir vaksinert, veid, målt og gransket. Titter man over helsesøsterens skulder, vil man se en skjerm opplyst i fargerike utviklingskurver, hvor resultatene omhyggelig blir plottet inn. Dagens «totalundersøkelse» av småbarn har sin opprinnelse 110 år tilbake, da den første helsestasjon ble etablert i Oslo etter initiativ av professor i barnesykdommer, Axel Theodor Johannessen, hvis formål var bekjempelse av spedbarnsdødelighet. I årene som fulgte ble også forbedring av hygiene, amming og ernæring viktige oppgaver for helsestasjonen.

Gjennom resten av århundret ble stadig nye milepæler nådd. Fra bekjempelse av tuberkulose og tilsyn med pleiebarn og barneinstitusjoner i 1920-årene, til BCG-vaksinasjon og kuratorarbeid for sosialt nødstilte på 1950-tallet, til svangerskapsomsorg og stasjon for flyktninger og innvandrere i 1970-årene.

Få, om noen, vil bestride at utviklingen gjennom disse årene ga klare bedringer i folkehelsen. Ser man eksempelvis til det opprinnelige målet om å bekjempe spedbarnsdødelighet, så lå den i Norge mellom 1901 og 1905 på 80 døde barn per 1000 levendefødte i løpet av første år. I år 2000 var spedbarnsdødeligheten sunket til 3,8 barn. Tettere oppfølging blir pekt på som en av forklaringene. I rapporten *Bedre føve* var fra 2011 slår Folkehelseinstituttet sågar fast at: «Gjentatte kontroller av barnets fysiske helse, trivsel og utvikling foretatt av kompetent personell over et langt tidsrom, kombinert med kjennskap til barnets foreldre og oppvekstmiljø, gir et godt utgangspunkt for forebyggende arbeid.»

På 2000-tallet ble også psykologi for alvor innlemmet i helsestasjonens repertoar gjennom in-

teressen for samspillsmønstre hos foreldre og barn, og seksualitet og prevensjon, samliv og psykisk helse for den øvrige befolkningen.

Et spørsmål som melder seg, er om den kontinuerlige utvidelsen av helsestasjonens ansvarsområder etter hvert vil nå et metningspunkt, der de åpenbare bedringene i folkehelsen blir mindre og faren for at velmente målinger og intervensjoner tipper over i overbehandling og såkalt «sykdomskremmeri» desto større. «Disease mongering», som det kalles på engelsk, betegner helse- og medisinindustriens tilbøyelighet til å overdrive alvoret eller utbredelsen av mindre plager og normale livsprosesser, noe som får folk til å føle seg sykere. Internasjonalt peker man ofte på kommersielle interesser som drivkrefter, men i velferdsstater som Norge kan

Jeg holdt klokelig kjeft og jattet med, som en hvilken som helst forelder som vil det beste for barnet sitt.

overbehandling like gjerne skyldes nye former for overtro, der en stadig skjøre psyke for enhver pris skal skjermes fra risikoen for å føle seg annerledes eller få selvbildet satt på prøve. Og der statistiske avvik fra normalen søkes bekjempet i forebyggingens navn, noe som kan illustreres med det jeg selv opplevde under konsultasjonen på vår lokale helsestasjon.

Fordi vår ett år gamle sønn foretrekker å ake rundt på baken, foreslår helsesøster at han henvises til en fysioterapeut som kan undersøke ham nærmere, noe vi takker ja til. På dette tidspunktet forelå det ingen konkrete holddepunkter for at noe var medisinsk i veien med barnet. Dette hadde heller ikke vært noe som bekymret meg før nå. Fødselen hadde forløpt helt uten komplikasjoner, gutten hadde ingen kjente fysiske skavanker eller skjevheter, og viste ellers tegn på god finmotorikk og modning på andre områder. Men den motoriske utviklingen var per definisjon unormal siden normalfordelingskurven viser at de fleste barn kan krabbe og stå i en kort periode ved ettårsalderen. Gjennomsnittlig gangalder er rundt 14 måneder.

To uker senere utsetter fysioterapeuten min sønn for følgende prøve: Først vekkes barnets interesse for tre fargestrøket skumgummiballer. Så ble ballene plassert utenfor barnets rekkevidde bak ribbene i en ribbevegg, noe som innebar at ettåringen måtte dra seg opp i stående posisjon for å ha sjansje til å få tak i dem. Reaksjonen til sønnen min var først å forsøke strekke seg etter ballene i sittende stilling. Dette erfarte han

åpenbart fort at var forgjeves. Da han ganske raskt ga opp forsøkene, vendte han seg heller mot meg, gestikulerte pekende mot ballene og laget «eh, eh!»-lyder som signaliserte at jeg skulle gi ham de spraglede begjæringsobjektene.

Da fysioterapeuten etter en nærmere undersøkelse av beinstilling også kunne konstatere at det ikke var noen tegn til fysiologiske avvik, konkluderte han med at det ikke var noe galt med ettåringen. Forklaringen hans var i stedet at vi hadde for god kommunikasjon. Den sammenveisede relasjonen vår hadde sannsynligvis forsinket utviklingen av gangen, ifølge ham. Min foreldrestil var en del av problemet, da jeg bar for mye rundt på barnet, antagelig hadde vært ettergivende for ofte og løftet ham opp litt for mange ganger, slik at han har lært seg strategier med å få tak i ting via meg. Ergo: På nåværende tidspunkt var det som manglet for at barnet skulle gå, ikke fysiologiske hindre, men motivasjon for å gjøre det. Til tross for dette negative funnet etter konsultasjonen tilbød fysioterapeuten seg, til min overraskelse, likevel å komme og observere ettåringen i barnehagen.

Jeg følte på et visst press, som gjorde at jeg takket ja til det. Både fordi fysioterapeuten åpenbart mente det kunne vært lurt, og fordi barnehagepersonellet nylig hadde spurt om vi hadde sjekket hvorfor vårt barn ikke gikk. Jeg hadde deretter en prat med en helsesøster om hva som egentlig var problemet når ingenting rent fysiologisk var galt, selv om vårt barn kanskje ville falle utenfor normalvariasjonen på 18 måneder. Helsesøsteren svarte at hun var bekymret for om barnet vårt på ett år kunne få ned-satt *selvfølelse* hvis han ble vitne til at andre barn gikk ubesværet rundt ham i barnehagen, mens han selv måtte ake seg omkring i sittende stilling. Jeg visste ikke helt hva jeg skulle si, eller om denne oppfatningen skyldtes for lite eller for mye opplæring i barnepsykologi på helsesøsterutdanningen. Men fanget som jeg var i situasjonen, holdt jeg klokelig kjeft og jattet med, som en hvilken som helst forelder som vil det beste for barnet sitt og ser seg best tjent med å holde seg inne med ekspertisen.

Hva illustrerer denne saken? Er den uhorrt eller bare en logisk konsekvens av en villet utvikling? Saken demonstrerer i det minste hvordan staten i det 21. århundre har investert betydelige ressurser og interesser i borgernes liv, ikke minst i de aller minste sitt ve og vel.

Det har ikke alltid vært slik. I størstedelen av menneskehetens historie har det kun vært pri-



ILLUSTRASJONSFOTO: EVAH KAPPA / GETTY IMAGES

vilegiet til de få – de velstående, de adelige og de geistlige – å få sin individualitet bemerket, beskrevet eller dokumentert. Da var også underernæring, vanskjøtsel, og fysisk og psykisk

To tiår etter Rose sin bok kan det se ut som «det psykologiske blikket» vandrer fritt i institusjoner som helsestasjoner.

Sosiologen Nikolas Rose beskriver i boken *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self* hvordan en gradvis systematisering av kunnskap om barns utvikling innenfor fag som barnepsykologi gjorde en hitlil kaotisk verden av spredte fenomener til en samlet forestilling om normalitet. Representasjonen av «det normale barnet» på grafer, tegninger og fotografier i løpet av de første tre tiårene av forrige århundre var ikke bare noe som bisto en allerede eksisterende tenkning om barn, men funderte den, hevder han. Nye måter å betrakte barn langs de samme utviklingsnormene spredte seg raskt til lærere, helsearbeidere og foreldre, gjennom babybøker, pedagogiske manualer og psykologiske lærebøker. Det er fristende å lese Rose sin utlegging maktkritisk: I dag er normaliteten blitt en snever standard som ekspertene profitterer på å håndheve. Mens de som faller utenfor normaliteten, blir gjenstand for tvang gjennom ulike intervensjoner, det være seg observasjoner, tester, diagnoser eller behandlingsformer. Rose advarer imidlertid mot å tro at han fremsetter en kritikk ut fra ideen om en upassende instrumentalisering av en udefinerbar menneskelighet. Poenget hans er snarere omvendt. Nye former for regulering undertrykker ikke subjektiviteten, men produserer faktisk subjekter – menn, kvinner og barn – som er i stand til å bære frihetens byrder. Denne friheten kommer likevel ikke uten en pris, barn som voksne blir underkastet gitte færing for hvordan subjektiviteten skal utfolde seg. Blant annet vektlegger Rose at psykoekspertisen, takket være dens evne til å nå subjektet på dets mest intime, har fått en helt spesiell posisjon i den vestlige samtidskulturen, som feirer verdier som «autonomi» og «selvrealisering», utpreget psykologiske i sin form og struktur. Verdier som både grunnlegger og begrenser vår forestilling om hva det vil si å være et menneske og leve et fritt liv. Nåtidens mennesker er på et sett forpliktet til å være frie på denne psykologiske måten.

To tiår etter Rose sin bok kan det se ut som «det psykologiske blikket» vandrer fritt i institusjoner som

helsestasjoner. Hvorfor virket eksempelvis ikke fysioterapiens eget kunnskapsgrunnlag sterkere i mitt selvpålevde eksempel? I fraværet av fysikalske holddepunkter grep man i stedet til «mykere», psykologiske årsaker som «kommunikasjon», «relasjon», «motivasjon» og «selvfølelse». Helsesøsterens bekymring for min ettårige sønns selvfølelse når de andre barna gikk, kan selvsagt avfeies som en eiendommelig holdning,

men begrepet er blitt så essensielt i forståelsen av mennesker at det styrker en mistanke om at det er langt fra tilfeldig.

Selvfølelse inngår som en sentral del i det som filosofen Michel Foucault omtale som *selvets teknologier*, et begrep Foucault lanserte for å forstå hvordan subjektivitet kunne foregå i praksis, og som han forsto som en innskriving av subjektivitet gjennom ulike maktrelasjoner og styreform, både diskursivt og praktisk. Under den nyliberale styringsformen etterstrebes selvteknologier som gjør borgerne i stand til å bedrive uttrakke former for selvregulering. For eksempel det å trene, gå til en personlig trener, en coach eller psykolog. Selvfølelsen blir i dette politiske landskapet en sentral teknologi som muliggjør selvets relasjon til seg selv.

På vår nåværende helsestasjon henger det en innrammet planse med bilde av et barn under overskriften «Barnets selvfølelse», der siste bud fastslår: «Jeg er virkelig glad for å være meg selv.» Helsesøsterens uro kan tolkes som en innarbeidet bekymring for at en type adferd i velferdsstatens institusjoner skal bli for vanskelig å romme og gi en negativ oppdrift, som i verste fall resulterer i en borger som ikke klarer å styre seg selv, men blir avhengig av hjelp utenfra. Som statsviteren Barbara Cruikshank treffende har sagt det: «Selvfølelse er en teknologi som tillater at vi kan gripe inn overfor oss selv, slik at politiet, vokterne og doktorene ikke trenger å gjøre det.» Og hvem vil i et slikt lys ikke gjøre det nødvendige for at ens barn skal klare å styre seg selv?

Ironisk nok ble det sterke tilknytningsbåndet mellom sønnen min og meg et nytt problem, men for et annet område av normaliteten, nemlig gangen. Skulle dette overhodet være en plausibel forklaring med en viss generaliseringsverdi, er det rimelig å forvente at tilknytningsteoriens innflytelse på dagens foreldrestil vil medføre at stadig flere barn vil være unormalt sene med å gå. Og hvis det skjer i stor skala, vil de ikke lenger være det unormale, da normalitetskurven ville måtte tegnes på ny.

I barnehagen ga fysioterapeuten de ansatte øvelser som skulle motivere vår sønn til å gå. Da han var akkurat 18 måneder, begynte han å gå selv, og han viser i dag ingen tegn på å ligge etter sine jevnaldrende. Da vårt neste barn heller ikke gikk eller krabbet ved ettårskontrollen og vi etter en gang fikk tilbud om henvisning, takket jeg høflig nei. Men ikke helt uten kvaler. Å gå imot de offisielle rådene koster alltid. Men uten en begynnende bevissthet om faren for en institusjonalisert *helsisme*, kan prisen å betale bli unødig høy.

Ole Jacob Madsen er aktuell med antologien *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten* (Gyldendal Akademisk, 2016), som denne kronikken bygger på.

OLE JACOB MADSEN
Førstamanuensis ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
olej@ Morgenbladet.no

