

**Ingunn Mathiesen**

---

Foreldres fortellinger om det profesjonelle  
møtet på helsestasjonen.

**Masteroppgave i familiebehandling**  
**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag**

## Sammendrag

Bakgrunn for oppgava er et ønske om å få frem mer kunnskap om hvilke erfaringer foreldre har med det profesjonelle møtet og å lære noe av disse foreldrene som kan forbedre det profesjonelle møtet. Konteksten som jeg valgte er 2 årskontrollen, som velferdsstaten tilbyr foreldre via helsestasjonen. Problemstillingen i oppgaven er «*Hvordan erfarer foreldre 2 årskontrollen på helsestasjon?*» Oppgaven bygger på en kvalitativ undersøkelse med intervju av foreldre som har vært på 2 års kontrollen. Fokus har vært på de fortellingene foreldrene selv forteller om sitt møte med de profesjonelle. Materialet viste en variasjonsbredde av opplevelser fra en av informantene var gjennomgående misfornøyd til en var særdeles fornøyd med tilbudet. Resultatene viser at informantene viser i stor grad til at personlige egenskaper hos de profesjonelle hjelperne har betydning for foreldrenes opplevelse og erfaring med 2 årskontrollen og henviser til det relasjonelle aspektet. De var opptatt av hensikten, hva som ligger som premiss for samtalen og at den profesjonelle tar ledelsen i samtalen. Jeg har sett i materialet mitt at informantene er opptatt av tillit. De ønsker at det spørres direkte om det vanskelige, generelle spørsmål oppfattes ikke. Alle informantene forteller om at det somatiske og utviklingsmessige fikk stor plass i samtalen og at temaer som ble lite berørt/var fraværende handlet om helhet, psykisk helse, foreldreveiledning og samspill. Dette kritiserer foreldrene. Sluttdiskusjon handler om at på den ene siden fungerer helsestasjon som normdannende ut ifra det som offentlige myndigheter anser som ønsket foreldrepraksis, hvor helsestasjon skal fungere som en sjekk og en samfunnsmessig kvalitetskontroll av barndommen. På den annen side har vi sett at foreldrene viser at det er variasjonsbredde i kunnskapstilfang hvor de henter inspirasjon og referanser for sitt foreldreskap. Det er blitt svært vanlig at nybakte foreldre søker på nett for å finne ut hvordan de skal gjøre det "riktig" fra start. Hvordan den normerende helsestasjon fungerer når helsestasjon ikke er alene om å sette normene. Er det et paradox når velferdsstaten er førende for hva som er godt foreldreskap samtidig som fokuset er på at foreldre selv skal være den kompetente omsorgsyrer?

## Abstract

The background of the thesis is a desire to get more knowledge about the experiences parents have with the professional meeting, and learning something from these parents that can improve the professional meeting. The context that I chose is the 2-years meeting at the Well Child Clinic, a meeting the welfare state offers parents in Norway. The issue in the thesis is "How are parents experiencing this 2-years meeting at the clinic?" The study is based on a qualitative study involving interviews with parents who have attended the meeting. The focus has been on the stories parents themselves tell about their meeting with the professionals. The material shows a variation of experiences, from extreme dissatisfaction to great satisfaction with the offer at the health clinic. The results show that the informants consider that the personal characteristics of the professional helpers are important for their experiences. All parents show to the relational aspect. I've seen in my material that the informants are concerned about confidence issues. They want it to be requested directly on the difficulties, general questions are not perceived. All informants tell that the somatic and developmental topics took large space in the conversation and the topics that were hardly affected or completely absent, dealt with whole, mental health, parental guidance and family interaction. Parents are critical to this. Finally discussion is about how health clinic on the one hand acts as a norm-setting institution, representing the government's view of what is good parenting. On the other hand, parents tell about large variation in knowledge acquisition, where they collect information, inspiration and references for their parenthood. It has become very common for new parents searching online to find out how to do it "right" from the start. Now, the norm-setting health clinics are not alone in putting standards. Is there a paradox when the welfare state governs what is good parenthood, while at the same time, the focus is on the parents themselves should be the competent caregivers?

## Tittelside

Ingunn Mathiesen

Foreldres fortellinger om det profesjonelle møtet på helsestasjon.

Masteroppgave i familiebehandling

Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultet for samfunnsfag

2016

## Forord.

*”Hvis det i sannhet skal lykkes  
å føre et menneske hen til et bestemt sted,  
må man først og fremst passe på å finne ham der  
hvor han er,  
og begynne der.”*

Søren Kierkegaard

Oppgaven er en del av min masterstudie i sosialt arbeid, familiebehandling. Bakgrunn for oppgaven er et ønske om å se på hvordan jeg som profesjonell kan hjelpe barn, unge og deres familier på en best mulig måte.

*”På bakgrunn av den dominerende kunnskapen i vår kultur er ganske enkelt det å lytte til hva noen forteller oss en revolusjonerende handling”. (Lundby,1998 s.123)*

Endelig i mål! Det har vært en lang og tidkrevende, til tider frustrerende men først og fremst en lærerik prosess. Det beste av alt er følelsen av mestring når jeg kan levere en ferdig oppgave. Først og fremst vil jeg takke mine informanter som villig delte av sine opplevelser og erfaringer. Dere har lært meg mye. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt mulig. Tusen takk for alle deres bidrag!

Tusen takk til mine veiledere, Wenche Bekken og Oddbjørg Skjær Ulvik, ved Høgskolen i Oslo og Akershus, som har vært med meg på reisen. Dere har begge bidratt på ulik måte og har hele veien formidlet tro på at jeg skulle komme mål med denne oppgaven og gitt meg inspirasjon til å jobbe videre. Takk til medstudenter. Takk til arbeidsgiver som har gjort det mulig å gjennomføre dette. Tusen takk til mine arbeidskollegaer som har vært så forståelsesfulle og mine venninner som har heiet fra sidelinjen. Takk til Frøydis for språkvask!

Takk til mamma som har vært med på utallige kjøreturer til Oslo, bare for å holde meg med selskap. Til sist vil jeg takke min familie som har lagt til rette, støttet meg og hele tiden oppmuntret meg i dette arbeidet! Nå er jeg klar for en ny vår!!!

Halden 13.05.2016 Ingunn Mathiesen

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	ii
Tittelside.....	iv
Forord.....	v
1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Tema.....	1
1.2 Velferdsstaten.....	1
1.2.1 Norsk småbarnspolitik.....	1
1.2.2 Familieliv.....	3
1.2.3 Foreldreveiledning.....	3
1.2.4 Helse- og omsorgstjenesteloven.....	5
1.2.5 Brukermedvirkning.....	6
1.2.6 Helsesøstertjenesten og helsestasjonsarbeid/familiesenter.....	6
1.2.7 Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	7
1.2.8 Forskrift og veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten.....	8
1.2.9 2års kontrollen.....	8
1.3 Temaets relevans og tidligere forskning.....	9
1.4 Mål for prosjektet.....	10
1.5 Vitenskapsteoretisk posisjon.....	10
1.6 Oversikt over oppgavens innhold.....	10
2.0 ANALYTISKE PERSPEKTIVER.....	11
2.1 Systemisk tilnærming.....	11
2.2 Relasjon.....	13
3.0 METODE.....	14
3.1 Kvalitative forskningsintervju.....	14
3.2 Livsformintervju.....	14
3.3 Utvalg.....	15
3.4 Intervjusituasjonen.....	16
3.5 Transkribering.....	16
3.6 Analysearbeid.....	17
3.7 Egen posisjonering.....	18
3.8 Forskningsetiske overveielser.....	19

4.0 PROFESJONELLE MØTER PÅ 2 ÅRSKONTROLLEN PÅ HELSESTASJONEN .....	20
4.1 Hvordan oppleves møtet med den profesjonelle? .....	20
4.1.1 Hvordan oppleves kompetansen i det profesjonelle møtet?.....	23
4.1.2 Hva legger informantene i begrepet tillit? .....	30
4.2 Hva var informantenes opplevelse av sin innflytelse på samtalen?.....	32
4.3 Hva forteller informantene om den profesjonelles fokus i møte med barnet og familien? ...	36
4.3.1 Hvordan ble det som avvek noe fra standardutvikling hos barnet behandlet?.....	38
4.4 Hvilke temaer opplever informantene faller utenfor? .....	40
4.4.1 Hvilket fokus hadde psykisk helse? .....	40
4.4.2 Hvilket fokus hadde samspill? .....	44
4.4.3 Hvilket fokus hadde foreldrerollen i samtalen? .....	47
5.0 OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....	52
5.1 Implikasjoner for praksis .....	53
LITTERATURLISTE: .....	56
Vedlegg .....	60
Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet .....	60
Infobrev .....	62
Intevjuguide/temaliste .....	63
NSD.....	64
REK.....	66

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Tema.

I dag er det mye fokus på tidlig innsats/ intervensjon. Foreldre mottar mange ekspertråd, men gir hjelperne foreldrene det de trenger for å utøve godt foreldreskap og hva skulle foreldrene ønske seg? Tidene forandrer seg, idealet for foreldreskap forandrer seg og fører til andre behov, også når det gjelder noen å rådføre seg med. Bekymring for barns utvikling og foreldrenes ønske om bistand oppdages og drøftes på helsestasjonen mellom foreldre og fagpersoner. Helsestasjonene skal gi universell forebygging, det vil si at den er rettet mot alle, og dermed gjør det lettere å fange opp de som trenger selektive tiltak.

Helsestasjon er en del av velferdsstatens tilbud. Den er således en normsettende instans, og setter norm i forhold til foreldrepraksis. Helsesøstre fungerer i denne sammenhengen som velferdsstatens representanter overfor småbarnsfamiliene. Statens helsetilsyn har utarbeidet en veileder for arbeidet. Formålet er gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold, samt å forebygge sykdommer og skader.

Staten har normer for helsestasjonsarbeidet og 2 årskontrollen. Staten møter på denne måten familien. Jeg ønsker å se på slike møter, og 2 årskontrollen er en strategisk anledning, til å se på det profesjonelle møtet mellom statens utøvere og foreldrene. Dette tilbudet er en del av samfunnets tiltak, et møte i rekken av flere møter, og tilbud til småbarnsforeldre. Foreldre til toåringer er ikke nybakte foreldre, men foreldre som har litt erfaring som foreldre og som dermed er godt egnet til å si noe om det profesjonelle møtet.

Jeg ønsker å se på dagens tilbud. Jeg ønsker å høre foreldres fortellinger om erfaringer med det profesjonelle møtet på helsestasjonen. Hvilke innspill har foreldre som det kan være viktig å se på og vurdere? På bakgrunn av dette blir min problemstilling som følger:

*«Hvordan erfarer foreldre 2 årskontrollen på helsestasjon?»*

## 1.2 Velferdsstaten

### 1.2.1 Norsk småbarnspolitik

Velferdsordningene avspeiler samfunnets syn på hva som er til barns beste. Småbarns hverdag har endret seg betydelig siden 2.verdenskrig. Omsorgsfeltet har vært innvevd i mange andre felt eller samfunnsformasjoner. Det har ikke vært gitt om det skal være en privat oppgave eller hva som skal være det offentliges ansvar. Det er heller ikke gitt hva som er til barns beste.



Ansvarsfordelingen mellom familien og det offentlige har variert i ulike tidsepoker. Denne ansvarsfordelingen er derfor et forhandlingsspørsmål. Barndommen inngår i en større sammenheng hvor både historisk, kulturell og politisk kontekst er med å forme den (Korsvold 2008).

Staten hadde som mål etter krigen å sette i gang arbeidsmarkedstiltak for å skape større likhet blant borgerne. I familiepolitikken har den også hatt likhet mellom kjønnene, mellom ulike klasser og leveforhold som mål. I velferdsstatens småbarnspolitik ble naturlig nok helsepolitikken sentral. Kommunale, offentlige helsestasjoner ble utbygd.

Sentrale samfunnsendringer har skapt endrede betingelser for livet til barnefamiliene. Dette ble synliggjort også i de offentlige utredningene. Barn og barndom er sosiale og historiske fenomener som har vært under endring og synet på hva som oppfattes som barnets beste har også for variert svært mye. Forestilling om sosial likhet og rettferdig fordeling var viktige politiske føringer. Staten forsøkte å løse kollektive problemer ved å bygge ut velferdsordninger for barn og foreldre, som handlet om organisering av dagliglivet. Kjernefamilien ble for liten og for isolert for å kunne håndtere alt alene. Barns rettigheter ble styrket noe som er en pågående prosess. Korsvold (2008, 253) skriver ”Mens barn i de offentlige utredningene i 1940- og 1950-årene ble fremstilt som objekter, er de i dag i større grad handlende subjekter som gjør egne erfaringer. Rettighetene gis direkte til individene. For de minste barna betyr det at deres stilling i samfunnet forsterkes, uten foreldrene som mellomledd.”

Barndommen har siden 1970 blitt sterkt individualisert og institusjonalisert. Foreldrenes mulighet for å kombinere jobb og barn har fått offentlig støtte, for eksempel gjennom barnehageutbygging, rettigheter til å være hjemme og ha omsorg for barna det første leveåret, samt mulighet for å være hjemme fra jobb med sykt barn. Den første lov om barnehage ble vedtatt i 1975 og i 1977 fikk fedrene egen rett til to ukers lønnet permisjon ved fødsel. Begge foreldrene fikk dermed plikter og rettigheter både i hjemmet og på arbeidsplassen. Fedrene ble gjort mer ansvarlige for barnets omsorg (Ellingsæter og Leira 2004,28-31; Korsvold 2008). Kvoten for pappaperm har i de seneste årene også økt og arbeidet med likestilling mellom kjønnene har vært viktig for foreldres ansvarsdeling og omsorgsoppgaver i hjemmet.

Den norske velferdsmodellen og familiepolitikken utgjør en viktig institusjonell ramme for småbarnsfamilier. Den offentlige sfære påvirker våre private liv og våre private liv påvirker den offentlige sfære. Offentlig-privat tenkning har vært en sentral dikotomi i vesten. Sosiale institusjoner har både private og offentlige sider, og man kan snakke både om den offentlige familien og den private familien. Familie og privatliv har i økende grad blitt gjort til offentlig debatt og politisert. Politiske motsetninger når det gjelder skillet mellom offentlig og privat, handler om ulikt syn på grensen mellom å styrke familien og det å overføre mer ansvar til

familien. Denne uenigheten har blitt kalt en krig om familien. Familiepolitikk debatteres heftig. Våre mest intime valg formes i økende grad av offentlige institusjoner. Nå er barnehage et tilbud til alle barn over ett år. Det private er i høyeste grad blitt en offentlig sak. Deler av omsorgsoppgavene til familien er overført til det offentlige (Korsvold 2008; Ellingsæter og Widerberg 2012).

### **1.2.2 Familieliv**

Forholdet mellom velferdsstat og familie er stadig i endring og under forhandlinger. Nye relasjoner og normer for forholdet mellom familie, arbeid og velferdsstat dannes og brytes mot etablerte verdier og praksisformer. Familiemønster og foreldreskap omformes. Normer om hva som er godt foreldreskap forhandles det om. Historisk sett har visse familieformer vært foretrukket og gjort til en norm. Hva som er og bør anses som en familie har vært gjenstand for store reformer i Norge i senere tid. Samfunnet er nå preget av et mangfold i familieformer. Omfattende familieendringer skjedde i retning av mer pluralistiske familiedanninger, stefamilier, familier med to foreldre av samme kjønn og aleneforsørgere. I dagens samfunn er det ulike oppfatninger av hva familie er, hvem og hva som konstituerer en familie og det er ulike oppfatninger om hva en familie burde være. Foreldreskapet har blitt politisert. Barn er i politikken sentrum og barnefamilier har vært en høyt prioritert gruppe. Det er konsensus om at barn er et offentlig gode og er det offentliges ansvar (Ellingsæter og Widerberg 2012.) Også i det offentlige endres definisjon av hva en familie er over tid. Både familielovgivning og velferdspolitik er med og setter rammer for familien. I Norge i dag legges det vekt på å styrke relasjonene mellom barn og foreldre, og det har vært et ønske om å styrke båndet spesielt mellom fedre og barna (Ellingsæter og Leira 2004, 17-19). I Norge ble likestillingsloven, som skulle sikre at menn og kvinner behandles likt, vedtatt i 1978.

### **1.2.3 Foreldreveiledning**

De offentlige dokumentene gir retning til den profesjonelle praksis. Dokumentene blir produsert i sosiale settinger og er alltid å betrakte som kollektive, sosiale produkter. Strukturen i dokumentene er produsert i et politisk og sosialt rom og utvikler og underbygger bestemte visjoner av verden og fenomener og hendelser i verden (Prior 2003). Foreldreveiledning beskrives i flere viktige offentlige dokumenter.

Hva betyr så foreldreveiledning i et styringsperspektiv, og hvorfor vektlegges foreldreveiledning så sterkt? I sentrale styringsdokumenter finner vi at ordet foreldreveiledning i løpet av de siste tiårene har forekommet stadig oftere i offentlige dokumenter fra den norske regjering. Dersom

man søker på «foreldreveiledning» på regjeringen.no <sup>1</sup> finner man en liste i år fra 1990 – 1999 på 11 treff med en økning til 80 treff på søket fra 2005 - 2015. I 1990 -1999 ble problemene som foreldreveiledningen skal løse, slik myndigheter og andre sosiale aktører beskriver dem, knyttet til samepolitikk, ungdomskriminalitet, asylmottakere og til folkehelsearbeid. I 2005 – 2015 beskrives foreldreveiledning mer generelt og inkluderer hele barnefamiliebefolkningen. Det beskrives som omsorgsendret tiltak, samlivstiltak for familier og konfliktløsning, å styrke barnets rett til hjelp og rutiner for foreldreveiledning i skolehelsetjenesten. Foreldreveiledning knyttes til folkehelse med fokus på mestring, muligheter og trygg og god omsorg til barna, samt for å forebygge radikaliserings. Her ser vi hvordan synet på hvilke ”problemer” foreldreveiledning kan løse/bidra til løsninger på har endret seg fra det spesifikke til det mer generelle. Dette viser at det i dag er en større oppmerksomhet rettet mot å normere det alminnelige familielivet. Søket på regjeringen.no viser at i dag er fokuset på at trygge foreldre gir trygge barn, derfor er foreldreveiledning viktig. Foreldreveiledning beskrives som et helsefremmende og forebyggende program som har som mål å styrke foreldres omsorgsevner og dermed skape gode oppvekst- og livsvilkår for barn og ungdom (Hagen og Johnsen, 2013).

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2015) gir hvert år ut publikasjonen ”Satsing på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet”. I denne publikasjonen finner vi den samlede politikken til regjeringen på barne- og ungdomsområdet. Familien er den viktigste ramma for et godt oppvekstmiljø for barn og unge. Hovedoppgaven for det offentlige er å sørge for gode rammebetingelser for familiens oppgaver og tilby råd, veiledning og hjelp til familier som sliter med ulike vansker, kriser og konflikter. Barne-, ungdoms- og familieetaten ønsker å støtte foreldre i omsorgs- og oppdragerrollen, og motvirke psykososiale problemer og bedre barns oppvekst.

I helsestasjons- og skolehelsetjenesten settes det fokus på metoder og prosesser som fører frem til at foreldre, barn og unge positivt blir i stand til å påvirke egen helse, trivsel og mestring.

Budskapet må stimulere til refleksjon og handling, og skal ikke være moraliserende. Veileder til forskrift om kommunens forebyggende og helsefremmende arbeid i helsestasjon og i skolehelsetjenesten skiller mellom veiledning og rådgivning. Veiledning er iflg helsedirektoratet (2004,27 -28): «en planlagt pedagogisk prosess som er tilpasset brukerens forutsetninger og behov, og som legger til rette for at den som veiledes selv oppdager og lærer. Veiledning kan også innebære undervisning, rådgivning og informasjon». Rådgivning defineres som «forslag til tiltak og løsninger basert på helsefaglige opplysninger som er tilpasset brukerens forutsetninger og

---

<sup>1</sup> <https://www.regjeringen.no/no/sok/id86008/?term=foreldreveiledning> (3.04.16).

behov. Rådgivning må baseres på best mulig dokumentert kunnskap, ikke bare på den enkelte helsearbeiders personlige skjønn og overbevisning.»

Den økende satsingen på foreldreveiledning ser vi også i de nye nasjonale faglige retningslinjer, fra Helsedirektoratet <sup>2</sup>, som har vært til høring og som blant annet gjelder helsestasjon 0- 5 år. Høringsfristen var satt til 15.04.16. En nasjonal faglig retningslinje skal være normerende og retningsgivende, og gi anbefalte handlingsvalg for virksomheten. Målsetning med en nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten er å bidra til et likeverdig tilbud til foreldre og barn uavhengig av den kommune man tilhører, samt å understøtte viktigheten av tidlig innsats med krav til forsvarlighet og god kvalitet. Høringen har delt de faglige retningslinjene for 0-5 år inn i temaer som bla. ”Samspill og tilknytning mellom foreldre og barn”, ”Foreldreveiledning” og ”Helseundersøkelse og helseopplysning”. Disse er igjen delt inn i undergrupper med anbefalinger knyttet til disse. Anbefalingen her går ut på å gi foreldreveiledning som systematisk tilnærming for å styrke samspillet og tilknytningen mellom foresatte og barn, samt å gi veiledning og råd basert på beste kunnskap. Anbefalingen presiserer at oppgavene omhandler helseopplysning, helseundersøkelser, råd og veiledning til foresatte etter et standardisert basisprogram som skal tilpasses de individuelle behov. Målet er å styrke foresattes mestringsevne og tro på at de selv kan løse utfordringer, mestring i foreldrerollen og godt samspill mellom foresatte og barn. Helsedirektoratet anbefaler at ”Veiledningen bør derfor ta utgangspunkt i foresattes egne ønsker og behov, og tilpasses deres ressurser og evner.”(se fotnote denne side).

Også FNs konvensjon om barns rettigheter (1989,10) henviser til foreldreveiledning, Artikkel 5 Foreldreveiledning: «Partene skal respektere det ansvar og de rettigheter og forpliktelser som foreldre, eventuelt slektninger eller medlemmer av lokalsamfunnet ifølge stedlig skikk, verger eller andre med juridisk ansvar for barnet har, for å gi det veiledning og støtte, tilpasset dets gradvise utvikling av evner og anlegg, under barnets utøvelse av rettighetene anerkjent i denne konvensjonen.»

#### **1.2.4 Helse- og omsorgstjenesteloven**

Lov av 24.juni 2011 nr.30. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) er et av flere viktige styringsdokumenter for helsestasjonstjenesten. Loven er opptatt av at kommunen skal ha et helhetlig perspektiv med en sammenhengende behandlingsskjede hvor det er nødvendig med mange virksomheter og personell med ulik

---

<sup>2</sup> <https://helsedirektoratet.no/horinger/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (9.03.16).

kompetanse. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at brukerne gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, hvor tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. Kommunens helsefremmende og forebyggende ansvar gjelder både somatisk og psykisk lidelse. Dette innebærer en plikt til å gi opplysning, råd og veiledning, herunder foreldreveiledning for å forebygge sosiale problemer (§ 3-3).

I forarbeidet til loven, (Prop. 91 L 2010–2011), henvises det til at opplysning, råd og veiledning og familiarbeid er en prioritert oppgave. Tjenesten skal gi et tilbud til personer og familier som strever for å klare dagliglivets utfordringer. Helsestasjonstjeneste skal gi tiltak som bidrar til mestring av foreldrerollen.

### **1.2.5 Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet og er en viktig strategi og et bærende prinsipp i norsk helse- og omsorgstjeneste. Brukerperspektivet står sentralt i Regjeringens politikk. Brukerens egne erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tjenestetilbudet fungerer blir verdsatt og gjør at de kan bidra i planlegging, utforming og drift av tjenestene. Helsedirektoratet <sup>3</sup> begrunner brukermedvirkning med at den kan «bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utforming og gjennomføring av både generelle og individuelle tilbud.» Brukermedvirkning har en egen verdi ved at brukeren selv styrer over eget liv samt at det har en terapeutisk effekt ved at man fokuserer på brukerens egne ressurser og motivasjon. Brukermedvirkning omtales blant annet i helse- og omsorgstjenesteloven (§3-10) og pasientrettighetsloven (Lov av 2.juli 1999 nr 63.Lov om pasient og brukerrettigheter § 3-1.)

### **1.2.6 Helsesøstertjenesten og helsestasjonsarbeid/familiesenter**

Kommunen er pålagt å ha en helsesøstertjeneste for å ivareta både helsestasjons- og skolehelsetjeneste virksomhet og blir regulert av Forskrift og veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten (2004,37).

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har lange tradisjoner i forebyggende arbeid. Frivillige organisasjoner og enkeltpersoner har spilt en betydelig rolle for utviklingen av helsestasjonstjenesten. Norske Kvinners Sanitetsforening var her helt sentrale. Behovet for forebyggende tiltak rettet mot fattige og vanskeligstilte mødre og små barn i storbyene ble synliggjort gjennom arbeidet ved mødrehygienekontorene som ble startet ved overgangen fra 1800 – 1900 tallet. Fokuset var da på bekjempelse av spedbarnsdødelighet, tuberkulose og andre infeksjonssykdommer, underernæring og dårlige hygieniske forhold. I 1972 kom den første loven om det offentliges ansvar for helsestasjonsvirksomheten. Den kom etter at systemet allerede var

---

<sup>3</sup> <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning> (7.05.16)

utbygd. Den offentlige helsetjenesten overtok hele ansvaret for helsestasjonene. Tilbudet gjaldt nå alle sped- og småbarn og gikk vekk fra å være nærmest en særomsorg for enkelte. (Statens helsetilsyn, IK-2617, 1998)

Statens helsetilsyn startet prosjektet «Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten» i 1995 for å gjennomgå og drøfte tjenestenes oppgaver i det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unge fra 0 til 20 år. Prosjektprosessen avdekket behovet for en vektforskyvning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra problemorientering til ressursorientering, fra individ- til grupperettet arbeid og fra ekspertrollen til løsninger hvor brukeren medvirker i større grad. Utgangspunktet for innsatsen er at foreldrene har hovedansvaret for omsorgen av sine barn. Helsepersonellens rolle er å støtte opp under dette ansvaret i samarbeid med familien. Helsepersonell må derfor fokusere mer på metoder og prosesser som gjør foreldre, barn og unge i stand til å kunne påvirke faktorer som fremmer deres helse, trivsel og mestring. Prosjektet konkluderte med at tjenestene trenger en nyorientering fra problem- og risikotenkning til større vektlegging av familiens og nærmiljøets ressurser (Statens helsetilsyn, IK 2618, 1998).

Helsestasjonstjenesten endret praksis, og er rammet inn i og begrunnet i behovet for en mer helhetlig tjeneste. Familiesentermodellen ble i Norge startet som et forsøksprosjekt i 2002 – 2004 og myndighetene anbefalte deretter kommunene å innrette sine tjenester etter familiesentermodellen, også kaldt Familiens hus. Dette på bakgrunn av at norske myndigheter så behovet for å styrke det forebyggende arbeidet rettet mot familier, barn og unge. «Målsettingen er at familien skal møte en helhetlig og familiestøttende tjeneste i samme hus, og at barn i psykososial risiko skal bli fanget opp og få adekvat hjelp så tidlig som mulig. Fagpersonell fra de ulike tjenestene utgjør tverrfaglige og fleksible team, som fordeler arbeidet sitt i tråd med anbefalinger samt de ønsker og behov brukerne har.» (RKBU Nord 2011, 17).

### **1.2.7 Forebyggende og helsefremmende arbeid**

Helsestasjonen er den viktigste offentlige arena for helsefremmende og forebyggende arbeid for gravide, sped- og småbarn og deres foreldre. Formålsparagrafen i forskriften har tre ledd som viser at kommunen gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet.

- a) fremme psykisk og fysisk helse
- b) fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- c) forebygge sykdom og skade

Det forebyggende og det helsefremmende arbeidet har to ulike fokus. Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære

og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død (Helsedirektoratet 2004,11).

### **1.2.8 Forskrift og veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten**

Forskrift og veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten beskriver at nye utviklingstrekk i samfunnet gir helseutfordringer som krever nye strategier. I folkehelsearbeidet er barn og ungdom en sentral målgruppe fordi mye av grunnlaget for senere helse og helsevaner legges tidlig i livsløpet. Foreldrene har ansvaret for at barna får sine omsorgsbehov dekket, men samfunnet skal legge til rette for og supplere foreldrenes innsats i et nært samarbeid med dem. Målet er at de forebyggende og helsefremmende tjenestene for barn og unge skal bli bedre tilpasset alle i målgruppene og nye utfordringer knyttet til psykisk helse og levevaner. Det medfører et behov for både styrking av eksisterende personell og rekruttering av nytt personell med psykososial kompetanse. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal inngå i en helhetlig tiltakskjede for aldersgruppene mellom 0 og 20 år.

Veilederen (Helsedirektoratet 2004, 3-25) tar sikte på å utdype formålet med forskriften som er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten må benytte seg både av befolkningsstrategier og høyrisikostategier for å drive effektiv forebygging. Valg av metoder gjenspeiler tjenestens overordnede mål og bredde. Eksempler på dette er foreldreveiledning og foreldresamarbeid. Metoder og verktøy som omtales i veilederen bygger på kunnskapsbasert praksis, faglitteratur, aktuelle lover og faglige veiledere.

### **1.2.9 2års kontrollen**

Veileder for det forebyggende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet 2004,56) sier at det som er anbefalt helsestasjonsprogram for 2 årskontrollen er både foreldreveiledning/helseopplysning og somatisk helseundersøkelse.

«Foreldreveiledning/ helseopplysning

skal inneholde:

- Aktivitet og lek (Utendørsaktiviteter)
- Selvbilde, selvstendighet, interessekonflikt og grensesetting
- Språkutvikling
- Søskenjalusi
- Kosthold, spisevaner og tannhelse

Somatisk helseundersøkelse

skal inneholde:

- Hud: A. Eksemplager
- Syn: A. Inntrykk av at barnet ser?
- Interesse for gjenstander i rommet?
- Ser på avstand? Strabisme
- Hørsel: A: Inntrykk av at barnet hører,

- Søvnvaner
- Smokk- og fingersuging
- Renslighet/pottebruk
- Ulykker og skader
- TV og video
- Sosialt nettverk
- Samspill
- Psykisk helse

selv svake lyder? Snur hodet etter lyd?  
 Tenner: inspeksjon + A  
 Lunger: Obstruktive episoder? (A)  
 (Foreldres røyking som rutinespørsmål)  
 Kjønnsgorganer hos gutter: testes descendert  
 Hofter/ekstremiteter: går uten å halte?  
 Utvikling og kontaktevnen: Har barnet en  
 utvikling som forventet mht.sosial  
 funksjon/kontakt, fin-/grovmotorikk?  
 Lengde/vekt: Lengde, vekt på indikasjon»

### 1.3 Temaets relevans og tidligere forskning.

Regjeringen fortsetter sin satsing på det helsefremmende og forebyggende arbeid gjennom statsbudsjettet (2016) og foreslår å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 200 millioner kroner til kommunene. ”Disse kommer i tillegg til økningen med samme formål i 2014 og 2015, på henholdsvis 180 og 270 millioner kroner, som gir en total økning for disse årene på 667,7 millioner kroner i 2016-kroner.”<sup>4</sup>

Myndighetene satser både på helsestasjonsarbeid og på skolehelsetjenesten. Når jeg skulle se på tidligere forskning var det ett studie som jeg ble spesielt oppmerksom på. Kari Langaard (2006) har forsket på ungdom og skolehelsetjeneste. Denne oppgaven handler om det profesjonelle møtet på helsestasjonen. Likevel, med ulik målgruppe, finner jeg hennes arbeid svært interessant og relevant når jeg skal se på noen av mine resultater. Dette kommer jeg tilbake til i avslutningen under 5.0.

Langaard (2006,25) drøfter hvordan profesjonell hjelp til ungdom kan formes på en måte som fremmer ungdoms egen mestringsevne. Hun beskriver at det i den profesjonelle samhandling kommer fram temaer som handler om omsorg, nøytralitet, konfidensialitet og selvbestemmelse. Hun sier ”kunnskap om ungdomskultur, holdninger og verdier må tas hensyn til ved utvikling av profesjonell hjelp”. Skolehelsetjenesten bør fungere som et helsefremmende lavterskeltilbud som har et utvidet helsebegrep. Et utvidet helsebegrep omfatter også psykisk og sosial fungering. Det er likevel ”grunn til å anta at ungdommenes oppfatning av skolehelsetjenesten fortsatt var preget av tjenestens tradisjonelle oppgaver”. (Langaard 2006, 29) Langaard beskriver at ungdommene framhevet viktigheten av en åpen, direkte væremåte hvor den profesjonelle tørr å snakke om vanskelige ting, at de tar seg tid til å høre hva ungdommene har å si. Når de profesjonelle skulle

---

<sup>4</sup> <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2016/Statsbudsjettet-fra-A-til-A/Helsestasjons--og-skolehelsetjenesten/?query=helsestasjon#artikkel> (7.05.16)



beskrive viktige aspekter ved samhandlingen var omsorgsbegrepet sentralt. Det samme gjaldt ungdommenes behov for selvbestemmelse eller autonomi. Langaard beskriver viktigheten av ” å ta hensyn til ungdommenes behov for å være aktør i eget liv”( Langaard 2006, 32).

#### **1.4 Mål for prosjektet**

Barna er vår viktigste ressurs. Barns helse og livskvalitet er et viktig mål for samfunnsutviklingen. Alle toårs gamle barn med foresatte blir innkalt til helsestasjonen. Forbedring av tjenesten vil gjelde for mange mennesker og har dermed stor betydning. Den innsats som kan settes inn i de tidlige leveår er av avgjørende betydning for barnas senere utvikling. Mål for prosjektet er å få bedre innblikk i hvordan foreldre selv beskriver sitt møte, for derigjennom å kunne få innsikt i kunnskap som kan overføres for å bedre møtet og tilbudet til foreldre og barn.

#### **1.5 Vitenskapsteoretisk posisjon**

Opgaven tar utgangspunkt i menneskers subjektive førstepersonsperspektiv. Når vi har å gjøre med praksis er det viktig å huske at praksisen blir erkjent og erfart av noen. Hvis jeg vil forstå hva praksis er, står et subjektivt aspekt sentralt (Svenaesus 2003). I vårt moderne samfunn blir fenomener altfor ofte redusert og skilt fra hverandre. Den reduksjonistiske tendensen vises også i form av den individualiseringen som er i samfunnet. For å forstå kompleksiteten i verden trenger vi å se den i termer av helhet og relasjoner istedenfor å splitte den opp i deler som vi ser på isolert (Ramage 2009). Et helhetlig menneskesyn krever en frigjøring fra det mekaniske paradigme. Hele mennesket vektlegges, det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige inngår i en integrert helhet. Det helhetlige menneskesynet omfatter personens relasjon til andre mennesker og til miljøet det lever i. (Jensen 1997). Konstruktivistisk vitenskapssyn legger vekt på at vi er medskapere til den virkelighet vi beskriver, vi må derfor være særdeles omhyggelige med hvilke (Hertz 2011). Når ny kunnskap erverves i arbeidet med og mellom mennesker er det ikke nødvendigvis snakk om generalisering, men om overføring av kunnskap.

#### **1.6 Oversikt over oppgavens innhold**

Videre i oppgaven vil jeg beskrive valgte analytiske perspektiv som gir retning for valg av design og metode for å belyse problemstillingen. Jeg har videre sett på hvordan offentlige dokumenter forholder seg til det forebyggende helsefremmende arbeidet gjennom helse- og omsorgstjenesteloven samt veileder for helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Jeg presenterer så

resultatene av analysen, med flere sitater fra intervjuene med informantene. Avslutningsvis oppsummerer jeg og diskuterer kort implikasjoner funnene kan ha for praksis.

## 2.0 ANALYTISKE PERSPEKTIVER

For å oppnå bedre forståelse av det som foreldre forteller om sine opplevelser og erfaringer har jeg sett det i lys av systemisk tilnærming og relasjoner. Systemisk tilnærming vil jeg bruke for å se på hvordan helhetsperspektivet erfares og hvordan den profesjonelle kan ha ulike perspektiver, et både -og perspektiv i møte med utfordringer foreldrene kan stå i, samt betydningen av hvilket språk vi omtaler det med. Relasjon blir viktig for meg å se på fordi mennesker er relasjonelle vesener som lever og utvikler seg i møte med andre.

### 2.1 Systemisk tilnærming

Bertalanffy og Bateson har bidratt mye til utvikling av den systemiske tilnærmingen. Bertalanffy begynte omkring 1920 å stille spørsmål ved etablerte sannheter, bla om reduksjonismens egnethet når man skal se på samspill mellom komplekse sosiale systemer. Han utviklet etter hvert allmenne prinsipper for beskrivelser av systemer. Han var opptatt av åpne og lukkede systemer.

Mellommenneskelige forhold vil ikke kunne være totalt lukket. Det vil skje en utveksling av informasjon med omgivelsene. Systemtenkningen er i utgangspunktet en helhetlig tenkning, samtidig som at de enkelte system ikke er isolerte helheter. Et system står i forhold til og vil være avhengig av omgivelsene (andre systemer). Et barn sees i forhold til sin familie. Familien kan være et system som sees på som en helhet, men som heller ikke kan sees isolert i møte med for eksempel helsestasjonene. Verken barnet eller familien kan sees isolert fra omgivelsene sine. Familien og dens enkelte medlemmer er deler av flere systemer (hjem, barnehage, arbeidsplass osv) som gjensidig påvirker hverandre. (Hårtveit og Jensen 1999; Eide og Eide 2000,77).

Gregory Bateson (1904-1980) var en av de fremste representanter for det systemiske paradigme og er en av de viktigste teoretikerne som dannet bakgrunn for systemisk familierapi. Familierapien vokste blant annet ut av en kritisk holdning til rådende psykiatriske behandlingsmetoder og eksisterende diagnosebruk. Målet var å beskrive samhandlingsmønstre heller enn individuelle symptomer. Bateson arbeidet med sosiale system og var opptatt av at man måtte samarbeide med familien for å hjelpe (Schjødt og Egeland 1991).

Systemteorien beskriver et system som mer enn summen av delene. I stedet for å studere de enkelte elementene blir det viktig å se på samspillet mellom de ulike elementene i systemet. I stedet for atferd, studeres nå samspillet mellom de aktuelle aktører i systemet. Mens det mekaniske paradigme er et lineært årsak – virkning paradigme, er det systemiske et sirkulært feedback paradigme. Det vil si at et system (f.eks to mennesker) er i stadig bevegelse, hvor interaksjon

pågår kontinuerlig. Systemet regulerer seg selv ved de tilbakemeldinger som systemet gir seg selv. Det systemiske paradigme har fokus på relasjoner. Det betyr at fenomener (eks trass) blir forstått som en del av et samspill og ikke som en individuell egenskap eller problem. (Jensen 1997)

To aktører som fysisk befinner seg i samme rom vil kunne gi to helt forskjellige bilder av situasjonen. Og begge kan ha like mye rett ut fra sitt spesifikke ståsted. Samme fenomen kan altså oppfattes ulikt ved at konteksten er forskjellig (Skau 1992,71; Hårtveit og Jensen 1999). I min studie kan det bety at helsesøster og foreldre kan ha ulik oppfattelse av samme situasjon. Den forståelsesrammen vi velger når vi står ovenfor et fenomen er avhengig av og begrenses av vår kultur, kunnskap og erfaring. ”Hverdagsliv utgjør i praksis komplekse og dynamiske deltakersystemer der alt henger sammen med alt. Innspill og intervensjoner i *en* får også betydning for andre sammenhenger.” (Guldbrandsen 2014,17). Jeg velger en aktørgruppes perspektiv, foreldre, på en samhandlingssituasjon på helsestasjon.

Det systemiske paradigmet oppsummeres av Jensen (1997,33-36) som:

- Problemer løses ved å intervensere i samspill
- Mennesket forstås som en helhet
- Fokus på konteksten et problem oppstår i
- Fokus på relasjoner
- Mennesket er en organisme som forandrer seg gjennom vekst og samspill
- Den profesjonelle ser seg selv som en del av et system

Dette analytiske perspektiv bruker jeg for å belyse foreldrenes beskrivelser av sine erfaringer i et helhetsperspektiv. Hvordan fortellingene deres om psykisk helse, samspill og foreldreveiledning er viktig sammen med somatikk og utvikling. Hvordan de profesjonelles praksis og væremåte påvirker foreldrenes fortellinger om det profesjonelle møtet.

Språket åpner for noen muligheter og veier, og lukker andre. All atferd er kommunikasjon. Atferd skaper kontakt ut fra den mening som atferden tillegges, og den måten språket bidrar til å gi atferden mening på. Hertz (2011,49) beskriver hvordan samtalen i seg selv inneholder et stort potensiale, og viktigheten av å snakke om det som skjer i rommet, å metakommunisere. Når man skal utvikle et godt samarbeid er det avgjørende å være transparent, slik at foreldrene forstår hvorfor vi gjør det vi gjør.

Doble beskrivelser eller både- og, handler om å bygge bro mellom tilsynelatende atskilte forståelsesmåter, dobbelt bevegelse i alvor og uhelbredelig optimisme. Det spesielle rommer noen ganger det problematiske, men er samtidig uttrykk for hva barnet eller familien har utviklet for

best mulig å mestre tilværelsen slik den har utviklet seg. Figur og grunn er komplementære, men de syntes å utelukke hverandre i vår oppmerksomhet. Dobbel strategi betyr å både verdsette og utfordre det spesielle. Det handler om at den profesjonelle ikke skal la en historie fortelles som om den var den eneste (Hertz 2011). Dette vil jeg i oppgaven bruke for å se på hvordan foreldres erfaringer med det profesjonelle møtet beskrives som godt og samtidig bli tatt på alvor, som at problemer heller ikke overdimensjoneres. Dette er også nyttig når jeg skal forstå foreldrenes ønsker om metakommunikasjon i møtet.

## 2.2 Relasjon

Innen familiearbeid er det et sentralt tema hvordan den profesjonelle kan bidra best til forandring i familien og hvordan man kan få til et godt samarbeid. Relasjon til bruker er sentralt i arbeidet. En god relasjon hviler på samhandling, trygghet, tillit og respekt. Relasjonsarbeid krever kunnskap og kompetanse. Gode kommunikasjonsferdigheter skaper bedre relasjoner. Det å ha relasjonskompetanse i yrkesrollen innebærer å ha et bevisst forhold til hvordan en selv og ens kvaliteter og personlighet innvirker på samhandlingen. Det er fagpersonene som har ansvaret for å jobbe for en god relasjon (Eide og Eide 2000).

”Å tenke i relasjoner betyr at vi søker å forstå at et fenomen er hva det er i kraft av sine forbindelser til, relasjoner med andre.”(Kjeldstadli 2006, 25). For eksempel er Cornelia det samme mennesket, men ulike sider trer fram i de ulike relasjonene. Å tenke i relasjoner betyr at et individ ikke eksisterer som en avgrenset del, men alltid i forhold til noen andre. Det blir å overskride skillet mellom individualisme og kollektivismen når man tenker i relasjoner. Deltakerne er styrt av hvilke relasjoner de har til hverandre (Kjeldstadli 2006).

Dette bruker jeg til å se hvordan foreldres opplevelse av praksis beskrives som personrelatert. Hvordan personlige kvaliteter og personligheter innvirker på samhandlingen. Hvordan det relasjonelle aspektet beskrives som avgjørende for utnyttelse av konsultasjonene.

## 3.0 METODE

### 3.1 Kvalitative forskningsintervju

I mitt tema til utforskning ønsker jeg å bruke kvalitativ metode. Dette for å oppnå mer forståelse av temaet som følge av direkte kontakt mellom forsker og de som deltar i studiet. Jeg valgte å bruke intervju som metode, dette for å få enkeltpersoners opplevelser, synspunkter og selvforståelse. Jeg er opptatt av de subjektive opplevelsene, opptatt av å utforske disse. Ved intervju fikk jeg som forsker etablert en direkte kontakt med informantene. Intervjuet gjennomføres som en tilpasset utgave av et livsformintervju, hvor prinsippene for denne intervjuformen brukes.

### 3.2 Livsformintervju

I intervjuet henter jeg inn relativt detaljerte beskrivelser av det profesjonelle møtet. Disse beskrivelsene benyttes som grunnlag for refleksjoner fra informantene omkring 2 årskontrollens betydning. Formålet mitt er å få tak i foreldrenes fortellinger om sine erfaringer med det profesjonelle møtet. Om helsesøster har en annen oppfatning av konsultasjonen er ikke et dilemma her. Det kan sees på som ulik kunnskap om det samme tilbudet sett fra ulike posisjoner. Det er viktig for meg å få innsyn i 2 årskontrollen, slik foreldre selv beskriver den og tillegger den mening, hvor tidsdimensjonene blir i forhold til sist de var på 2 årskontrollen. Jeg følger foreldrene inn i temaer som er viktige for dem. Det blir en åpen, kvalitativ intervjuform (Gulbrandsen 1998,52).

Hanne Haavind (1987) utviklet en intervjuform, livsformintervju, som er en variant av utforskende kvalitativ forskningsintervju. Livsformintervjuet tar utgangspunkt i hverdagslivpraksiser. Tid benyttes som samtalens organiserende prinsipp. Informantene gis rom for å utvide og utvikle sin fortelling. Det som fortelles fram, er samprodusert av intervjuer og informant (Ulvik 2014,67-71). Intervjuet blir samskapt fortellinger mellom intervjuer og informant med utgangspunkt i 2 årskontrollen på helsestasjonen. Jeg ønsker å utforske informantens forståelse av 2 årskontrollen, innholdet i den, begrunnelser og refleksjoner informantene har om dette møtet. Intervjuet blir utforskende og konkretiserende og søker å få foreldrenes egen forståelse av seg selv og sitt liv og den sosiale sammenhengen de inngår i, 2 årskontrollen. Intervjuet er ifølge Andenæs (1991,276) «en samtale som er tilrettelagt av forskeren for å få den intervjuete til å beskrive hvordan noen hendelser eller fenomener framtrer for ham eller henne». Intervjuet baseres på en gjennomgang av 2 årskontrollens store og små hendelser, intervjuet holdes på det konkrete. Dette kan gjøres ved å spørre deltakerne hva de gjorde på kontrollen, hva de snakket om og hvorfor de gjorde det og hvorfor de snakket om det. Tenkningen og forståelsen omkring kontrollen blir dermed også utforsket. Utdypende spørsmål stilles for å få tak i hvordan foreldre forstår hendelsene det inngår

i. Intervjuet er strukturert etter en plan, men er ikke standardisert, og gir dermed stort rom for fleksibilitet under intervjuet. Helsestasjonskontrollen skal beskrives så detaljert og konkret som mulig.

«når tidens gang strukturerer spørringen, bli intervjuet styrt, men ikke av intervjuerens oppfatning av hva som er viktig og uviktig. (...), vil temaene bli introdusert av informanten. (...) Når tiden velger tema, blir det formidlet at det som er viktig, er faktiske hendelser som bare informanten kjenner til. Den som intervjuer, kan være åpen nysgjerrig og utdype alt en ikke riktig forstår.» (Haavind 1987,91)

Intervjuet vil på denne måten gi kunnskap om hva som er spesielt nettopp i denne informantens liv. Det er en subjektiv erfaring om både informasjon om fortelleren og fortellerens verden (Ulvik 2014, 68). I intervjuet stilles det spørsmål ved og krav om begrunnelser av dagliglivets selvfølgheter, Livsformintervjuets samtaleform er refleksjonsfremmende. Refleksjon blir viktig. Intervjueren må hele tiden stille seg utforskende til informantens selvfølgheter og deskriptive bruk av begreper. Det vil også være viktig å få en gjennomgang av familiesituasjonen for å få et bilde av hvorfor familien har de behov og ønsker som de i dag har. Livsformintervjuets samtale om gårsdagens små og store hendelser, blir beskrivelser av hva som hendte, begrunnelser og overveielser samt et innblikk i hverdagslivet de lever (Andenæs 2002).

### 3.3 Utvalg

Utvalget, hvem som skal delta i undersøkelsen, er tilfeldig. Sekretæren på helsestasjonen plukket ut og sendte ut brev til 60 familier med forespørsel om deltakelse. Inklusjonskriteriet var at de har deltatt på 2-årskontrollen med sitt barn det siste halve året. Alle informantene ble dermed valgt fordi de har barn mellom 2 og 2,5 år. Informantene ble rekruttert gjennom en helsestasjon i en mellomstor kommune på Østlandet. Inntil seks personer som svarer positivt på dette vil bli intervjuet. Det vil være et tilfeldig utvalg av seks foreldre, uavhengig av kjønn, etnisitet, levekår og livssituasjon.

Jeg fikk få tilbakemeldinger fra foreldre og sendte ut en påminnelse til dem, samt at jeg ringte NSD 18.06,15 for å spørre om det var behov for ny søknad ved endring ifht tilgang til nye informanter. NSD bekreftet at endringen ved å bruke "jungeltelegraf" for å skaffe nye informanter var så liten at det ikke var behov for å sende inn søknad om endring.

Jeg fikk positivt svar fra fire informanter som ønsket å la seg intervju, som da kommer fra to ulike kommuner. På en av svarresponsen møtte begge foreldrene, Carina og Curt. De fire informantene presenteres i oppgaven med fiktive navn ordnet etter alfabetisk rekkefølge: Anna, Bente, Carina og Curt og Dina, barna og partnere omtales etter samme system. Informantene er mellom 29 – 34 år. Alle er yrkesaktive, men en er sykmeldt. Informanten og deres partnere har alle

mellomlange utdanninger, med ett unntak. Alle parene eier egen bolig eller tomannsbolig. De vil dermed kunne kategoriseres som tilhørende middelklassen. De har ett eller to barn hver. Ingen av informanten beskriver noen spesielle utfordringer knyttet til sitt/sine barn. Beskrivelsen utvalget gir av sine barn, er innenfor alminneligheten.

Resultatene må behandles som det de er, en samtale med tre mødre og et foreldrepar. Informantene har villig og åpent delt sine erfaringer slik at jeg har fått innblikk i folks historier og egne liv. Foreldrenes fortellinger kan forstås i et kjønns-, klasse og etnisitets perspektiv, men det har ikke fått prioritet i analysen pga begrensninger i oppgavens omfang. Utvalgets størrelse gir begrensninger for resultatenes rekkevidde, men jeg tror likevel fortellingen fra informanten kan vise til noen fenomener som er interessante og som jeg og vi kan lære noe av.

### **3.4 Intervjusituasjonen**

I intervjuet var jeg opptatt av å ha en narrativ struktur. På denne måten kunne intervjuer og informant sammen skape en fortelling. Jeg hadde et ønske om å være minst mulig normativ, og være åpen for det de forteller. Før intervjuene forsøkte jeg å få frem hensikten med samtalen så tydelig som mulig. I introduksjonen til intervjuene ble det formidlet at intervjusituasjonen dreide seg om en samtale, at foreldrene selv var eksperter på det jeg spurte om og at jeg ville lære. Når jeg ville høre om hva som skjedde, var det for å snakke om hva som er vanlig og hva som var spesielt for dem akkurat den dagen. (Haavind 1987; Gulbrandsen 1998)

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Ingen av foreldrene ga noen reaksjon på at det skulle tas opptak av samtalen. Alle intervjuene foregikk på dagtid, på en kafé og et av intervjuene foregikk på en badeplass. Intervjuene hadde en varighet på mellom en og en og halvannen time.

### **3.5 Transkribering**

Transkriberingen foregikk så ordrett som mulig, fra lyd til bokstaver. Når jeg har brukt empirien som sitater i oppgaven har jeg endret dialekt til bokmålsform, av anonymiseringshensyn. Intervjueres spørsmål og kommentarer er skrevet i kursiv. Der jeg siterer fra teksten hvor det er noe som er utelatt markeres det med (...). Intervjuene som det siteres fra, markeres i teksten med innrykk og står i anførselstegn, samt etterfølges av forbokstav på informant etter intervju for å skille sitatene fra hverandre.

### 3.6 Analysearbeid

Etter intervjuet må data analyseres. Jeg som intervjuer har forsøkt å være lydhør for det som sies og det som ikke sies. Jeg har forsøkt å være kritisk til mine egne forutsetninger, min forforståelse og mine hypoteser. I tillegg har jeg vært bevisst det asymmetriske maktforholdet mellom meg som forsker og informanten (Kvale og Brinkmann 2012).

Etter transkriberingen leste jeg igjennom alle intervjuene flere ganger og merket av ulike temaer som jeg ble oppmerksom på i hvert enkelt intervju. Jeg gjorde en vurdering av hvert intervju hvor jeg lagde analysenotater for hvert intervju. Jeg så både etter hva de snakket om og hva de ikke snakket om. Etterpå så jeg på intervjuene opp mot hverandre. Jeg jobbet med hver enkelt del opp mot helheten for å se hva disse intervjuene handler om, en slags runddans mellom del og helhet. Det var et ønske om å analysere materialet i flere lag. Analytiske spørsmål kommer både fra materialet og fra teorien. Jeg prøvde ut ulike analytiske spørsmål.

Jeg forsøkte i analysen å få øye på kontraster og gjennomgående trekk for dermed å kunne presentere materialets nyanser og utdypninger. Jeg så på om data kunne gi en sammenhengende forståelse av temaet. Jeg anvendte tematisk analyse, dvs at jeg så på hva mitt materiale inneholdt av temaer. Jeg sammenlignet intervjuene og så at noen temaer gikk igjen i mange av dem. I tillegg hadde jeg med meg politiske dokumenter som gir føringer for hvordan en 2 årskontroll skulle gjennomføres. Fortellingene forsøkte jeg å se i lys av teori og i lys av den institusjonelle funksjonen 2 årskontrollen har, slik det fremkommer i de offentlige dokumentene. Jeg valgte fire analytiske temaer for det videre analytiske arbeidet. I arbeidet med materialet utformet jeg nye analytiske spørsmål til hvert tema.

1. Praksis/egenskaper – relasjonelt aspekt
2. Informantenes opplevelse av sin innflytelse på samtalen – brukermedvirkning
3. Fokus i samtalen – somatikk og normalutvikling
4. Temaer som ble lite berørt/var fraværende – helhet, psykisk helse, foreldreveiledning og samspill

Når jeg valgte ut temaer var det en bevegelse mellom materialet mitt og teori jeg selv hadde kunnskap om og et forhold til. Jeg hadde lest veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten før jeg startet forskningen. Den er overordnet for det som skal gjøres på helsestasjonene og på 2 årskontrollen, og den sier noe både om foreldreveiledning, brukermedvirkning og helhet. Relasjon vet vi er av avgjørende betydning ifht vurdering av tjenestekvalitet. Jeg ble opptatt av relasjonsbegrepet og valgte å se nærmere på det etter at alle informantene beskrev tydelig at de var opptatt av sitt møte med de ansatte på helsestasjon. De beskrev det profesjonelle møtet med sekretær, helsesøster, lege og jordmor.



Brukermedvirkning ble et tydelig tema fordi flere av informantene hadde tanker om forbedring av tilbudet de fikk, de beskrev endringsforslag og noen beskrev at de bare møtte opp fordi de måtte. Valg av brukermedvirkning som tema begrunnes av at overordnede politiske dokumenter gir sterke føringer om brukermedvirkning.

Da alle informantene beskrev helsestasjonens fokusområder knyttet til somatikk og normalutvikling var det naturlig og interessant å vie plass til dette i oppgaven, sett opp mot det som offentlige dokumenter sier at helsestasjon skal tilby småbarnsforeldrene.

Jeg er opptatt av foreldreveiledning med bakgrunn i min utdanning og profesjon som familierapeut. Som systemiker er jeg opptatt av helhet, å se hele mennesket og se hele familien, samt å tenke relasjonelt og i samspill. Føringer fra staten handler også om å få flere faggrupper inn på helsestasjon og å tilby foreldrene råd og veiledning for å kunne mestre forelderrollen. Helhetstenkingen og mestringsfokuset er styrket i offentlige dokumenter. Så dette var noe jeg etterspurte i alle intervjuene og informantene beskrev viktige opplevelser og erfaringer om dette. Psykisk helse ble naturlig å vie oppmerksomhet når informanten, og spesielt en av informantene hadde interessante erfaringer å dele også sett opp mot et helhetlig blikk.

### **3.7 Egen posisjonering**

Jeg er utdannet familierapeut og jobber på et familiesenter. Dette vil prege hvem jeg er som forsker, hva jeg blir nysgjerrig på, hvordan jeg nærmer meg temaet og intervjuene på. I min kommune, på min arbeidsplass har vi etablert familiesentre som har bred tverrfaglig kompetanse i arbeid med barn, unge og deres foreldre. Ved å etablere familiesentre ønsker vi å oppnå at brukerne får hjelp enda tidligere, at kompetansen samles der barn og foreldre er, at fagpersonene er tilgjengelige for hverandre og andre instanser som yter tjenester til barn, unge og deres familier.

Jeg ønsker å ha fokus på hvordan foreldre opplever den profesjonelle tjenesten, nettopp fordi jeg selv som familierapeut er posisjonert på den andre siden i den profesjonelle samtalen. Fordi jeg selv er en av hjelperne, ønsket jeg i denne oppgaven å vie oppmerksomheten mot foreldres erfaringer. Det profesjonelle møtet er relevant for en familierapeut fordi man ved å studere det kan bli en bedre terapeut.

For å bli bedre kjent med konteksten på det profesjonelle møtet, har jeg vært med på 2 årskontrollen ved en helsestasjon, som observatør, for å få erfaring og større forståelse for hvordan dette gjennomføres før jeg intervjuer foreldrene. Dette har jeg gjort både før intervjuene, i starten på masteroppgaven og etter fjerde intervju.

### 3.8 Forskningsetiske overveielser

Som forsker reflekterte jeg rundt hvilke formelle tillatelser som måtte innhentes for å sikre at undersøkelsen ble utført innenfor gjeldende lover og regelverk, og hvordan regelverk og etiske prinsipper kan fortolkes i forhold til min undersøkelse. Søknader til REK og NSD ble sendt. Se vedlegg.

Etiske spørsmål og verdispørsmål har vært viktige som en integrert del av hele forskningsprosessen. Samspillet mellom meg som intervjuer og mine informanter påvirker intervjupersonene og materialet som produseres er et resultat av dette samspillet. Foreldre som har vært på 2 årskontrollen, ble informert om undersøkelsens overordnede formål og om hvordan designet skal se ut, om mulige risiko og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet. Jeg sikret meg at informantene deltok frivillig og at jeg informerte dem at de når som helst kan trekke seg ut av undersøkelsen (Kvale og Brinkmann 2012, 88-89).

Informasjonen, private data som identifiserer deltakeren, anonymiseres gjennom hele oppgaven. I intervjusituasjonen forsøkte jeg å vurdere hvordan intervjupersonene opplever situasjonen med tanke på stress, selvbilde og trygghet ifht. konfidensialitet. Konsekvenser for informanten er vurdert. Nytteperspektivet og potensielle fordeler av oppnådd kunnskaper vurdert å være større enn risikoen. Når det kom frem temaer som tydet på behov for terapeutisk hjelp spurte jeg om de snakket med andre om dette og henviste videre. Rapporten skal gi kunnskap som er så sikker og verifisert som mulig. I analysen og i rapporteringen har jeg vurdert hvilke konsekvenser den offentlige rapporten har for foreldre som deltok samt konsekvenser for aktuell helsestasjon/familiesenter (Kvale og Brinkmann 2012, 90-94).

Forskerens rolle, integritet og moralsk ansvarlig forskningspraksis er avgjørende for kvaliteten på forskningen. Jeg har forsøkt å presentere resultatene så nøyaktig og representativt som mulig. Prosedyrene som danner grunnlaget for konklusjon og hvordan forskningen har vært gjennomført har jeg forsøkt å gjøre gjennomsiktig slik at leseren selv kan følge forskerprosessen og vurdere. På denne måten håper jeg å gjøre min undersøkelse pålitelig og troverdig, slik at resultatene kan være relevante for andre sammenheng som handler om den profesjonelles møte med brukeren. (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2011).

I det neste kapittelet vil resultatene fra analysen presenteres, strukturert etter de fire valgte analytiske temaene.

## 4.0 PROFESJONELLE MØTER PÅ 2 ÅRSKONTROLLEN PÅ HELSESTASJONEN

Jeg vil nå presentere varierte erfaringer fra intervjuene med foreldrene, noen ganger med klare tendenser i hver sin retning under intervjuene. De fungerer som analytiske kontraster som bidrar til utdypning og nyansering av foreldrenes opplevelse og forståelse av det profesjonelle møtet. Historien fra hver enkelt informant handler om forskjellige profesjonsmøter mellom foreldre og kontorpersonell, lege, jordmor og helsesøster. De vil noen ganger bli sett i forhold til hverandre.

### 4.1 Hvordan oppleves møtet med den profesjonelle?

De fleste av informantene var i intervjuet tydelig opptatt av sitt møte med de ansatte på helsestasjonen. Det er forskjellige ting de uttaler seg om og ulikt hvordan de har erfart de profesjonelle hjelperne. Informantene viser i stor grad til personlige egenskaper hos de profesjonelle hjelperne. Hvordan de fremstår som person har betydning for foreldrenes opplevelse og erfaring med 2 årskontrollen. Når jeg spør om erfaringer fra de profesjonelles praksis svarer de med beskrivelser av personlige egenskaper er hos helsesøster. Foreldrene opplever egenskaper hos de profesjonelle som en del av deres praksis. Carina og Curt beskriver flere gode egenskaper hos helsesøster som de setter pris på, og de beskriver det de opplever som god helsesøsterpraksis.

”Så svarte han litt kald, sånn som leger er da, er du bekymra for hjerneskade, sier han. Nei, sier jeg. Nei det er ikke det. Ehhh Og så tar jeg opp det sammen da med helsesøster. Og hun er da mye varmere og hun treffer jo mange flere barn. Og betrygger meg på en helt annen måte. (...) Det viser litt forskjell på den varmen og omsorgen. Så det føler jeg vi får veldig av helsesøster og av de som er der. (...) Så hun er litt sånn - hun gjør alt hun skal gjøre, - men hun er litt rund i kantene og god altså (...) Janne og helsestasjon er jo helt fantastisk. Hun er varm, god dame.” C og C

Carina og Curt trekker frem personegenskaper som det å være ”varm/ kald”, om ”omsorg” og det å være ”betryggende”. Legen beskrives som ”kald” og en som snakker om bekymring og hva som evt. kan være galt. Hans væremåte settes som kontrast til helsesøster som beskrives som en ”god dame” med mye varme og omsorg, ”litt rund i kantene” og hun ”betrygger” dem. Foreldrene oppfatter helsesøster som en som bryr seg. Det kan se ut til at Carina og Curt har forskjellige forventninger til lege og helsesøster, hvor legen har fokus på det fysiske og skal finne ut hva som er galt med deg, ”sånn kald sånn som leger er”. Mens de når det gjelder helsesøster henviser mer til fokus på omsorg og trygghetsskaping. Dina trekker frem mange av de samme personkarakterer som Carina og Curt, men har andre erfaringer. Hun sier:

”jeg følte hun (legen) var kjølig på en bra måte. Hun gjorde det hun skulle og ikke noe dill dall. Og så var hun leken med sønnen min. (...) For du føler at folk er der med hjerte. Selv om det er på løpebånd så - det har en betydning altså. *Det er litt det du kanskje beskrev hos legen eller?* Ja, hun og var varm, og liksom hadde noe å - men samtidig kjølig og gjorde det hun skulle. Men hun hadde det der - *ja ikke bare følelser men litt fakta også?* Ja, den blandinga der. Det er så viktig liksom. Det er så viktig at du viser at du bryr deg og er nysgjerrig og litt sånn - men faglig - at det faglige er fremtredene, og da kan du slenge på så fin han er og sånn. Men ikke når hun bare gjør det.” D

Dina setter relasjonen til sin helsesøster i kontrast til helsestasjonslegen som beskrives som ”varm”, som en som var ”på allerten, som var” kjølig på en bra måte”, som gjorde jobben sin, lekte og tulla. Hun gjorde så hun slappet av. Dina vektlegger den faglige kompetanse, interesse og det å vise at ”du bryr deg” og er ”nysgjerrig”, hvor det ”faglige er fremtredende” og at man ”er der med hjertet”. Dina henviser til at både faktakunnskap og myke verdier er avgjørende for hvordan opplevelsen av møtet blir. Denne beskrivelsen av møtet med legen er helt forskjellig fra hennes beskrivelser av helsesøster, som beskrives slik ”for hun er ikke så god med folk”. Dina gjør som Carina og Curt og beskriver legen som kald eller kjølig. Forskjellen på informantene er at Dina omtaler kjøligheten som noe positivt. Dina beskriver antonymer som kald og varm om samme person, så det blir et slags både- og. Slik jeg forstår Dina, er ikke opplevelsen av omsorg tilstrekkelig, den må kombineres med kunnskap. Se 4.1.1 ”Hvordan kompetansen oppleves i det profesjonelle møtet”.

Dina beskriver at hun har ulike opplevelser i møtet med de profesjonelle når det gjelder å bli vist omsorg, at den profesjonelle bryr seg om og er god med folk. Å være god med folk handler bla. for Dina om å være ”genuint interessert”.

”Jeg forventer at sykepleiere som jobber med barn - Ja sånn som de var på føden da - ja genuint interessert. Og det virket ikke som hun var.” D

”så møtte jeg de (kontorpersonell) ofte først og de føler jeg at jeg kjenner litt. (...) for meg så oppleves det i hvert fall som de er genuint interesserte.” D

Dina opplevde ikke at helsesøster var genuint interessert og hun satte det i kontrast til hvordan hun opplevde kontorpersonalet. Dina beskriver det profesjonelle møtet som personavhengig, opplevelsen og erfaringen i møtet med de profesjonelle handler om tilfeldigheter med hvem de møter. Informantene beskriver dette som ”kjemi” og ”flaks”.

”Jeg føler jeg har vært veldig negativ, men jeg føler jo ikke at jeg har noen positiv opplevelse av - men det er veldig personrelatert da. Jeg må bare si at jeg tror ikke at det er slik hos de andre på helsestasjon jeg går til, men jeg tror det er at jeg har en dårlig helsesøster. Men det finnes jo sånne råtne epler rundt omkring. Hun er ikke ond, hun er bare kunnskapsløs (...) hun som jeg har, hun virker som hun bare er der. Hun er ikke tilstede. Så jeg er veldig glad jeg ikke har noen problemer. For det må være veldig forferdelig å ha henne og være ressurssvak – så tenker jeg det er veldig viktig at de folka som har den rollen hun har – de vet jo ikke hvem de møter. Det er flaks for henne at jeg ikke trenger henne. Men det er jo ille for de som trenger den ressursen da. (...) Jeg har bare vært uheldig med folka (...)så jeg har sikkert Byens dårligste helsesøster.” D

Dina beskriver at opplevelsen av møtet er ”personrelatert”, at hun har ”byens dårligste helsesøster”, er ”uheldig med folka” siden helsesøster er ”kunnskapsløs” og ”ikke tilstede”. Dina har altså tanker om at det profesjonelle møtet kan oppleves annerledes hvis hun hadde møtt en annen helsesøster. Dina opplever at hun ikke har vært heldig med den personen som skal gi henne helsetilbudet. Carina og Curt har motsatt opplevelse og erfaring med dette. Likevel har Carina og

Curt også den oppfatning av at opplevelsen av møtet er personavhengig og at det har med ”kjemi” å gjøre.

”Hun er veldig flink og god. Og det har jo sikkert litt med kjemi og gjøre også. (...) Altså generelt vil jeg si at de jeg har møtt på helsestasjon, de møter deg med et smil. De vet hvem barna mine er. De er forberedt og vet hvem de skal møte. De er veldig interessert. (...) jeg føler det er veldig varmt og lite dømmende (...)vi har en utrolig hyggelig helsesøster” C og C

Carina og Curt beskriver en helsesøster som de oppfatter som ”flink”, ”god”, ”møter deg med et smil”, ”er interessert”, ”varmt og lite dømmende” og ”hyggelig”. At de har opplevd henne på denne måten, kan handle om at de har god kjemi med helsesøster. Deres personlige egenskaper spiller inn på samspillet, de trives når de kommuniserer.

Vi har nå sett at informantene beskriver hvordan deres opplevelser og erfaringer på helsestasjonene er personavhengig, og at tilfeldigheter, flaks og kjemi er avgjørende. Det kan da sees på som at om helsesøster har dårlig kjemi med en forelder, trenger hun ikke nødvendigvis ha det med en annen og at det kan handle om hvordan de, brukere og hjelpere, virker på hverandre. Det de har til felles, er at både Dina og Carina og Curt beskriver at det er godt at de som tar imot dem på helsestasjon vet hvem de er når de kommer. Dina beskriver sine opplevelser i møtet med kontordama som en kontordame som kjenner henne igjen og er hyggelig.

*”Ville det vært betydningsfullt at du føler at de kjenner deg og vet hvem du er? Ja, jeg syntes det er fint. I hvert fall at de later som - at du blir møtt sånn - å der er en mor og et barn til. Det er ikke så farlig at de ikke husker akkurat oss. Men bare at - og der er det en til som skal inn og - at den der er tilstede da. Hei og velkommen til oss og -” D*

Det å kjenne at hun er ventet, og at hun er ønsket velkommen, beskrives som viktig for Dina. Dette beskrives også av Carina og Curt. Det å bli sett, ventet og gjenkjent beskrives som en god og viktig egenskap å kunne formidle og ivareta fra de profesjonelle, det at helsesøster er interessert i akkurat dem. Å være imøtekommende er en handling og er uavhengig av kjemi, men en del av det å være profesjonell og det å jobbe for å ha en god relasjon. I utdraget under ser vi at Carina og Curts helsesøster beskrives som veldig god på dette.

”hun kan jo liksom navna til alle barna i hele verden tror jeg. Og hun husker oss hvis hun treffer oss på gata. Så husker hun at Cornelius heter Cornelius. Det er jeg imponert over. Så det – det er godt (...) Så det er mye omsorg i det syntes jeg. For hvis vi treffer Janne på åpen helsestasjon så trenger hun ikke se i papirene sine hva barna våre heter, for hun vet det. Og det er jo - utrolig fint. Det er ikke noe man kan forvente, men ehhh - men det er en veldig god egenskap.” C og C.

Vi har til nå sett at informantene har beskrevet at varme, omsorg, det å være betryggende og genuint interessert beskrives som viktige egenskaper som fagpersonen må kunne gi og vise. I tillegg forteller de at en rolig, god og trygg stemme i møtet, oppleves som viktig av flere.

”Og så var hun (legen) veldig leken med sønnen min. Hun tulla med lyset foran øynene hans for å skulle se i øret. Sånne ting. Og det gjorde at jeg og slappa av og at det ikke ble sånn tvangssituasjon.(...)Det var ikke bare at hun observerte han, hun tok i han. Selv om jeg hadde han på fanget. *Hvorfor tenker du at hun gjorde*

*det? Jo for å kjenne på motorikk og selv, for å vite hva hun drev med, ikke bare hva jeg sa. Men det var veldig rolig. Hun trengte seg ikke på. Så han ble aldri redd henne. Det var veldig smidig. Hun har sikkert masse barn selv.(latter)” D*

*”legen var også rolig og hyggelig” C og C*

Både Dina og Curt og Carina beskriver møtet med legen som rolig. Legen i disse konsultasjonene oppleves som flinke med barn, ”smidig”, ”hyggelig”, ”gjorde så jeg slappa av” og ”leken og rolig” av foreldrene. Slik jeg forstår Dina, tenker hun at disse egenskapene kan tyde på at legen selv har egne barn og at hun bruker egne erfaringer i det profesjonelle møtet. Anna er også opptatt av at hennes opplevelser i møtet med den profesjonelle er avhengig av personegenskaper hos vedkommende. Hun beskriver, som vi ser i utdraget nedenfor, at disse tingene handler om å bygge relasjon.

*”det er med på å bygge relasjon.(...) Så det er mer den personlige relasjonen jeg savner. At hun feks husker om vi har hatt problemer tidligere eller slike ting. (...) Hun burde visst ting om oss på forhånd, lest seg opp.”  
A*

Anna henviser her til at det å bli gjenkjent også handler om at de er oppdatert på tidligere konsultasjoner. Hun hadde satt pris på om hun ble fulgt ut, og hatt litt ”small talk”. Hun savnet ”å bli tatt på skuldra, eller sånne ting”. Anna sier eksplisitt at dette er med på å bygge relasjon.

Den profesjonelle og foreldrene styres av hvilken relasjon de har til hverandre. Personlige kvaliteter og personligheter innvirker på samhandlingen. Som vi ser i utdraget under, henviser også Dina til at egenskapene som er beskrevet er avgjørende for relasjonen.

*”Og at den relasjon dere har - fra starten av, den er dårlig. Den er dårlig. Altså hun er ikke slem, hun er snill, og som virkelig som ikke er oppegående da, i følge meg.(...) Hvis det er hun som ringer etter fødsel nå så vil jeg gjerne ha hun andre. Jeg gidder ikke si til henne at hun er dårlig, men jeg kommer til å si at jeg vil ha hun andre. (...) og hun var så kald.”. D*

Relasjonen beskrives som dårlig og Dina opplever ikke å bli møtt på noen god måte. Dette gjør at hennes forhold til helsesøster beskrives som ikke tilfredsstillende. Det er interessant at det tilbudet velferdsstaten skal gi til barnefamilier, med mål om å skape større liket blant borgerne er avhengig av relasjonen og personlige egenskaper hos den profesjonelle. Nettopp dette kan gjøre at tilbudet blir av ulik kvalitet.

#### **4.1.1 Hvordan oppleves kompetansen i det profesjonelle møtet?**

Kompetanse handler om de kvalifikasjoner de profesjonelle har, dyktighet til noe, være i stand til å utføre en oppgave, å inneha formell kvalifikasjon fordi de er autorisert helsepersonell. Når jeg spør etter informantenes opplevelser og erfaringer med 2 årskontrollen, kommer det tydelig frem at de vil merke fagligheten til hjelperne. Hvordan merkes så profesjonsutøvelsen? Carina og Curt beskriver dette tydelig.

”jeg er egentlig veldig godt fornøyd med helsestasjon, så hvis jeg skulle anbefale andre når de er bekymra - snakk med helsestasjonen. Og bruk den kompetansen. Fordi de har fagkompetanse. Men de har jo så utrolig mye erfaring og ser så mange barn. Og det er veldig fint med Janne. Hun kan fortelle om andre barn. (...) Ja, Janne og helsestasjon er helt fantastisk. Hun er en varm, god dame, som har vært mamma og som er bestemor og som kan snakke om - Snakker om alt mulig, om sin egen familie ikke er perfekt og alt de greiene som har skjedd der og - (...) jeg har absolutt en trygghet i forhold til den kompetansen.” C og C

Faglighet og kompetanse kommuniseres tydelig i møtet mellom helsesøster og Carina og Curt.

Foreldrene er trygge på erfaringene hennes og setter pris på at hun deler personlig erfaring. De sier det er godt for dem at helsesøster forteller litt om egne erfaringer og erfaringer andre foreldre har. Her knyttes kompetanse til at helsesøster har personlige erfaring som gjøres relevant for brukeren. Møtet med helsesøster beskrives som en samtale hvor helsesøster viser at hun liker det hun holder på med, hun liker barn. I beskrivelsen av kompetansen henviser Carina og Curt til det samme som ble belyst av Dina under 4.1, personlige egenskaper og relasjon. Vi så der at Dina fortalte om viktigheten av at fagligheten er fremtredende og at fagligheten til de profesjonelle kombineres med at de ”er der med hjertet”. Her kan det se ut som at Carina også mener at kompetanse handler om at helsesøster innehar kombinasjon ”varm og god” og fagkunnskap.

Anna er også opptatt av kompetanse i møtet med de profesjonelle. Når Anna skal snakke om kompetanse snakker hun om utdanning. Å kunne yrket sitt er å kunne det de har lært under utdanningen, sier Anna i intervjuet.

”de kan yrket sitt, som regel. De har skoleutdanning” A

Anna har noen forventninger om kvalifikasjoner til dem hun møter på helsestasjon fordi de har gått på skole og lært faget sitt. Som vi har sett, henviser både Anna og Carina og Curt til at de opplever å møte fagpersoner som viser at de kan faget sitt. Dette står i sterk kontrast til det Dina erfarer.

”Jeg tenker, hva er det du har og by på? Og det er ingen ting, - så jeg spurte også. Når jeg spør om faglig råd som jeg regner med at helsesøster skal kunne. *Ja*. Så vet hun ikke. *Nei*. ”Nei DET vet jeg ikke.. Nei DET vet jeg ikke”. Og det er sånn, sånn som vaksine du må vite hvilke vaksine som er. *Ja*. Er det trippel vaksine, er det, - altså det FORVENTER jeg bare at du vet. *Ja*. Det er jobben din, *Ja*. du jobber der hver dag. Og DET viste hun ikke. Så det er sånne ting som er liksom skremmende. (...) *Du er usikker på fagligheten hennes?* Ja, den tror jeg er langt bak mål. Så ja. Ikke imponert. Men det var en gang hun var syk og da fikk jeg en annen og da, en nyutdanna som var rundt på min egen alder. Og hun hadde jo full koll. Hun var jo så faglig oppdatert. Så tok i hvert fall regi på en annen måte. Hun ledet på en annen måte, og det var jo veldig bra.” D

Dina beskriver at hun har opplevd hvordan dette med faglighet kan oppleves ulikt avhengig av hvem hun møter. Hun henviser også til at hun som forelder selv har noen forventninger til det profesjonelle møtet som ikke ble innfridd. Kompetanse handler her om å kunne gi faglige råd og kunne svare på spørsmål som Dina lurte på. Dina bruker vaksiner som et eksempel på at kompetanse handler om å kunne vite noe om hvorfor fagpersonen gjør som hun gjør og at den

profesjonelle må kunne formidle dette til foreldrene. Dina er ikke fornøyd med den kompetansen helsesøster har.

”Så det er liksom tomme ord igjen da. Veldig mye tomt.(...)Kunne liksom bare ha hatt - ja spurt litt mer rett og slett. For det var veldig lite spørsmål. Og jeg er litt usikker på hvis hun hadde stilt masse spørsmål, hvordan jeg hadde følte det og. For hun - om hun hadde gravet eller - for hun er ikke så god med folk. *Men ikke så god med folk - tenker du at det er manglende relasjonskompetanse?* Ja, og kunnskap. *Både relasjon og faktakunnskap.* Og så veldig usikker - det er sånn hvis jeg har fortalt noe - nei, det hadde hun aldri hørt om. (...) Hun er ikke oppdatert.” D

Det offentlige har overtatt flere av familiens omsorgsoppgaver. Normen for godt foreldreskap innebærer at man følger opp det tilbudet som helsestasjon gir. Lovverket (Helse- og omsorgstjenesteloven §4-1) presiserer at den profesjonelle skal ha tilstrekkelig kompetanse. Det stiller store krav til den profesjonelle når det gjelder å inneha en viss standard på sin profesjonsutøvelse. Dina følger normen og møter opp, men har en helsesøster som ikke tilfredsstillende kravene som velferdsstaten stiller ifølge Dina. Når Dina beskriver sin opplevelse av kompetanse som manglende kunnskap hos sin helsesøster henviser hun også til kommunikasjonsferdigheter, ”tomme ord” og ”veldig lite spørsmål”.

”men vi har nok litt dårlig kommunikasjon så - *men tenker du at det er ditt ansvar eller?* Jeg tenker at hun bør jo også klare - når jeg stiller såpass krasse og tydelige spørsmål at det egentlig vil gjøre jobben lettere da, ved å følge det. Men jeg tror ikke hun enser det (...) det er så meningsløst å være der, hun bare sitter der og ser på meg. Helt meningsløst å være der. (...) for hun er ikke noe flink rett og slett.(...) Jeg tror ikke hun merker noe på dårlig kommunikasjon, men hun er elendig! (...) Da spurte jeg er det noe mer du skal igjennom, er det noe mer du skal krysse av i boka di? Jeg blir litt frekk og for jeg tenker jeeses liksom er det her det du skal krysse av i boka. Nei, nei det var fint det her. Og jeg spurte har du alle opplysninger du skal ha for å krysse av i boka, ja- så der liksom - jeg tror ikke hun reagerte på at det var noen dårlig tone.” D

Dårlig kommunikasjon gjør at Dina opplever usikkerhet når det gjelder kompetansen i møtet. Her kan kompetanse sees i sammenheng med kommunikasjonsferdigheter. Dina forsøker å få helsesøster til å bli tydelig på hva møtet skal inneholde, men sier at hun ikke når fram til helsesøster med sitt budskap, hvor dårlig tone og dårlig kommunikasjon er framtrædende. Dina reagerer ved å bli provosert av måten hun blir møtt på, og sier selv at hun blir frekk tilbake. Vi ser at Dina er tydelig misfornøyd med kommunikasjonen med helsesøster. Dina beskriver at helsesøster ikke merket den dårlige kommunikasjonen med henne. Det kan tenkes at helsesøster og Dina har ulike referanser for hva som skal til for at den profesjonelle viser fram sin kompetanse på en tilfredsstillende måte. I tillegg til dårlig tone opplever Dina at det som kommuniseres er irrelevant.

” Men altså når det er det du sitter igjen med. Så blir det sånn... trodde det her var et helsetilbud.. ikke bare en sånn der -.hvem er den søteste mammaen liksom. Det blir sånn rart.(...) så kommer jeg inn og så spør hun hvordan jeg har det og spør hvordan det går, hvilken sveis jeg har eller hvordan jeg ser ut eller – det er så totalt irrelevant for jeg er jo ikke der for å vise meg frem.” D



Hva er det som gjør at det som kommuniseres oppleves som irrelevant? Hva er det som skurrer? Dina henviser her til at helsesøster ikke har fokus på at det er "et helsetilbud". Dina har forventninger om at det er helse som skal være tema. Når helsesøster her har for stort fokus på å gi mor kompliment for sitt utseende, oppleves det som at fokuset er på feil sted. Dina opplever at det "det blir sånn rart". Kommunikasjonen må sees i den sammenhengen den forekommer i for å kunne forstås. Intimisering er greit når det gjøres sammen med faglig kompetanse, men kan ikke stå for seg selv i det profesjonelle møtet. Som vi ser er konteksten av avgjørende betydning for kommunikasjonen. Dette kan være den spesielle relasjonen mellom helsesøster og foreldre, hvilken type situasjon de befinner seg i, og/eller hvilken historie de har sammen. Dina relasjon var trolig av den karakter at hun ikke var mottakelig for komplimenter om seg selv fra helsesøster nettopp fordi den manglet faglig tyngde (Eide og Eide 2000).

Kommunikasjonen i det profesjonelle møtet er viktig for flere enn Dina. Også Anna beskriver at helsesøster ikke er så god på kommunikasjon. Hun opplevde at spørsmålene ble for generelle, noe som gjorde at hun følte helsesøster ikke kjente dem. Anna sier at hun kunne ha spurt oss personlig. Hun sier at helsesøstera har "sikkert lest papirene men -". Dette er den tredje helsesøstera de har hatt.

"Så jeg føler jeg ikke får så veldig god kommunikasjon med helsesøstera sånn egentlig. Hun har sikkert lest i papirene våre, men allikevel – jeg liker å kunne prate – jeg altså er litt sånn et personlig menneske." A

Når Anna har fokus på kommunikasjonen her kan det forstås som at kompetanse handler om kjennskap til den andre og at kommunikasjonen må bære preg av det. Som beskrevet under 1.2.1, norsk småbarnspolitik, er foreldres intime/familiære valg formet av det offentlige og familielivet er også et offentlig anliggende (Korsvold 2008). Dette vil igjen stille krav til det offentlige om hvordan møte den enkelte i det profesjonelle møtet. Anna omtaler seg som "et personlig menneske" og har ønsket om å bli møtt personlig og ikke referert til ut ifra "papirene" sine.

Det Anna og Dina beskriver om kommunikasjonen med sin helsesøster står i sterk motsetning til det Carina og Curt har opplevd. Carina og Curt har beskrevet at de har en god relasjon til sin helsesøster, en helsesøster med personsegenskaper de setter pris på. I tillegg beskriver de at de kommuniserer godt med hverandre.

"så vi har en veldig god dialog med nesten alle der." C og C

Kommunikasjon beskrives her som en "dialog", i kontrast til monolog. Begge parter skal kunne bidra inn i samtalen og oppleve den som relevant. Jeg har i mitt materiale sett etter om de profesjonelle lager en kontrakt for samtalen. Dette for at foreldrene kan være forberedt på hva de skal inn i, slik at de vet hva slags samtale de skal ha, og på den måten invitere til dialog. Når

informantene skal beskrive sin opplevelse av kompetansen i det profesjonelle møtet snakker flertallet av informanter om viktigheten av å kommunisere hensikten eller planen for samtalen. Bente savnet denne kontrakten for samtalen innhold.

” Som sagt, jeg kunne godt tenke meg helsesøster hadde en litt mer agenda for hva vi skulle prate om også. (...) jeg reagerte litt på at hun sa (...) jaja, legen har jo gjort det meste på en måte, eller litt slik. Så jeg følte litt sånn hensikten med å gå til henne, hva var det? (...) jeg syntes ikke det kom klart nok frem hvilken hensikt det var. Er hensikten at barnet vårt skal være i rute liksom, eller er hensikten – er det en undersøkelse på hvor unger –?” B

Bente savner at ”agenda” og ”hensikt” for det profesjonelle møtet blir kommunisert. Hun er usikker på hva som er meningen med konsultasjonen. Bente opplever ikke at det blir presentert for henne hva som er hensikten. Det blir ikke lagt noen rammer for samtalen, eller en kontrakt slik at begge parter vet hva som ligger som premiss for dialogen. Dette reagerer Bente på. Hertz (2011) beskriver viktigheten av å være transparent i møte med foreldrene, slik at de forstår hvorfor vi gjør det vi gjør. Han sier at det ligger et stort potensial i det å metakommunisere om dette. Dina beskriver noe av det samme som Bente.

”Men da var det liksom jeg som ledet seansen. Hvis ikke jeg sa noe så ble det ikke sagt noe heller (...) åpne samtalen så du vet liksom hvorfor jeg sitter her (...) jeg hadde forventa at de skulle spørre om hva han spiste til måltidene, og om han tok regi på en måte. Men det var ikke noe –” D

Dina hadde en forventning om at den profesjonelle skulle lede samtalen og informere om hvorfor de møttes, hensikten. Dina har gjennomgående negative erfaringer i møte med helsesøster. Både når det gjelder hennes personegenskaper og praksis, kompetanse og kommunikasjonsferdigheter. Møtet med helsestasjonslegen erfares for henne som en kontrast til dette. Dette gjelder også i forhold til målrettethet.

”da var det egentlig rett inn til legen. *Ehh* og da fikk vi snakke om de tinga vi skulle snakke om der, for det var liksom en plan for det også. I tillegg til - *Og planen den visste du om?* Ja (...). Så fortalte han hva vi skulle gjøre og sånn og var nøye og grundig. *Ja*. Hun var flink med barn, hun var kjempeflink med barn hun (...). Det syntes jeg har vært fint med helsestasjonen, at det er samme lege du møter. (...) Så hun tok jo initiativet og jeg - så sa hun enkelt hva man kunne gjøre. Ja. Det var også veldig greit. (...) hun var trygg i faget sitt..” D

Når det gjelder ledelse og ta regien på samtalen og faget, henviser Dina til fagligheten hun opplever, hvor det er en plan for møtet. Møtet med legen beskrives som en god opplevelse for Dina. En god opplevelse for Dina handler om at hun visste om planen, hun sier alt var innafør, og tenker at det var en grundig og god sjekk. Opplevelsen av legen settes av Dina i kontrast til hennes opplevelse med helsesøster. Hun reflekterer over ulikheter og beskriver at det handler om ulik opplevelse av kompetansen, av å formidle kunnskap og plan.

Det at den profesjonelle tar ledelsen og er målrettet i sitt arbeid, har vi sett oppfattet som god praksis av både Bente og Dina, men begge savner dette. Carina og Curt er nok engang de i mitt materiale som skiller seg ut i beskrivelsen av opplevelsen og erfaringen i møtet. De forteller:

”Jeg føler helsesøster har kontroll på alle temaene. (...) det kan godt hende hun har noen punkter hun følger.(...) Jeg føler det er en sånn menneskelig samtale. At det ikke nødvendigvis er etter et skjema” C og C

Carina og Curt opplever at helsesøster tar ansvar for at viktige temaer blir snakket om. Helsesøster har ”kontroll” på temaene. Dette oppleves godt, men heller ikke de beskriver at det lages en kontrakt for samtals innhold. Deres beskrivelse av at de ikke går ”nødvendigvis etter et skjema” ser her ut til å bety at de er med på å forme innholdet i møtet og at de opplever å kommunisere godt med helsesøster, slik at det ”blir en menneskelig samtale”.

Dina skulle ønske 2 årskontrollen var en standardisert kontroll, hvor det ble kommunisert hva den skulle inneholde. Hun sier:

”Ja, denne kontrollen er en standardkontroll og vi gjør sånn og sånn. Åpne samtalen så du vet liksom hvorfor sitter jeg her. Litt sånn. For det blir jo liksom du lurer på hva du gjør der. Det er jo sjeldent man har tid til å sette seg ned å finne fram til dette skjer på 2 årskontrollen. Så det kunne vært fint, og bare åpne med det (...), mens hun min bare liksom - øhhøhh - bare går i sin egen boble (...) men jeg syntes det er bedre når de følger en liste, eller at de har en sånn at jeg skjønner formålet. Hva er det vi skal her.” D

Dina ønsker ”en standardkontroll” hvor hensikten med samtalen framkommer. Å følge ”en liste” settes i sammenheng med at formålet er forstått. Standardisering, med skjemaer og lister, blir sett på som noe positivt både av Dina og Anna. Anna ønsker et ”ferdig utfylt skjema” på forhånd, hvor det bare skulle krysses av for svaralternativene.

”Så da kunne jeg egentlig nesten tenke meg et type skjema som Aina fikk om orda sine. At vi heller kunne hatt et ferdig utfylt skjema på forhånd, som vi da kunne gitt til helsesøster. og for eksempel da: Ønsker du å prate med helsesøster om dette? Sjekket: JA. Eller sjekket: NEI. For da bestemmer du deg på forhånd og da slipper du å få det presset på deg. For har du det veldig vondt er det ikke så lett å være så åpne.” A

Hva er det som gjør at de foretrekker standardiseringen? Vi har sett at informantene beskrev standardisering som å ha struktur og fokus i samtalen. Er det standardisering som er ønsket, eller er det det at det er en struktur på samtalen som er bra? Det kan se ut som det er strukturering og åpenhet om hensikten som de beskriver som bra. Selv om samtalen er tilpasset den enkelte og det er rom for fleksibilitet, kan de likevel ha en liste, en struktur de følger. Fleksibilitet i samtalen beskrives godt av Carina og Curt.

”For alle foreldre har jo forskjellige erfaringer og forskjellige barn, og da blir det jo – da kan man jo ikke bare fylle ut et skjema slavisk hvordan en 2 årskontroll er. (...) jeg vet ikke, det kan godt hende hun har noen punkter som hun følger, men - det er ikke sikkert hun tar opp alle ting med oss. Kanskje hun tenker det er noe hun tenker er unødvendig å ta opp med oss, som hun tenker andre trenger. Jeg vet ikke. Så.. *Men det er en tanke du har at hun velger ut hva som passer til dere, eller hva dere hadde trengt?* Jeg føler at i hvert fall

det er - at det er veldig sånn menneskelig samtale da. At det ikke er nødvendigvis etter et skjema. Så det kommer opp det som er naturlig.”C og C

Carina og Curt kaller det en ”menneskelig samtale”, hvor temaene er tilpasset dem. De sier likevel at hun nok har sine punkter hun følger, men tar bare opp det som er relevant for dem. De sier at de tror helsesøster har en struktur på samtalen, men at hun er fleksibel og tilpasser strukturen til de enkeltes behov.

Tiltross for at vi har sett hvordan Dina har beskrevet at hun ønsker en ”en standardkontroll” og at de følger ”en liste”, beskriver hun også at en liste i seg selv ikke er hjelpsomt for henne.

”Hun var så ekstremt opptatt av disse kurvene (...) så jeg er lei av de kurvene hennes. (...) Jeg kan godt møte opp. Men litt sånn ressursløsning og bare sitte der å oppta en halv time av noens arbeidsdag uten at det skjer noe, bare for at noen skal krysse av et skjema. For det blir litt meningsløst syntes jeg.” D

Dina er ”lei kurver” og det å ”krysse av et skjema”. Her kan det sees på som om det Dina legger i en standardkontroll, kan handle om at det bør være en struktur på samtalen, og et innhold som kan gi mening for henne. Det kan se ut som om det handler om at det ikke er enighet eller klarhet i utgangspunktet for det som skal gjennomgås i samtalen. Bente fikk også et skjema hun skulle krysse av og reagerte på det standardskjemaet hun fikk i forbindelse med språkkartlegging.

”Samtidig reagerte jeg nok litt på måten det gjøres på. Tenk om jeg var en mor som bare kunne krysse av på to. (...) Det hadde liksom, høres ut som et lite nederlag før du kom dit ” B

Bente henviser her til individuelle forskjeller og hva en standardprosedyre kan gjøre med de som ikke helt følger ”skjema” for utvikling. Det kan se ut til at Bente her foretrekker en samtale om temaet isteden, hvor fleksibilitet og individuelle tilpasninger og vurderinger gjøres. Veilederen til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste beskriver et anbefalt helsestasjonsprogram med beskrivelser av sjekkpunkter som anbefales å gå igjennom med foreldre og barn. (Helsedirektoratet 2004) På denne måten har helsesøster en oversikt over hva som skal gjennomgås, men må bruke sin profesjonalitet i hver enkelt samtale ifht hvordan dette skal formidles.

Vi har nå sett at når jeg spør etter informantenes opplevelser og erfaringer med 2 årskontrollen kommer det tydelig frem at de vil merke fagligheten til hjelperne. Videre beskriver de at kompetansen i det profesjonelle møtet henger sammen med deres opplevelse av tempo og tid i møtet. Informantene legger stor vekt på tid og beskriver det på ulike måter.

”Og det og føler jeg, at vi kan godt gå over - jeg kan se på klokka at vi går over. Jeg føler ikke at de har dårlig tid, at de stresser. Hun psykologen vi var hos, hun begynte å se på klokka. Det kjente jeg var veldig ubehagelig. Og det har jeg aldri følt hos helsesøster. (...)De har sikkert ikke så god tid som det føles ut som. For det er jo en travel jobb. Ja. Nei, det har jeg ikke tenkt på, men det føles ut som om de har all verdens tid. Og hvis de har en annen avtale så smiler de og - de har aldri kasta oss ut heller. Vi har aldri vær der så evig lenge heller altså. (...) Hun tar seg tid, og det er egentlig veldig betryggende.” C og C

Opplevelse av god tid og tempo hos helsesøster settes opp mot psykologens time. ”Å se på klokka” var en ubehagelig opplevelse for foreldrene. De sier at de antar at helsesøster nok også har begrenset med tid, men beskriver at hun ikke lar tid stresser seg eller gjør noe slik at hun slutter å smile. Anna opplever heller ikke at de har dårlig tid.

”det er ikke slik at de stresser. De har det vel også såpass innebygd, at vi har et opplegg. Vi holder oss innafor der. Det er ikke det at man blir hivd ut.” A

Anna beskriver at hun ikke har erfart verken stress eller at hun har blitt bedt om å gå, ”blitt hivd ut”. Ingen av informantene sier at de opplever at de har for liten tid hos helsesøster. Det er i seg selv interessant fordi jeg vet av erfaring at helsesøstre selv beskriver at de veldig ofte opplever å ha for dårlig tid i konsultasjonene.

Bente forteller at hun var til samtale hos helsesøster i ti minutter, men sier ikke noe om at det var for kort tid. Dina sier det var satt av en halv time, men at hun nok var der i ti minutter. Å ha god tid er bra, men ikke hvis den ikke fylles med noe relevant innhold. I utdraget nedenfor ser vi at Dina opplever samtalen som et mismatch på tempo. Helsesøster blir for treg og for lite konkret, slik at hun opplever det som å sitte å snakke om ikke noe.

”Det blir litt treigt. Og det var sånn som hun helsesøstra som hjalp meg, hun som jeg vil ha neste gang. Hun catcha det med en gang. Hun var liksom helt med hun bare. (...) nei de har jo så dårlig tid de legene.. og det følte jeg jo ikke. Så jeg spurte bare - det er jo ikke tida det er snakk om. At jeg kunne sitte inne hos henne en halv time og snakke om ingenting har jeg jo ikke behov for.”D

#### 4.1.2 Hva legger informantene i begrepet tillit?

Jeg har sett i materialet mitt at informantene er opptatt av tillit. Flertallet av informantene oppgir at tillit er av stor betydning i møtet, og de beskriver opplevelser og erfaringer knyttet til tillit. De bruker ordet tillit og sier det er viktig. Hvilke ord bruker de så for å beskrive tillit? Hva er tillit for den enkelte? Dette vil jeg se nærmere på.

”Ja, det er jo, vi har tillit til henne, vi kjenner henne jo og det er som hun sa til oss selv at når Carina var gravid at hun egentlig ikke hadde plass, for hun har veldig mange barn: men jeg ønsker jo å ta søskena, siden vi kjenner hverandre godt, kjenner historikken deres og sånt noe (...) Der syntes jeg helestatjon var fine å ha. For jeg har ikke tid å sette meg inn i å være ekspert på alt mulig. Så derfor stoler vi jo på det dem sier og gjør.” C og C

”så han var både flink og hyggelig og slike ting, så jeg hadde tillit til han” (legen). C og C

Carina og Curt forteller om en omsorgsfull helsesøster og lege de har tillit til, som trykker dem og viser seg interessert i dem. Når de skal beskrive tillit til legen bruker de ord som ”flink” og ”hyggelig”. I dette tilfelle beskrives tillit til helsesøster som kjennskap, som å strekke seg for å gi tid – ”så derfor stoler vi på”. De sier eksplisitt at de har tillit til helsesøster og begrunner det i at de kjenner henne og hun kjenner dem, deres familie og deres historikk. De sier at helsestasjonen er et av de første stedene de ville henvende seg hvis de skulle ha behov for råd og veiledning. Carina og

Curt sier ” da var det godt å ha en trygg havn å dra til.” Det kan se ut til at tillit for dem handler om å trygge, gi omsorg og vise engasjement, hvor ”flink” og ”hyggelig” for dem fører til tillit, og hvor tillit handler om å ”stole på”. De beskriver at god praksis er å følge familien, slik at den profesjonelle skal vite hvem de er.

Anna bruker som Carina og Curt eksplisitt begrepet tillit når hun skal beskrive opplevelsen av 2 årskontrollen på helsestasjon. Hva fylles så tillitsbegrepet med i hennes historie? Anna beskriver at hun har et behov for å oppleve tillit til helsesøsteren, og at hun er interessert i dem og vil dem vel. ”Det er det her tilbake med tillit, at hun faktisk er interessert i oss, at hun *vil* oss vel.” Hun sier hun ikke oppfattet at helsesøster jobbet noe spesielt med å bygge tillit. Da hadde hun hatt behov for at helsesøster hadde litt mer ”small talk” og at hun visste på forhånd hvem som hun skulle møte, og hadde lest seg opp på dem. Hun forteller om at hun ikke stolte på helsesøster vurdering av barnets fot, så hun tok selv initiativ til å få time hos fysioterapeut. Hun beskriver likevel at helsesøster satt seg ned med Aina og pratet litt ”hvordan har du det, litt sånn hilse på og skape tillit”. For Anna er ”small talk”, ”interessert i oss”, ”vil oss vel” ”stole på fagkompetansen” begreper som kan forstås som behov for å oppleve tillit. En annen av informantene, Dina beskriver tydeligst at hun opplevde et brudd i tilliten til helsesøster.

”og det hadde ikke jeg kompetanse til og det er derfor jeg spør deg. Liksom sånn åhhh - så det er liksom der det henger igjen. Og når det er noe så viktig som næring – så vår tillit er liksom brutt. Vi møter opp for at det er lovpålagt Og det er veldig synd at det skal være sånn. (...) Det er jo bare å møte opp. De plager meg jo ikke. Jeg tenker at hadde det vært noe alvorlig er det ikke hit jeg ville dratt for å få noe hjelp.” D

Relasjonen består her av tillitsbrudd. Hva fyller så Dina begrepet tillitsbrudd med? Dina beskriver dårlig kommunikasjonen som fører til tillitsbrudd. I tillegg knytter hun manglende ”kompetanse” opp mot tillitsbrudd. Det kan se ut til at for Dina er kommunikasjon og kunnskap forutsetning for å skape tillit. Dina beskriver at hun hadde tillit til helsestasjonslegen, som brukte tid på å trygge dem og gjorde så hun slappet av. Så for Dina handler begrepet tillit om tid, trygghet og ”gjorde så jeg slappet av”.

Informantene forteller om tillitens betydning og hva som for dem er innholdet i tillit. De beskriver at grad av tillit har betydning for deres utbytte av konsultasjonen. Om det trygt nok å ta opp eventuelle utfordringer er avhengig av den relasjonen de har til sin helsesøster. Dina sier ”ikke hit jeg ville dratt for å få noe hjelp”.

Som vi har sett, legger informantene vekt på tillit. Jeg har sett på deres innhold i begrepet tillit. De beskriver at det handler om at helsesøster har kjennskap til familien, har tilstrekkelig kompetanse, er interessert i dem og vil dem vel. Det handler om kommunikasjon, om å ta seg tid, at de er hyggelige og at de kan stole på dem og kan være en trygg havn. Eide og Eide (2000) sier at gode

kommunikasjonsferdigheter skaper bedre relasjoner. En god relasjon hviler på samhandling, trygghet og tillit. Relasjonsarbeid krever kunnskap og kompetanse. Utvikling av relasjonen mellom helsesøster og foreldre er av avgjørende betydning for utbytte av konsultasjonene. Vi har sett at Carina og Curt er de som tydelig gir uttrykk for at de har tillit til sin helsesøster og som beskriver gode kommunikasjonsferdigheter hos henne. Det å ha relasjonskompetanse i yrkesrollen, innebærer å ha et bevisst forhold til hvordan en selv og ens kvaliteter og personlighet innvirker på samhandlingen. Et grunnelement i gode relasjoner er trygghet, tillit og respekt. Det er fagpersonene som har ansvaret for å jobbe for en god relasjon. Vi har sett at både Dina og Anna beskriver at de ikke har tillit til sin helsesøster og hennes kompetanse. Om de har tillit er avhengig av det som er beskrevet i 4.1 med personegenskaper, hvordan fagpersonen er som person og 4.1.1 hvor fagkunnskap også er av avgjørende betydning for utvikling av tillit.

#### 4.2 Hva var informantenes opplevelse av sin innflytelse på samtalen?

Jeg har sett i materialet mitt at informantene er opptatt av sin innflytelse på samtalen. Mye av det som foreldrene beskriver om deres møte med helsestasjonen kan sees i lys av brukermedvirkningsperspektivet. Hvordan ser så foreldrenes beretninger ut i lys av brukermedvirkningsperspektivet? Vi skal få se at de fleste informantene beskriver liten grad av egen innflytelse på temaer og gjennomføring av 2 årskontrollen. De hadde også tanker om hva som hadde vært viktig for dem å gjennomgå av temaer på 2 årskontrollen. Carina og Curt beskriver at de har en annen opplevelse av møtet med helsestasjon enn de andre informantene, og er de eneste i mitt materiale som beskriver tydelig egen innvirkning på innholdet i møtet.

”Så det er veldig godt å kunne ha noen å snakke med som er - det virker som de bryr seg altså. Og det tror jeg de gjør og altså. Det er godt å ha noen å ringe til hvis det er noe (...) *Snakka dere om det som dere tenkte dere trengte å snakke om?* Ja. Eh..og så føler jeg at jeg kan ta opp ting også hvis det er noe jeg lurer på.(....) eller så er det rom for å ta opp det som er viktig for oss også. Og det, men jeg føler at helsesøster har kontroll på alle temaene. Det var ikke noe jeg savna at hun skulle ta opp. (...) C og C

Helsestasjonen blir beskrevet som et sted hvor man kan snakke om alt, om det som er viktig for den enkelte familie og at de får den tiden der som de har behov for. Foreldrenes egne erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tjenestetilbudet fungerer blir verdsatt og gjør at de kan bidra i planleggingen, utformingen og gjennomføringen av 2 årskontrollen. Ved at Carina og Curt opplever reell brukermedvirkning, kan de dermed bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utforming og gjennomføring av tilbudet, i tråd med helsedirektoratets målsetting (punkt 1.2.5).<sup>5</sup> De beskriver her gjensidighet i samtalen. Helsesøster har sine temaer utifra sine faglige rammer samtidig som hun er i dialog med foreldrene slik at deres individuelle behov vektlegges. De beskriver at de blir

<sup>5</sup> <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning> (7.05.16)

snakket med og ikke til, de er i dialog. Det var ingen temaer som savnes i dialogen. De beskriver at det er ”rom for å ta opp det som er viktig” for dem.

”Hun spurte sikkert om soverutiner og sånt, for det er ofte man kan spørre om. *Rutiner på søvn, mat, sånne ting...* Ja, men jeg husker språk, for det var det jeg var mest bekymra for.” C og C

Carina sier tydelig her at de opplevde at helsesøster delte deres fokus. De beskriver at det som er viktig for dem, blir viktig for helsesøster. Forskriften til kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid (2003) sier at helsepersonells rolle er å støtte foreldrene som har hovedansvaret for omsorgen for sine barn. Helsepersonell skal fokusere på metoder og prosesser som setter foreldre i stand til å mestre, trives og jobbe for god helse. Foreldre har ansvaret for at barna får sine omsorgsbehov dekket og helsepersonell skal legge til rette for og samarbeide med foreldre om dette. Carina og Curts fortelling om sine erfaringer kan være et godt eksempel på hvordan forskriftens hensikt blir ivaretatt. Konsultasjonene er tilpasset dem og deres behov. De opplevde å bli sett og hørt, og de blir snakket med, ikke til.

”*Er det noe du savna på 2 årskontrollen?* Nei, jeg vil ikke si det var noe jeg savna for jeg føler som sagt at det er rom for å ta opp det som jeg evt ville savne. Ehh. Det er det alltid rom for på en måte - det vil jo være en av de første stedene jeg ville henvende meg.(.....) så - så jeg føler det er veldig greit å ta opp andre ting. Og da dekker det jo alt. Hvis jeg kan det.”C og C

Brukermedvirkning (se1.2.5) har en egen verdi ved at brukeren selv styrer over eget liv samt at det kan ha en terapeutisk effekt ved at man fokuserer på brukerens egne ressurser og motivasjon.

Brukermedvirkning innebærer/forstås her som at både når det gjelder temaer og tidsbruk, klarte helsesøster her å være inkluderende og imøtekommende slik at foreldrene opplevde å få være med på avgjørelser som omhandlet dem selv. Carina beskriver at de opplever seg sett og hørt og at det som var viktig for foreldrene fikk plass i samtalen.

I motsetning til Carina og Curt beskriver Dina liten grad av egen innflytelse på temaer og gjennomføring av 2 årskontrollen. Dina er den informanten som tydeligst beskriver at hun i liten grad har noen innvirkning på det som skjer. Hun beskriver at hun i liten grad er med på å forme møtet og møtets innhold. Hun beskriver det som en opplevelse av å måtte være der og at det ikke var fordi hun eller sønnen hadde behov for det.

”Da spurte jeg er det noe mer du skal igjennom, er det noe mer du skal krysse av i boka di? Jeg blir litt frekk og for jeg tenker djeeses liksom, er det her det som du skal krysse av i boka. Nei, nei det var fint det her. Og jeg spurte har du alle opplysninger du skal ha for å krysse av i boka. (.....) At jeg kunne sitte inne hos henne en halv time og snakke om ingenting har jeg jo ikke behov for. (.....)så jeg er lei av de kurvene hennes. (...) Jeg kan godt møte opp. Men litt sånn ressursløsning å bare sitte der å oppta en halv time av noens arbeidsdag uten at det skjer noe, bare for at man skal krysse av et skjema. For det blir litt meningsløst syntes jeg. (.....) og jeg viste jeg ikke fikk noe ut av det.” D



Dina beskriver at hun kun er tilstede og opplever å bli snakket til og ikke at hun blir snakket med. Hun får ikke mulighet eller blir oppfordret til å snakke om det som er viktig for henne og hennes sønn. Dina beskriver at hun ikke opplevde seg sett og hørt. Ei heller at helsesøster gjorde noe forsøk på å se eller forstå hennes behov. Hun følte at helsesøster var opptatt av å få utført det som sto på hennes egen sjekklister. Dina møtte opp hos helsesøster med visshet om at hun heller ikke denne gangen ville oppleve at møtet var nyttig for henne. Målet for norske myndigheter er både å styrke medvirkning fra foreldrene og å styrke det forebyggende arbeidet rettet mot familier, barn og unge (RKBU Nord 2011). Dette står i kontrast til det Dina opplevde og fikk erfare.

” Ehhh og så dro jeg bare og så kom jeg på søren jeg skulle jo vært hos helsesøster og så ringte jeg ned. Hvor farlig er det egentlig? Jeg hadde jo vært hos legen.. Så jeg måtte ned igjen da, fordi de hadde jo kryssa av at jeg hadde vært der. (...) Ehhh, så spurte jeg om hvor lenge jeg må være her, jeg har litt dårlig tid egentlig. Det er så meningsløst å være der, hun bare sitter og ser på meg. Helt meningsløst å være der. (...) Så jeg har brukt annet helsepersonell i stor grad og gått privat. Men jeg må jo følge opp for at det er jo sånn loven er eller så kommer barnevernet. Så jeg bare er der.. (...) Vi møter opp fordi det er lovpålagt, og det er veldig synd det skal være sånn. (...) Jeg tenker det er lettest å bare følge opp og ikke lage noe styr rundt det. Det er jo bare å møte opp. De plager meg jo ikke. Jeg tenker at hadde det vært noe alvorlig er det ikke hit jeg ville dratt for å få noe hjelp.”D

Dina ga også uttrykk for til helsesøster at hun ikke så noen hensikt med å være der, ”meningsløst å være der” sa Dina. Hun sier hun har dårlig tid og ønsker å avslutte raskt. Her ser det ut til at Dina fortolker kontrollen som lovpålagt, men slik er det ikke. Barna har krav på helsekontroll, men det kan gjøres på andre arenaer enn helsestasjonen. Hvis det hadde vært lovpålagt ville det lagt grunnlaget for en annen type relasjon. Dina beskriver her hvordan hun ikke opplevde noe utbytte av å være på 2 årskontrollen. Hun sier videre at hun opplever at hun kun er der slik at helsesøster får gjort sine arbeidsoppgaver. Hun beskriver at helsesøsters fokus var på skjema og det at hun kunne få sjekket ut i sin dokumentasjon at hun hadde gjennomført en konsultasjon med Dina. Hva som er viktig i hennes liv er det liten åpning for. ”Jeg blir ikke sett da, ikke for det behovet jeg har” sier hun. Konsultasjonen er i liten grad tilpassa den enkelte slik Dina beskriver det.

Flere av informantene ga under intervjuet uttrykk for ønsker og behov for eventuelle endringer i tilbudet, og ønsker seg en kvalitetssikring av tilbudet. Dina opptre som en bruker og evaluerer tilbudet hun har fått.

”Jeg ville gjerne hatt muligheten til evaluering, at de hadde spurt oss etterpå - det burde ikke være så mye, hvis det er mye arbeid å bearbeide men - Det hadde vært fint liksom å ha fått det etterpå. Hvordan er du fornøyd med våre tjenester? Det kunne - det bør ikke være anonymt heller for min del heller. Men bare at det hadde vært rom for en tilbakemelding, og det føler jeg ikke at det er.. Ikke i det hele tatt. Sånn er det vi gjør det, og sånn er det med den saken. Og du er prisgitt den du får. (...) så kanskje de burde testes litt bedre. Ikke være helsesøster i 20 år uten å - (...) En liten kvalitetssikring, ja det kunne vært fint. Vi andre må jo testes og måles på det vi gjør. (...) Men jeg skal i hvert fall ikke ha henne igjen. Og det tør jeg å si, det tør jeg når jeg ringer. Ja, det skal jeg tørre å si.” D

Brukermedvirkning handler både om hvilket tema og hvilken innflytelse foreldrene har. Dina sier her at hun har noen tanker om at hun kan påvirke i forhold til å få ny helsesøster neste gang. Dina hadde tanker om hvordan 2 årskontrollen kunne vært nyttig for henne, og hun ønsket mer ifht fysioterapi, fokus på motorikk, og gjennomgang av ting man kunne forvente av en 2 åring. Endringsforslag handlet om at hun også ønsket å få muligheten til å få snakke om det som fungerte i deres familie og det som var bra med deres sønn. Hun sier ”det er fint å ha en arena å skryte av det og. Slik jeg forstår det, savnet hun fokus på det individuelle, hvordan er det i deres familie, hvordan har Daniel det. Hun beskriver at det ikke er åpning for å ta opp hva som er viktig i hennes og Daniel sine liv og at samtalen ikke er tilpassa henne. Dette er ikke det som velferdsstaten har som målsetting, nemlig en vektforskyvning fra at den profesjonelle har en ekspertrolle til der brukerne medvirker i større grad (Statens helsetilsyn, IK2618, 1998, se 1.2.5).

Anna og Bente beskriver også liten grad av egen innflytelse på temaer og gjennomføring av 2 årskontrollen. De hadde også begge to tanker om hva som hadde vært viktig for dem å gjennomgå av temaer på 2 årskontrollen. Anna ønsket litt mer detaljer ifht det de testet på, ønsket mer detaljer ifht utvikling og hva som kommer fremover, hvordan de har det som foreldre og hvordan de takler datteren. Hun sier: ”syntes det er viktig at helsestasjonene faktisk tar opp psykiske problemer.” Bente beskriver mye av det samme som Anna.

”Så jeg følte litt sånn hensikten med å gå til henne, hva var det, på en måte, litt sånn. (...)Er det sånn bare en sjekk, eller er det en informasjonsagenda om det er sikkerhet i hjemmet eller hva er det for noe liksom? (...)Jeg kunne godt ha tenkt at helsesøster hadde en litt mer agenda for hva vi skulle prate om (...)Jeg reagerte litt på det. For det kom ikke fram hvilken hensikt det var. Men samtidig kunne jeg godt tenkt meg litt mer om det vi snakka om foreldrerollen og sånne ting. Det kunne jeg godt ha tenkt meg hun spurte litt om i hvert fall.(...)Kunne ha snakka om det her med utfordring ifht trassalder og slike perioder og hvordan vi evt takler det eller ikke takler det holdt jeg på å si. Litt sånn ifht grensesetting. Hva er det dette kommer av, hva er hensikten og litt sånne ting da.(...)Savnet at de snakket om utviklingen til en 2 åring, hva de burde gjøre eller - hadde nok forventet meg mer av det liksom.”B

Bente ønsker fokus på ”foreldrerollen”, ”utfordringer med trassalder”, ”grensesetting og utfordringer til en 2 åring. Bente sier hun ønsker en ”agenda for samtalen”. Både Bente og Dina savnet at de forsto/begrunnelser for hvorfor helsesøster gjorde de fokusvalgene som hun gjorde. De skjønnte ikke hensikten, se 4.1.1 ifht å lage en kontrakt for samtalen. Hvis det ikke er en slags kontrakt slik at foreldrene kan være forberedt på hva de skal inn i og hva som hensikten eller planen for samtalen er det ikke så enkelt å forholde seg som en bruker som har mulighet til å medvirke til det som skal skje i møtet. Alle informantene hadde tanker om forbedring og kom med endringsforslag. Men fordi det var liten medvirkning fra informantene i samtalen minskes muligheten for at de selv kunne bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utforming og gjennomføring av tilbudet de fikk.

### 4.3 Hva forteller informantene om den profesjonelles fokus i møte med barnet og familien?

Familier beskrives av Widerberg (2015) som å være i hjertet av velferdsstaten. Det er familien som er utgangspunkt for det pulserende livet i et samfunn. Familien er i sentrum. Hvilket fokus har så de som er velferdsstatens praktikere i møtet med familiene? Dette vil jeg se nærmere på. Jeg har sett i materialet mitt at alle informantene forteller om at det somatiske og utviklingsmessige fikk stor plass i samtalen. Mye av det som foreldrene beskriver om deres møte med helsestasjonen kan sees i lys av et helhetlig menneskesyn. Utdraget under er hentet fra intervjuet med Anna der hun forteller om hvordan den fysiske sjekken hadde stor plass i møtet med den profesjonelle.

Hensikten med å vise dette utdraget er å eksemplifisere hvordan de profesjonelles blikk kan oppleves av informantene.

”Jeg kan huske at jeg tenkte på det på forhånd. Er det sånn bare sjekk, eller er det en informasjonsagenda om det er sikkerhet i hjemmet eller hva det er for noe liksom? (...) *Hvis du ikke hadde vært på 2 årskontrollen, hva hadde du gått glipp av om hvis du ikke hadde vært der i det hele tatt?* Da hadde jeg jo gått glipp av det fysiske. Den sjekken hadde jeg gått glipp av, men så mye annet ville jeg ikke gått glipp av.” B

Bente beskriver at helsesøsters fokus var smalt, begrenset til det fysiske, en fysisk sjekk. Hos helsesøster beskriver hun at fokus var på motorikk, vekt, høyde og vekstkurver. Bente beskriver at det også var fysisk sjekk hos legen hvor det ble spurt om sykdom og hvor Birger ble lytta på og øyne, ører og hals ble sjekka, samt reflekser.

Helsedirektoratet (2004, se punkt 1.2.9) sier at 2 årskontrollen skal inneholde somatisk helseundersøkelse. Veilederen tar sikte på å utdype formålet med forskriften som er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Målet (Helsedirektoratet 2004, 11) er å gi familiene et helhetlig, helsefremmende og forebyggende tilbud. Informantene i min studie forteller at det somatiske hadde stor plass i samtalen. Helsesøster og lege oppfyller i så måte deler av velferdsstaten målsettinger. Se også 4.4 om hvilke tema som faller utenfor. En fysisk sjekk oppleves av Bente som en hovedhensikt i møtet og at hun ikke hadde gått glipp av noe annet enn fysisk sjekk hvis hun ikke hadde møtt opp til konsultasjonen.

Anna beskriver som Bente at fokuset i møtet handler om en sjekk om barnet er ok. Anna sier det er mye fokus på kurver, høyde og vekt. Hun sier også at de snakket om søvn, mat og språk.

”etter det skjedde det vel egentlig ikke noe mer for da har vi prata om at hun har det greit i hverdagen. Hun har mye energi. Glad og fornøyd. Hun utvikler seg mye hjemme. Leker mer, kommunikasjon vi har med henne, leker alene, leker sammen med oss.(...) Hun spurte strengt tatt hvordan det ellers går. Hun begynte vel ganske rett på egentlig, at hun gjerne ville vite hvordan Aina var, med tanke på utvikling av språk og sånne ting. Jeg leverte jo dette arket. (...) Og så tok hun fram leker, en pose med forskjellige leker og forskjellige

ting, som Aina da skulle nevne. Hva er det her? Det er en kopp, hva er det her? (...) For det her, vi skjønnte jo at det her er en test for Aina. Så, det er ikke - vi skal ikke hjelpe henne. (...). *Ja tenkte du at det var en test om at alt var som det skulle?* Ja, det var nok det. Det var nok ikke så mye om alt skulle være bra, men heller se om er det noe galt. På en måte, hvis du skjønner meg riktig.” A

Utifra hvordan Anna beskriver det, er trolig sjekken det som tar størst plass i møtet med den profesjonelle. Anna beskriver også fokus på hverdagslivet, tilfredshet, utvikling, lek og kommunikasjon. Anna forteller at Aina blir testet, og mor sier det er mye fokus på språk og språkforståelse. Som vi skal se i utdraget nedenfor, beskriver hun at også legen hadde fokus på det fysiske og en sjekk på om at alt var bra eller innenfor normalvariasjonen.

”Hun (legen) sjekka ørene, ehh så ned i munn, hvor hun også sa at Aina er flink, for hun er med på alt. Det er kjempemorsomt å bli lytta på, og gaper som en trost når hun skal se ned i munn, se på øynene, hun hadde kommentert øyet hennes for hun har en liten syste på det ene øyet, blir operert etter hvert, men det er ikke farlig det. Eh og både spurt henne og gjort slike motoriske ting, holdt henne og dratt litt i armer å sånne ting. Hadde bedt henne om å hoppe. Og ja da - ehh gitt uttrykk for at alt var normalt.” A

Det kan se ut til at informantene har ulike forventninger til legen og helsesøster, og at en ren fysisk sjekk er mer forventet hos legen enn hos helsesøster, og at de ikke ønsker at de skal de utføre samme sjekk. Dina forteller om at hun syntes helsesøster hadde for stort fokus på vekt og høyde ” hun var ekstremt opptatt av disse kurvene” og at hun var ”lei kurvene” til helsesøster. Mens temaene hos legen beskrev hun som ”jeg følte det var en fin sjekk”.

Det jeg vil trekke fram fra disse utdragene med tanke på hva informantene forteller om de profesjonelles fokus i deres møte, er hvordan fokus på kun somatikk og en sjekk knyttet til normalutvikling, gjør at man går glipp av andre ting som er av betydning for barnet. Et helhetlig menneskesyn krever at både det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige vektlegges og at det inngår i en integrert helhet (Jensen 1997). Tar man konsultasjonen og jobber etter en ”sjekklister” på 2 årskontrollen eller er den profesjonelle opptatt av å høre og lytte til brukeren. Hvor ligger fokuset? Dina forteller om møtet at ”Det var ingen som spurte om han - om han var et lykkelig barn” og sier med dette slik jeg forstår det, at hun savner et blikk for helheten. Det er fokus på individuelle symptomer og mangler fokus på samhandlingsmønstre. Ved å ha kun fokus på det somatiske eller kun en sjekk av barnet går man glipp av viktig informasjon av helheten i barnets situasjon.

Det kan godt være at de profesjonelle hjelperne veksler i sitt fokus, mellom helhet og del, men dette er ikke majoriteten av ”mine” foreldres opplevelse. De beskriver, som vi ser ovenfor, at de forholder seg til delen. Foreldrenes beskrivelser av sine opplevelser kan sees på som et uttrykk for at de skulle ønske seg et mer helhetlig blikk, og at det oppfattes som en trygghet og å kjenne seg ivaretatt som en helhet.

I motsetning til det både Dina, Anna, og Bente forteller, så er Carina og Curt de i mitt materiale som forteller om et bredt fokus i samtalen med helsesøster, med fokus på både språk, samspill, mat, søskensjalousi, familieforhold og søvn. Cornelius ville ikke veie og måle seg, slik at vekstkurven heller fikk ikke særlig stort fokus i samtalen.

”så kommer man i prat, og de har barnet i fokus, men også på meg vil jeg si. (...) for hun ser helheten føler jeg (...) fordi det er noe med å ta opp ting som er – når det er viktig. Så det har gått litt sånn inn i hverandre og det er også veldig all right. (...) Ja det er et sånt forhold som vi har til helsestasjon så er det ikke noen klare grenser. Det er ikke bare 2 årskontrollen, det er en hel pakkeløsning.” Carina og Curt

#### 4.3.1 Hvordan ble det som avvek noe fra standardutvikling hos barnet behandlet?

Ansatte på helsestasjonen kan sies å være en del av de som forvalter den standardiserte omsorgen. De har som oppgave å omsette politiske beslutninger, retningslinjer og føringer til praktisk handling. Deres vurdering og handlinger blir velferdspolitisk praksis. Innbakt i denne standardiseringen finnes det visse oppfatninger av normalitet og avvik. Det som faller innenfor er normalt og det som faller utenfor blir sett på som avvikende. (Widerberg 2015) Jeg vil se litt på hvordan foreldrene opplevde og erfarte dette i møtet på helsestasjonen. Vi skal se i utdragene fra samtalen med Carina og Curt at helsesøster har et bredt fokus.

”Du fikk et skjema om språk. (...) hun (helsesøster) gikk jo ikke gjennom det punkt for punkt. Men det var jo ikke nødvendig. Jeg er jo ikke flau over sønnen min som ikke kan snakke men det hadde jo vært å fokusere på det negative siden han ikke kan så mye. Så det var egentlig bra at hun ikke gikk så mye igjennom det. For hun ser jo helheten føler jeg. At han kommer til å begynne å snakke. *Så hun ga dere litt håp, om at han kommer til å prate, Språket kommer.* Ja. Litt sånn til å sammenligne med legen som.. er du bekymra for hjerneskade - hva! Er det et alternativ. Det hadde jeg ikke tenkt på. (...) *Hva sa helsesøster da?* Ehh, nei jeg ser jo samspillet mellom Cornelius og Curt. Det her kommer til å gå bra sa hun, ser liksom helheten.” C og C

”Også spurte jeg først han (legen) om dette her med språk bør jeg bli bekymra, fordi han snakker ikke enda. Ja hvis han ikke setter sammen ord snart så bør du bli litt bekymra (...)Og så tar jeg opp det sammen da med helsesøster. Og hun er da mye varmere og hun treffer jo mange flere barn. Og betrygger meg på en helt annen måte. Nei, nei du trenger ikke bekymre deg enda, for der er der er jo et stort spenn - *ja ikke sant.* Og de i barnehagen bekymrer seg jo heller ikke, selv om han er seint ute (...) *Hva ville skjedd hvis hun var like bekymra eller hadde samme vinkling som legen?* Ja, det kan jo godt hende det hadde blitt unødvendig mye testing og sånne ting også - vi hadde - Ja, for det handler jo litt om å betrygge oss også.” C og C

Vi ser her at helsesøsters praksis står i kontrast til legens problemfokus. Hans spørsmål om hjerneskade var noe foreldrene ikke hadde tenkt på, og som stresset dem. Foreldrene spør da legen om de bør bli bekymra, og legen svarer at det bør de hvis ikke Cornelius snart setter sammen ord. Sen utvikling på språk sees derimot av helsesøster som innenfor normalvarianten og hun ser det i sammenheng med i hvilken grad foreldrene og barnehagen er bekymret for det. Guttens problemer med språk sees i en helhet og i vurdering av normalitet vurderes språkvansker opp mot hvordan samspill mellom barn og foreldre fungerer. Som vi ser i utdraget under så vurderer ikke foreldrene selv at det er grunnlag for bekymring for språkutvikling, selv om Cornelius ikke helt følger standardutvikling.

”de har barnet i fokus men også på meg vil jeg jo si, når det har vært snakk om fødsel og fødselsdepresjon. Det har vært veldig lett å prate om de tingene der også. Ehh – og - slik at jeg føler at det er veldig varmt og veldig lite dømmende da, Du kan egentlig ta opp alt. Og at de - at ikke alt er normalt - men at alt er normalt. Ikke det at alt er normalt, men de er veldig rause og -ehh og det er veldig stor forskjell om man kan si det med å måle barn, på godt og vondt. Hvis du ikke har et barn som når ... hvis de ikke sitter til rett tid eller krabber når de skal så kan man jo bli litt stressa. Ehh - mens det, det er det ikke noe fokus på da..men jeg føler samtidig at hvis det skulle være noe å bekymre seg over så hadde de sett det. Fordi atte det er sånn som vi kunne ha prata om i forbindelse med språk og sånne ting f eks. Jeg føler at han ikke er i den kategorien at vi bør bli bekymra, men at de kan se på andre ting” C og C

Her ser vi nok et eksempel på at den profesjonelle har et bredt fokus, helsesøster ser barnets symptomer i en helhet og avdramatiserer det hele når det sees i sammenheng med andre utviklingsområder og samspill. Her legges det mer vekt på normalitet enn patologi. Hun trygger de på at det er mye som er normalt, de opplever henne som lite moraliserende og begrensende. Hun hjelper foreldrene til ikke å bli urolige og stresset når det ikke er grunn for uro. De har en helsesøster som normaliserer det og som gjør at de kan ta opp alt med, fordi hun ikke er dømmende og ser helheten (Jensen 1997).

*”Men denne gangen så ble det ikke veiing og måling. Det er en liten lekekrok der. Og det sier Janne og - det tror jeg hun, helsesøster forberedte oss på at det er veldig ofte 2 åringen, at det er typisk 2 åringen da og ikke ville veie seg og måle seg. For å komme dit da å ha forventninger om å komme dit å leke og gjøre noe annet og så plutselig gå på den vekta da. Så da gjorde vi ikke det da. For hun kunne jo på en måte se på han at han var frisk.” C og C*

Helsesøster avviker her fra det som er planlagt, og ser helheten. Alle 2 åringer skal jmf veilederen veies og måles. Helsesøster tok hensyn til hvordan gutten reagerte på dette den dagen og så helheten hvor hun så en frisk gutt.

Vi har sett hvordan Carina og Curt har opplevd og erfart litt ulike synspunkter fra helsesøster og lege om hva som faller innenfor og betegnes som normalt, og hva som faller utenfor og blir sett på som avvikende, i møtet på helsestasjonen. I utdraget fra samtalen med Dina skal vi se at hun er tydelig på hvordan hun forventer å bli møtt hvis det skulle foreligge avvik.

*”Men det at du liksom - når du sier noe må du også ha løsningen. Du kan ikke si at du har sett et barn som ble dritsjukt.- Da må du si gjør sånn eller sånn, ha en slags oppskrift eller henvisning til noen som kan det bedre enn deg selv. For har du ikke kompetansen selv må du fortelle meg hvor jeg kan få den - hva som er, lurt å gjøre.” D*

Her ser vi at Dina reagerer på den profesjonelles problematisering, hvor det gis e eksempel på et barn som ble ”dritsjukt”. Hun reagerer på fokus på problemet når det ikke samtidig blir gitt en løsning, formidling av håp mangler. Til sammenligning i utdraget under hvor Dina drøfter det samme med legen.

*”Så da sa hun (legen) da er du jo på riktig vei, og det er ikke noe annet du kan gjøre. Så det var ikke noe drama på noen måte, så det var veldig greit. Hvor viktig var det da? Ehh.. jeg syntes det er deilig at det ikke lages drama ut av noe som ikke er drama, men samtidig så at jeg følte at hun var på allerten. Hvis hun følte*

det hadde vært noe, at der her må vi ta tak i. jeg følte at hun hadde den - jeg følte ikke at hun vifta det vekk liksom. Jeg følte hun var kjølig på en bra måte. Hun gjorde det hun skulle og ikke noe dill dall. ” D

Legen har fokus på på at hun er på riktig vei og lager ikke drama ut av det. Dina beskriver at hun blir tatt på alvor samtidig som legen normaliserer det hele. Legen var rolig og lite emosjonell når hun formidlet det, ”kjølig på en bra måte”, men hun ”vifta det ikke bort” heller. Hertz (2011) kaller dette for doble beskrivelser. Å være profesjonell handler kanskje om å kunne håndtere et både - og, slik vi nå skal se at Bente beskriver.

”hun tar oss veldig på alvor og det er ikke det. Men samtidig så er det ikke - Jeg har vært borti noen som leter etter feil. Og det blir liksom overforklart mange ting. Mens hun tar det som regel sånn enkelt og greit. Det syntes jeg er veldig all right” B

Bente beskriver at de blir ”tatt på alvor” samtidig som hun tar det ”enkelt og greit”. Det systemiske perspektiv kan brukes for å belyse dette. Den er et helhetlig alternativ til den lineære årsak-virkning forståelsen som den medisinske modellen. Modellen kan bygge bro mellom tilsynelatende atskilte forståelsesmåter. I eksemplet til Carina og Curt om språk kan det oppfattes som tegn på en skade, men det er god grunn til heller å betrakte det som litt forsinkelse i språkutvikling fordi han har utviklet seg så mye på andre områder. Det blir en slags dobbelt bevegelse i alvor og uheldelig optimisme. Figur og grunn er komplementære, men de synes å utelukke hverandre i vår oppmerksomhet slik at det blir et slags enten avvik eller normalt (Hertz 2011). Slik jeg forstår informantene i utdragene vi har sett, formidler de viktigheten å høre på flere sider av historien eller symptomene, at en historie aldri skal fortelles som om den var den eneste.

#### **4.4 Hvilke temaer opplever informantene faller utenfor?**

Vi har nå sett at flertallet av informantene forteller at møtet på 2 årskontrollen har et smalt, somatisk og utviklingsmessig fokus. Jeg har også sett i materialet mitt at informantene er opptatt av hva som unngikk de profesjonelles blick i møtet. Det skal vi nå se på under 4.4.1 om psykisk helse, 4.4.2 om samspill og 4.4.3 om foreldrerollen.

##### **4.4.1 Hvilket fokus hadde psykisk helse?**

Veileder for det forebyggende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet 2004) tar sikte på å utdype formålet med forskriften som er å fremme både psykisk og fysisk helse. Flere av mine informanter forteller likevel at psykiske vansker og lidelser ikke er et tema i samtalen. Utdraget under er hentet fra intervju med Anna, der hun forteller åpent om hvordan hennes psykiske helse kan være for henne. Hensikten med å vise utdragene fra Anna er å

eksemplifisere hvordan Anna opplever at et så viktig tema for henne ikke blir gjort til gjenstand for samtale med profesjonelle hjelpere.

”Jeg har - jeg fikk diagnosen bipolar 2. For ca 1 år siden *Ja* så jeg har vel stort sett hatt det hele livet men det sa pang etter fødselen *Ja* og det var jo etter det som det som det eh vi trodde først var fødselsdepresjon men nå har de funnet ordentlig av hva det er *ja* det er en lettelse det har hjulpet veldig på familieforholdet. (...) Hvis jeg ikke hadde tatt meg sammen nå så hadde jeg vært veldig høyt oppe. Jeg hadde babla som bare det. Jeg hadde kommet til deg så ååå gitt deg en klem spurt hvordan er det med deg og sånne ting (latter) Når jeg er nede ligger jeg i senga, jeg snakker ikke med noen, jeg mister taleevnen. Ingen ting fungerer altså, kroppen bare slår seg av og det blir mørke virkelige alvorlige tanker.” A

Anna beskriver i intervjuet åpent om sin egen psykiske lidelse. Hun beskriver at hun svinger fra å være ”høyt oppe” til å være ”langt ned”. Slik jeg opplevde det var det lett å komme i dialog med Anna om psykisk helse i intervjuet. Dette tar hun selv opp i starten av intervjuet, når hun skal si hvem hun er, beskriver sitt eget strev. Hennes strev forteller hun, har gått utover hennes familieforhold. Det hjalp for ett år siden, da hun fikk diagnosen og således fikk rett behandling. Når hun startet behandlingen av sin bipolare lidelse, var Aina blitt ett år.

”De to første (helsesøstre) de vet alt egentlig og eh det var også de som henviste meg til DPS når de først mente eller trodde at jeg hadde fødselsdepresjon. Men det virket ikke som hun tredje viste om det for hun nevnte det ikke i det hele tatt.” A

De første helsesøstre Anna møtte, hadde snakket med Anna om hennes strev og psykiske helse. Dette gjorde at hun da kom i kontakt med helsepersonell slik at hun fikk helsehjelp til seg selv. Nåværende helsesøster tok ikke opp mors psykiske helse som et tema på konsultasjonen. Mors psykiske helse er en viktig informasjon om barnets omsorgsperson og oppvekstvilkår. Anna trodde ikke helsesøster hadde lest det de to foregående helsesøstre hadde dokumentert om dette.

”spurte hun om det gikk ut over Aina og på hvilken måte Aina merket dette? Det virket ikke som hun visste om det, det virket ikke som om hun var klar over det i det hele tatt. *Nei. Viktige ting for deg det Hva hadde skjedd hvis hun hadde spurt om det?* Da hadde jeg svart ærlig og fortalt om det. Om oppturene og nedturene ehh og hvordan faren er ifht det. Hadde det ikke vært for han så hadde nok ikke jeg vært her i dag.(...) *Hvis de hadde spurt om dette ville ha påvirket dattera di.* Ja. *Ville du svart at hun merka det?* Ja. Ja det gjør hun helt klart. *Mange sier jo det.* Ja. Og hva, hva slags redsler jeg har rundt det hadde jeg og ha snakket om. (...) Ehh, det selvfølgelig det hadde vært fint å bli spurt. *Og hun viste ikke om ditt nettverk da skjønte jeg, at du kan snakke med andre om dette.* Det virka ikke slik. Jeg vet ikke om hun i det hele tatt vist om det. I og med at jeg har nevnt det for de tidligere. Så forventet jeg at hun viste om det, så da gjorde jeg ikke noe mer med det. Det er greit nok at jeg er åpen, men jeg gidder ikke å sitte å syte om det gang på gang. Det blir bare som å rippe opp i gamle sår. De blir rippa opp nok som det er. Så det er unødvendig.” A

Hun beskriver et smalt fokus med fravær av psykisk helse, samspill og parforhold. Mor er selv klar over at datteren blir påvirket av at hun er psykisk syk, men at helsesøster ikke har fokus på barn av psykisk syke, og hvordan det ser ut for Aina. Systemisk tilnærming (Hårtveit og Jensen 1999) beskriver hvordan barn ikke kan sees adskilt fra sine omgivelser, sine foreldre. Hvordan mor har det, påvirker i stor grad hvordan barnet har det. For Anna er konteksten helsestasjon forbundet med at det er helsesøster som skal lede samtalen og ta opp temaet. Anna sier at hun helt klart



hadde snakket med helsesøster om dette hvis helsesøster hadde brakt temaet på banen, men at det gjør vondt å snakke om det, så det er ikke lett for henne selv å ta det opp. Anna hadde klare forventninger om at helsesøster burde vite om hennes psykiske lidelse. Hun forteller videre om at hun har ”redslor rundt det” som det hadde vært godt for henne å snakke om med en fagperson som skal følge opp datterens helse.

”Jeg syntes det kan være viktig at helsestasjon faktisk tar opp psykiske problemer. Og fysiske problemer blant foreldrene. Ehhh for det kan være en stor utfordring og det er ikke alle som nevner det selv. Fordi de tørr ikke, eller at det er ja egentlig et tabu. Man skal egentlig være en perfekt forelder, i hvert fall i det samfunnet vi har nå. Med facebook og blogger og hele pakka. Ehh og det, det syntes jeg er viktig for helsesøstre å trekke fram. For da kan de oppdage ting tidligere. Det var, ehh det var jeg som tok kontakt med helsestasjon når jeg var dårlig. Det var ikke de som fanga det opp.” A

Vi ser her at psykisk helse faller utenfor helsesøsters blikk. Helsestasjon fanget ikke opp når mor var dårlig, men mor selv var den som brakte temaet inn i samtalen og fortalte at hun ”var dårlig”. Det er heller ikke fokus på hvordan far håndterer situasjonen når mor er syk, hvor hun tidvis ikke står opp av senga, mister taleevnen og strever med mørke virkelig alvorlige tanker. Ut i fra det Anna forteller er familiens situasjon ikke sett i lys av det systemiske perspektiv. Systemisk intervensjoner ville ha medført at problemer løses ved å intervenere i samspill, mennesket forstås som en helhet hvor Aina påvirkes av sine nærmeste og er avhengig av dem for å utvikle seg positivt (Jensen 1997). Aina bor sammen med en mor som strever med psykiske vansker. Fokus på relasjoner er av betydning, hvordan mor og far har det sammen og hvordan far og Aina har det sammen er av stor betydning for å vurdere hvordan helsestasjon kan bidra til å fremme god helse for Aina. Dette ville vært i tråd med helsestasjonens målsetting om å fremme god psykisk helse (Helsedirektoratet 2004). Anna påpeker hvor vanskelig det kan være selv å ta dette opp hvis ikke helsesøster er konkret og våger å snakke med henne om det. Det systemiske perspektiv henviser til viktigheten av at den profesjonelle ser seg selv som en del av et system, at helsesøster ser sin rolle i hva som skal til for at Anna kan våge å snakke med henne om temaet som bekymrer henne (Jensen 1997).

”Jeg tror det kanskje kan gjøre litt nytte for seg. Jeg tror det kan hjelpe de som har det vanskelig. *De kunne fange opp de som hadde det vanskelig, det ville du tenkt.* Ja de som har det vanskelig alvorlig. Nå tenker jeg ikke bare psykisk, men stoffmisbruk, alkoholmisbruk, andre typer misbruk. Er det såpass ille at mor og far gjør noe mot hverandre så kan det bli fanga opp.” A

Anna oppfatter ikke at det åpnes opp for å prate om alvorlige ting som psykisk lidelse, rusmisbruk eller vold. Hun har tidligere beskrevet helsesøsters somatiske fokus, hvor sjekkpunkter går igjennom, som søvn og mat. Det generelle spørsmålet, om ”hvordan det ellers går”, kan favne både somatisk og psykologisk fokus. Men oppfattes av Anna som så generelt og vidt at temaet psykisk helse ikke tas opp. Det kan her se ut til at Anna understreker helsestasjonens betydning og unike mulighet til å komme i kontakt med de som har alvorlige problemer. Hun nevner da både psykiske

vansker, rusmisbruk, andre typer misbruk kan være seksuelle overgrep, og hun henviser til vold, ”at mor og far gjør noe mot hverandre”.

Anna er den informanten som tydeligst har beskrevet hvordan hun selv har opplevd at psykisk helse har falt utenfor helsesøsters blikk. Men de fleste informantene beskriver som Anna at de opplevde at psykisk helse ikke var tema i samtalen. Både Bente og Dina beskriver dette. Bente beskriver som nevnt tidligere at hun opplevde 2 årskonrollen som kun en fysisk sjekk. Hun sier at hun kunne tenkt seg en sjekk om barna har det bra, ikke bare rent fysisk. Dina sier at hun ikke hadde villet tatt opp alvorlige ting med helsesøster. Dina sier hun tenker at møtene på helsestasjonen er en viktig arena for å fange opp de som har det vanskelig, hun nevner som et eksempel barnemishandling. Hun sier:

”det burde vel gå noen varsellamper hvis man ikke følger opp de kontrollene man skal(...) Det var ingen som spurte om han var et lykkelig barn. Det var liksom ingen som – (...) det var ingen som spurte om det”. D

Her kan det se ut til at Dina også beskriver helsestasjonen som en viktig arena for barns helse. Hun beskriver den som så viktig at hvis en foreldre ikke møter opp med sitt barn, tenker hun at det er grunn til bekymring. Hun beskriver her at de har muligheten til å vurdere om barna som kommer til konsultasjonene har det bra, men sier at hun opplevde at ingen hadde fokus på det, det var det ingen som spurte om.

Det som Anne, Bente og Dina beskriver om sine opplevelser av at psykisk helse falt utenfor de profesjonelles blikk står i kontrast til det Carina og Curt forteller om sine opplevelser og erfaringer. Carina og Curt forteller at de har hatt fokus på Carinas psykiske helse,

”de har barnet i fokus men også på meg vil jeg jo si, når det har vært snakk om fødsel og fødselsdepresjon. Det har vært veldig lett å prate om de tingene der også. (...)Jeg hadde jo ikke noen fødselsdepresjon jeg. Men det var veldig fint og prate om det. For da kunne jeg prate med Curt om det. (...) Ofte kommer man og da - og så har man så veldig fokus på barnet og så glemmer man at det er en frustrert mor bak der. Og det føler jeg, at de så veldig oss.” C og C

Hun fikk et EPDS (Edinburgh postnatal depresjonsskår) skjema, og sier det er fint å kunne prate om dette med egen psykiske helse på helsestasjonen, noe som gjør det lettere å prate om det hjemme, selv om hun sier hun ikke er deprimert. Her er det fokus både på det somatiske og det psykiske, både på barn og foreldre, slik retningslinjene fra Helsedirektoratet (2004) anbefaler. Det åpnes opp for å snakke om psykiske vansker. De forteller om at det er ”veldig lett å prate om de tingene der og”. De forteller at de opplevde at psykisk helse var et tema, både ifht hvordan de som foreldre og ifht hvordan sønnen hadde det. De forteller om at de fikk muligheten til time hos psykolog når Cornelius var syk og sluttet å spise. Foreldrene sier de opplevde å bli tatt på alvor når tema om psykisk helse sto på agendaen. Det vi så at Carina og Curt her beskrev er i tråd med

helse- og omsorgstjenesteloven (se 1.2.4) som er opptatt av at kommunen skal ha et helhetlig perspektiv med en sammenhengende behandlingsskjede hvor det er nødvendig med mange virksomheter og personell med ulik kompetanse. Helsestasjonen tilrettela tjenesten slik at familien fikk et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, hvor tilstrekkelig fagkompetanse ble sikret.

Målsettingen med familiens hus og familiesentre er at familien skal møte en helhetlig og familiestøttende tjeneste i samme hus, og at barn i psykososial risiko skal bli fanget opp og få adekvat hjelp så tidlig som mulig (RKBU Nord 2011, 17). Carina og Curt er de eneste av informantene som beskriver at de erfarte denne helhetlige og familiestøttende praksisen. De er også de eneste i mitt materiale som beskriver at de har en god og trygg relasjon til sin helsesøster.

#### **4.4.2 Hvilket fokus hadde samspill?**

Vi har nå sett at flere av mine informanter forteller at psykiske vansker og lidelser ikke er et tema. Dette kritiserer foreldrene. Jeg har forsøkt å se på om og evt. hvordan informantene opplever at et så viktig tema som psykisk helse blir gjort til gjenstand for samtale med profesjonelle hjelpere i lys av et helhetlig menneskesyn. Jeg vil nå se på hvordan informantene opplevde de profesjonelles blikk på samspill. Et helhetlig menneskesyn innebærer en erkjennelse av at mennesket er et sosialt vesen og omfatter personens relasjon til andre mennesker og til miljøet det lever i. Det skapes mer enn summen av det sosiale, det psykologiske og det biologiske der hvor delen og helheten går over i hverandre (Jensen 1997).

Det som er anbefalt helsestasjonsprogram for 2 årskontrollen (Helsedirektoratet 2004) er at konsultasjonene skal inneholde temaet samspill. Jeg vil se det i lys av familiesystemtenkningen. Familiesystemtenkningen fremhevet betydningen av å vektlegge menneskers muligheter og se på det som virksomt her og nå framfor patologi og søken etter problemers røtter i fortiden. Familieterapien ønsket å skape et alternativ til den individualistiske og patologiske tenkningen og hevder at problemer/vansker hos barn kan sees i lys av uheldig samspill i familien. Ved å bryte uheldige samspillsmønstre kan barn utvikle seg videre. Utdraget under er hentet fra intervju med Anna hvor hun savner spørsmål om hvilket nettverk de har rundt seg og barnet og hvilke støttespillere som de har (Jensen 1997).

”at hun kunne ha spurt oss personlig - om hvordan det gikk med oss, for eksempel hvordan nettverket rundt oss var (...)Hvem har dere rundt dere? Det kan være vanskelig hvis du er helt alene.” A

Anna bringer også utvidet nettverk og samspill med disse inn som et viktig tema på helsestasjonen. Hun sier det er viktig at de spør om de har viktige personer som støttespillere rundt seg, eller er de mer sårbare fordi de er helt alene. Helsesøster viste ikke noe om Annas nettverk. Anna ønsket at de

hadde spurt om hvordan de selv har det, hvordan de takler barnet sitt, og hvordan de har det i parforholdet, foreldrenes relasjon seg i mellom, samt nettverk. Anna sier her tydelig hvordan hun tenker at fokus på samspill i familien og med nettverk er viktig. Anna sier at hvis det er problemer i samspillet i familien kan det være vanskelig hvis man er helt alene. Hun presiserer viktigheten av at de profesjonelle hjelperne også vet noe om familiens nettverk og hvordan samspill der er til støtte og hjelp for familien. Vi så under 4.4.1 når Anna snakket om sin psykiske helse hvor viktig hun tenkte fokus på samspill i familien var.

*”Hvis de hadde spurt om dette ville ha påvirka dattera di- Ja. Ville du svart at hun merka det? Ja. Ja det gjør hun helt klart. Mange sier jo det. Ja. Og hva, hva slags redsler jeg har rundt det hadde jeg og ha snakket om.(...) Nå tenker jeg ikke bare psykisk, men stoffmisbruk, alkoholmisbruk, andre typer misbruk. Er det såpass ille at mor og far gjør noe mot hverandre så kan det bli fanga opp.” A*

Hun beskriver hvordan familiens medlemmer påvirker hverandre. Anna beskriver her viktigheten av og også å se på samspill i familien og at hvordan foreldre har det, er avgjørende for at barna skal ha en god oppvekst. De som har det vanskelig, hvor barna lever i en alvorlig situasjon, kan få lettere hjelp hvis fagpersoner spør direkte om dette.

Bente beskriver også som Anna at det er viktig at møtet på helsestasjon handler om samspill. Hun syntes det skulle vært mer fokus på familieforholda og hvordan de har det sammen hjemme. Hun sier

*”det er klart at nå går jo de fleste barn i barnehage, og det er jo en instans som ser hverdagstralten. Men det burde jo ikke være sånn heller. Jeg kunne jo ha hatt han hjemme. Det har jeg jo hatt til han var et halvt år. Og det er klart og det har jo ikke vært noen spørsmål om det tidligere heller.”B*

Bente opplever at det er lite fokus på samspill i familien og i ytre nettverk. Hun nevner selv at Birger gikk i barnehage, men helsesøster dvelte ikke noe ved det og hun fikk ikke flere spørsmål om hvordan han var der. Søskenforhold ble også nevnt, men ble ikke noe videre tema. Bente henviser til at barnehagen nok kan fange opp de som har vanskelige familieforhold, som strever med samspill med i sine omgivelser, fordi de ser ”hverdagstralten”, men sier at de på helsestasjon ikke vet det, fordi de ikke har spurt.

Heller ikke Dina opplevde at det ble spurt om samspill på helsestasjonen. Hun snakket selv om hva barnehagen hadde sagt om sønnen og beskrev selv hvordan han fungerte der. Mor sier at de ikke spurte om hvordan de hadde det i familien, hvordan samspillet var, ”hun spurte ikke om noen ting”. Mor sier det hadde vært fint å bli spurt om dette.

*”For da kunne jeg jo ha sagt at jeg er stolt og at det er gøy (...) og fortalt at han skifte barnehage og. Og det hadde åpna for et sånt rom da. For å fortelle ting.” D*

Dina sier at ved at de hadde spurt henne, kunne hun fått fortalt om hva som fungerte i samspillet, og ved det kunne det også da ha åpnet for et rom for å snakke om det som ikke fungerte. Verken barnet eller familien kan sees isolert fra omgivelsene sine. Familien og dens enkelte medlemmer er deler av flere systemer (hjem, barnehage, arbeidsplass osv) som gjensidig påvirker hverandre. Når foreldre og barn kommer til helsestasjonen er det i en kontekst som også påvirker dem ifht. hvordan de fremtrer og hvordan samspillet viser seg (Gulbrandsen 2014,17). Dina hadde, som vi har sett tidligere ingen god relasjon til sin helsesøster og liten grad av tillit til henne.

Vi har nå sett hvordan informantene opplevde de profesjonelles blikk på samspill. Opplevde foreldrene at helsestasjon så hele barnet eller bare kropp, bare barnet eller også familien og f.eks barnehagen? Informantene har beskrevet helsestasjonens praksis på en måte som gjør at det kan forstås innenfor en medisinsk årsak-virkning modell (Jensen 1997). Flertallet av informantene beskriver at de blir møtt med det som kan sees på som et medisinsk fokus, med sjekk om barnet har god helse og at alt er bra med barnet. Vi har sett hvordan foreldrene beskriver et behov for å se hele barnet, ikke bare somatisk, motorisk og språklig utvikling.

2 årskontrollen er en fin anledning å snakke om hverdagsliv, samliv og intimitet. Men vi har sett at informantene forteller at helsestasjonen ikke spør om samspill. Hvordan foreldrene fungerte sammen om omsorgsoppgavene var ikke et direkte tema hos noen av informantene. Curt og Carinas fortelling om møte på helsestasjon står i kontrast til det de andre informantene forteller. De beskriver at helsesøster har et bredt fokus i møte med dem som familie

” jeg ønsker jo å ta søskena, siden vi kjenner hverandre godt, kjenner historikken deres og sånt noe, så tar jeg Cato allikevel. Så det sa hun at det gjør dem stort sett alltid. (...) De gangene vi har vært på helsestasjon med Cato eller Cornelius så har de alltid spurt om hvordan går det med den andre og sånt.(...) for det kunne hun se liksom, ja på samspillet ” C og C

Her beskriver de at helsesøster ser helheten, at hun er opptatt av deres tidligere historie og kjennskap til hverandre. Foreldrene er selv opptatt av samspillet i familien og beskriver at de har en opplevelse av at helsesøsters blikk også er på samspill. Helsesøster har også gitt tilbakemelding på det hun har sett av samspill i familien. Det ser vi når de beskriver at ”det kunne de se på samspillet”. Carina og Curt beskriver i utdraget under helsesøsters fokus på samspill i hele familien. Hvordan de enkelte familiemedlemmene påvirker hverandre. Hvordan det å få en liten bror gjør noe med 2 åringen og hvordan det gjør at foreldrene blir stresset slik at de ønsker å endre sitt samspill med Cornelius. Helsesøster forberedte dem på den typiske 2 åringen.

”hun forberedte oss på at det er typisk 2 åringer, sier hun. Og den reaksjon Cornelius hadde med å slutte å spise. Det er typisk når yngstemann er 6 mnd, og man tenker at reaksjonene er forbi, men det er først da en baby våkner til live. Først har den bare ligget der og sovet der, det første halvåret. Og da kommer sjalusien. Så atte vi, ho forberedte oss på en del av de tingene som kunne komme. (...) Men så hun hjelper oss til å senke skuldrene da.” C og C

Å ha fokus på samspill, hvordan Cornelius reagerte på å få en liten bror og hvordan foreldrene igjen reagerte på Cornelius, hjalp foreldrene til å slappe av og "senke skuldrene". Å se hele familien oppleves som god praksis. Bateson (Schjødt og Egeland 1991) som var opptatt av arbeidet med sosiale systemer mente at man måtte samarbeide med familien for å hjelpe. Bare et av intervjuene, Curt og Carina, beskriver et fungerende samarbeid mellom helsesøster og foreldrene. Systemteorien har gitt grunnlag for en måte å se på samhandling og å forstå mennesker hvor et system står i forhold til og vil være avhengig av omgivelsene (andre systemer). En barn sees i forhold til sin familie, familien kan være et system som sees på som en helhet, men som heller ikke kan sees isolert i møte med helsestasjonene. En systemisk tilnærming innebærer at en er søkende, vil lytte, bygger mer på der foreldrene er i utgangspunktet (Jensen 1997), slik Carina og Curt erfarte. Integrasjon mellom det biologiske, det sosiale og det psykologiske belyses. Systemtenkningen er i utgangspunktet en helhetlig tenkning, samtidig som at det enkelte system ikke er isolerte helheter. Et barn, en familie, en helsestasjon, et samfunn står i forhold til og vil være avhengig av omgivelsene. Målet er å beskrive samhandlingsmønstre heller enn individuelle symptomer, og at man måtte samarbeide med familien for å hjelpe. Dette så vi at Carina og Curt opplevde med sin helsesøster.

#### **4.4.3 Hvilket fokus hadde foreldrerollen i samtalen?**

Å bli foreldre er en stor og viktig oppgave som de fleste er opptatt av å gjøre så god som mulig. Helsestasjonen er en forlenget arm av velferdsstaten og er der hvor det offentlige ønsker å bidra til å gi kunnskap til foreldre om foreldreskap. Og den er således en normsettende instans, normsetter i forhold til foreldrepraksis. Helsesøstrene er de som utøver dette og er velferdsstatens representanter overfor småbarnsfamiliene. Samfunnet skal legge til rette for og supplere foreldrenes innsats i et nært samarbeid med dem (Helsedirektoratet 2004). Det er også blitt svært vanlig at nybakte foreldre søker på nett for å finne ut hvordan de skal gjøre det "riktig" fra start.

Før jeg ser på hvordan velferdsstaten møter enkeltborgeren om foreldrerollen vil jeg se på hvor informantene henter kunnskap om foreldreskap fra. Hensikten med å vise disse tre utdragene er å eksemplifisere hvordan foreldrene beskriver hva de bruker som referanseramme for foreldreskap.

"Jeg sjekka litt på internett. Men så er det jo det at på internett kan du dø av litt skrivefeil (...) man skal egentlig være en perfekt forelder, i hvert fall i det samfunnet vi har nå. Med facebook og blogger og hele pakka. Ehhh og det syntes jeg er viktig for helsesøstre å trekke frem". A

"Ja, for det er jo litt sånn at hvis du leser feil sted på internett- altså det er veldig mye informasjon der ute. Og vite hva man skal være bekymra for der ute, og hva man ikke skal være bekymra for er en liten utfordring i dag. Så og man er jo bekymra, men man vil ikke - Hvis man leser alt blir man jo bare gal. Der syntes jeg det er veldig godt å ha helsestasjonene og helsedirektoratet." C og C

”Så jeg har brukt annet helsepersonell og i stor grad gått privat. (...) Jeg har helsepersonell i familien så jeg får den oppfølginga jeg trenger på annet vis. (...) Der fant jeg Sovekarins hysj-hysj metode. Den syntes jeg var bedre. (...) det står jo svart på hvitt flere steder.” D

Som vi ser ovenfor viser undersøkelsen at det er variasjonsbredde i kunnskapstilfang, hvor de henter inspirasjon og referanser for sitt foreldreskap, hos informantene. Noen forholdt seg i hovedsak til offentlige myndigheter, noen brukte i tillegg privat nettverk, nettet, blogger m.m. Både privat nettverk og sosiale medier formidler informasjon til foreldre om foreldreskap. Vi skal nå se at de fleste av informantene opplever at fokus på foreldrerollen og hvordan det er å være forelder for sitt barn, er fraværende i møtet med de profesjonelle. Foreldrene sier samtidig at de hadde ønsket at de snakket om det. Som vi så under pkt 1.2.3 ”Foreldreveiledning” er foreldreveiledning omtalt stadig oftere i publikasjoner fra regjeringen. Velferdssamfunnet har økt fokus på å gi foreldreveiledning til foreldre. Det står under 2 årskontrollen (Helsedirektoratet 2004) som en oversikt at de skal gi en somatisk undersøkelse og foreldreveiledning/helsesopplysning. Men fokuset som de beskriver at de har opplevd, er på det somatiske og på helseopplysning. Anna beskriver dette tydeligst og sier spesifikt at de ikke spurte om hvordan de taklet foreldrerollen.

”Så det eneste jeg stusset på er - igjen det trenger egentlig ikke være relevant, jeg savna det hvordan går det med dere som foreldre, hvordan takler dere foreldrerollen - *Det skulle du ønske hun hadde stilt spørsmål om?* Og da ville jeg helst ikke ha ja eller nei spørsmål, men - at en på en måte er tvunget til å fylle ut litt. (...) Fordi det å være forelder går veldig ut over barnet. Har foreldre det greit så har ungene det som regel greit. *Det er sånn vet du.* Har foreldrene det vanskelig, som enkeltperson eller sammen. Så går det selvfølgelig utover ungen.” A

Anna er selv tydelig på viktigheten av foreldrerollen, fordi barna er helt avhengige av at foreldrene fungerer tilfredsstillende i den oppgaven. Fokus i dag i de offentlige dokumentene (se 1.2.3)<sup>6</sup> er at foreldreveiledning skal bidra til å trygge foreldre, fordi trygge foreldre gir trygge barn. Å styrke foreldres omsorgsevner bidrar til å skape gode oppvekst og levekår for barna. Anna hadde ønsket å bli trygget i foreldrerollen og ønsket spørsmål om hvordan det går med dem som foreldre. Hun sier hun vet at det ikke er lett for alle å ta opp, men ønsker at alle skal måtte svare på det. Hun har forslag om å bruke et skjema hvor alle måtte svare på om sitt behov for en samtale om temaet. Veilederen sier spesifikt at 2 årskontrollen skal inneholde temaer som omhandler samspill, psykisk helse og sosialt nettverk. Veiledning er pr definisjon (Helsedirektoratet 2004,28) en planlagt pedagogisk prosess som er tilpasset brukerens forutsetninger og behov, og som legger til rette for at den som veiledes selv oppdager og lærer.

”*Hvordan syntes du den veiledninga den jobben dere gjør som foreldre. Hvordan syntes du den var?* Ehh Den var vel ikke til stede, sånn egentlig. Det var mer en - en godkjenning av det vi gjorde. Men det var ingen

<sup>6</sup> <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Mot-til-a-handle-/id2340952/> (8.05.16)

tips. *Det var godkjenning av det dere gjorde, men ingen tips og ingen veiledning. Nei. Sånn ville du beskrevet det. Ja.(...) Du har også sagt litt om det, men jeg spør igjen - Hva snakka dere ikke om som du syntes ville vært viktig? Ehhh, videre altså mer utvikling. Gått litt mer i detalj på det. Hva som ville komme framover? Ja for eksempel hva vi kan forvente og hvordan vi evt skal takle det. Ehh Hvordan vi selv som foreldre har det, både med å takle ting med henne” A*

Anna ønsker en samtale som handler om hva de kan forvente framover og hvilke utfordringer som de kanskje kan forvente i det at barnet vokser og endrer behov. Hun sier også at hun kunne gjerne fått mer bekreftelse på det som var bra. Foreldrene har ansvaret for at barna får sine omsorgsbehov dekket og samfunnet skal legge til rette for og supplere foreldrenes innsats i et nært samarbeid med dem. Målet er at de forebyggende og helsefremmende tjenestene for barn og unge, herunder helsestasjonstjenesten, skal bli bedre tilpasset alle i målgruppene og nye utfordringer knyttet til psykisk helse og levevaner. Anna beskriver at foreldreveiledning var fraværende. Hun sier det var mer en godkjenning av det de gjorde, men ingen tips og det var ikke fokus på hva de kunne forvente framover.

Både Bente og Dina bekrefter mye av det som Anna sier om hvordan de opplevde lite fokus på foreldrerollen. Bente fikk ingen spørsmål om utfordringer knyttet til det å være mamma. Hun beskriver at det ville vært naturlig og svart på spørsmål om familieforhold, (hun sier selv hun ikke har noen komplisert familieforhold), men vet fra arbeid i skolen, at det har mye å si for barna. Hun hadde vært interessert i spørsmål om hva slags hverdag de har sammen. Hun trodde kanskje at de skulle ha snakket litt om utviklingen til en toåring, hva en toåring burde gjøre. Litt sånn her og nå, og litt framover hva man kan forvente. Hun sier hun da kunne blitt litt mer bevisst på hva slags ansvar man kan gi sønnen eller hva som det er viktig i den bestemte perioden å framheve. Bente sier det slik:

”vi snakka litt mer om foreldrerollen, kunne i hvert fall spurt litt mer om det (...)Det hadde vært interessant å ha fokus på hva slags hverdag vi har på en måte. Kunne tenkte meg at hun spurte mer om foreldrerollen og slike ting ” B

Bente sier de kunne snakket mer om grensesetting, om utfordringer ved trassalder og slike perioder og hvordan de som foreldre takler det og beskriver at hun savnet at de snakket om hvordan de burde gjøre ting. Dina sier at hun ikke ble spurt om hvordan de hadde det i familien. Hun sier det hadde vært fint og blitt spurt om hvordan det var å være mammaen til Daniel. De ble ikke spurt om parforholdet, om hvordan det er å være forelder, eller om utfordringer som de hadde. Hun har søkt foreldreveiledning og kunnskap andre steder. Hensikten fra regjeringen (Helsedirektoratet 2004,37) er at foreldreveiledning fra det offentlige handler om folkehelse med fokus på å mestre og å gi en god og trygg omsorg til barna. Dina hadde ønske om å drøfte utfordringer de sto i, grensesetting, at de kunne sett på hvordan hun som forelder løste en vanskelig situasjonen, eller



spurt for eksempel om leggerutiner. ”Hvor strenge skal man være, og hvor lenge skal man sitte der og sånn.” Det ville vært fint med foreldreveiledning en til en, hvis helsesøster hadde kunnet bidra med noe, sier hun.

Carina og Curt har en helt annen opplevelse og erfaring på 2 årskontrollen enn de tre andre informantene. De beskriver at de fikk mye hjelp til hvordan løse ting hjemme hvor foreldrerollen var i fokus. Utdraget under er hentet fra intervjuet der de forteller om deres opplevelser av foreldreveiledning.

”Jeg vet ikke om vi fikk noen foreldreveiledning som jeg kan huske. Nei, det kan jeg ikke huske at det var noe spesifikt om det. *Hva tenker du at du fikk?* Ehhh - Nei altså jeg husker ikke så godt. Vi snakka om Cornelius - jeg husker ikke at vi tenkte så mye fremover egentlig. Vi snakka om hvem han var, og at det er greit at han er som han er. Men jeg vet ikke om jeg egentlig fikk sånn veiledning som jeg klarer å huske nå i hvert fall (.....). Jeg tror kanskje vi har snakka litt om det (foreldreveiledning), men altså alle kontrollene flyter jo litt i hverandre. Ehh så vi har jo snakka mye om hvem Curt og jeg er og hvordan vi løser ting hjemme. Og jeg føler ikke at det går spesifikt til 2 årskontrollen. Men at det er noe vi har snakka om generelt at liksom. At helsesøster vet det da, hvordan vi er” C og C

De beskriver at de har fått veiledning på hvordan de løser utfordringer hjemme, selv om de ikke selv bruker begrepet foreldreveiledning. Videre sier de det er godt å ha noen å ringe til hvis det er noe. Og de beskriver at de føler de kan ta opp ting, hvis det er noe de lurer på. De beskriver at de snakker om hvordan man kan være foreldre, hvem de er som personer og hvordan det gjør noe med hvordan de praktiserer sin foreldreoppgave. Helsesøster forberedte dem på den typiske 2 åringen, hva som kan skje når de får søsken og søskensjalousi. Det gjør at de kjenner det igjen og skuldrene blir senket. De tar opp ting med helsesøster som de opplever er viktig og sier:

”det er jo rom for å ta opp alt på en måte, det er lov å ta opp andre ting og, alle foreldre har jo forskjellige erfaringer og har forskjellige barn og jeg føler det er greit å ta opp andre ting der.” C og C

”Så jeg husker i begynnelsen, når jeg var hjemme med Cornelius og så var det et slitsomt svangerskap, og jeg syntes det var litt kjedelig kanskje å være - jeg slet litt i den rollen. Og det kunne jeg si til henne. Og da sa hun at hun også hadde hatt barnevakt en del og at det er litt deilig når de går og legger seg. At det også er veldig sånn - Da er jeg ikke noen dårlig mor bare fordi jeg ikke elsker hvert sekund - og det er godt å vite. For det er mye følelser når en er nybakt mor også.” C og C

I en periode slet Carina med foreldrerollen og det kunne hun si til helsesøster, og så få en bekreftelse på at hun ikke var noen dårlig mor, bare fordi hun ikke trivdes med å være i den nye rollen hele tiden. Det offentlige skal tilby råd og veiledning til familier som sliter med ulike vansker og skal støtte foreldrene i omsorgs og oppdragerrollen for på denne måten å motvirke psykososiale problemer og bedre barns oppvekst. Det ser ut til at Carinas helsesøster i så måte var med på å oppfylle denne delen av velferdsstatens målsetting (Helsedirektoratet 2004,37). Helsesøster ser helheten og vurderer hva foreldrene er opptatt av. Helsesøster vurderer også hva denne familien trenger og legger tilside det hun vurderer at familien ikke har behov for. Det

beskrives som en naturlig samtale og dialog, som er tilpasset familien og ikke nødvendigvis helt standard.

”At helsesøster vet det da, hvordan vi er. For det er ikke, jeg vet ikke, det kan godt hende hun har noen punkter som hun følger, men - det er ikke sikkert hun tar opp alle ting med oss. Kanskje hun tenker det er noe hun tenker er unødvendig å ta opp med oss, som hun tenker andre trenger. Jeg vet ikke(...). Så det kommer opp det som er naturlig.” C og C

Vi har sett at informantene selv mener de ikke får foreldreveiledning. Likevel ser vi at det å mestre foreldrerollen har hatt ulikt fokus hos de forskjellige informantene. At likevel alle sier de ikke har fått foreldreveiledning, kan handle om at foreldreveiledning er vårt faguttrykk. Det disse foreldrene har sagt at de legger i det, handler om hva de ønsker hjelp til og det handler om egne forestillinger om barn og foreldre. De vil ha hjelp til å være foreberedt på hva som kommer. De sier noe om at foreldre tenker at det å være i forkant er viktig. Flere sier noe om at de syntes det er godt å få bekrefta det de får til. Helsestasjonen bør også være et sted der de får bekreftet det de får til. Noen ønsker seg mer aktiv involvering fra helsestasjonen om å ta opp temaer. Foreldrene savner foreldreveiledning og reagerer på at det ikke er et tema på 2 årskontrollen.

## 5.0 OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Hensikten med oppgaven var å høre hvilke erfaringer foreldre hadde med det profesjonelle møtet, 2 årskontrollen, som velferdsstaten tilbyr foreldre via helsestasjonen og å lære noe av disse foreldrene, som kan forbedre det profesjonelle møtet. Jeg har sett på det utifra fire analytiske temaer som praksis/egenskaper som hadde et relasjonelt aspekt, informantenes opplevelse av sin innflytelse på samtalen, fokus i samtalen og temaer som ble lite berørt/var fraværende. Materialet viste en variasjonsbredde av erfaringer, fra at en av informantene var gjennomgående misfornøyd, til en var særdeles fornøyd med tilbudet. Foreldrene jeg intervjuet hadde forskjellige erfaringer men mye av det de ønsker seg og eller har satt pris på er likt. Jeg vil presisere at dette er foreldrenes opplevelse, og jeg kan ikke si at jeg har fått objektiv informasjon om praksis, men jeg har likevel fått informasjon som kan brukes til refleksjon og til videre kunnskapsutvikling.

Når jeg skal oppsummere samtalen med foreldrene om deres opplevelser og erfaringer i det profesjonelle møtet, var de fleste informantene tydelig opptatt av sitt møte med de ansatte på helsestasjon og at de tenker at møtet på helsestasjon er av betydning for å gi barn tidlig hjelp. Informantene viser i stor grad til at personlige egenskaper hos de profesjonelle hjelperne har betydning for foreldrenes opplevelse og erfaring med 2 årskontrollen og henviser til det relasjonelle aspektet, evne til å vise varme, omsorg og bry seg om. De var opptatt av at den profesjonelle skulle formidle hensikten, hva som ligger som premiss for samtalen og at den profesjonelle tar ledelsen i samtalen. Jeg har sett i materialet mitt at informantene er opptatt av tillit. De ønsker at det spørres direkte om det vanskelige, generelle spørsmål oppfattes ikke. Langaard (2006) beskriver at også ungdommene framhevet viktigheten av en åpen, direkte væremåte hvor den profesjonelle tørr å snakke om vanskelige ting, at de tar seg tid til å høre hva ungdommene har å si. Kanskje brukergruppa i dagens samfunn, uavhengig av alder, krever mer åpenhet og direkte kommunikasjon?

Alle informantene forteller om at det somatiske og utviklingsmessige fikk stor plass i samtalen og at temaer som ble lite berørt/var fraværende, handlet om helhet, psykisk helse, foreldreveiledning og samspill. Dette kritiserer foreldrene. Man kan spørre seg om det er slik at fokus på psykisk helse er avhengig av å ha en god relasjon som fundament? De mener at de på helsestasjon ikke kan fange opp de som har vanskelige familieforhold, som strever med samspill, fordi de ikke har spurt. Resultatene her kan sees opp mot Langaards anbefalinger når det gjelder skolehelsetjenesten, trolig vil dette også gjelde for helsestasjonstjenesten. Tjenesten som helhet bør fungere som et helsefremmende lavterskeltilbud med et utvidet helsebegrep som også omfatter psykisk og sosial fungering. Mulig at profesjonelle skulle våget å reflektere om det er grunn til å anta at 2 års kontrollen tidvis er for mye preget av tjenestens tradisjonelle oppgaver? (Langaard 2006, 29)

## 5.1 Implikasjoner for praksis

Når velferdsstaten møter enkeltborgeren ifht foreldrerollen tror jeg det vil være nyttig å se på hvor informantene henter kunnskap om foreldreskap fra og hva som er deres referanseramme for foreldreskap. På den ene siden fungerer helsestasjonen som normdannende ut ifra det som offentlige myndigheter anser som ønsket foreldrepraksis. Helsestasjon skal fungere som en sjekk og en samfunnsmessig kvalitetskontroll av barndommen. Samfunnet skal legge til rette for og supplere foreldrenes innsats i et nært samarbeid med dem. Helsestasjonstjenesten kjennetegnes ved at den har lett tilgjengelighet og alle foreldre blir innkalt dit med sine barn noe som bidrar til at det er forbundet med lite stigma å oppsøke helsesøster, fordi det er et tilbud til alle foreldre hvor tidlig innsats blir vektlagt.

På den annen side har vi sett at undersøkelsen viser at det er motsetning mellom kunnskapstilfang hos informantene. Noen foreldre forholdt seg i hovedsak til offentlige myndigheter, noen brukte i tillegg privat nettverk, nettet og blogger m.m. Det er blitt svært vanlig at nybakte foreldre søker på nett for å finne ut hvordan de skal gjøre det "riktig" fra start. Noen foreldre er aktivt søkende til ekspertisen, noen underkaster seg og noen opponerer. Hvordan den normerende helsestasjon fungerer, når helsestasjon ikke er alene om å sette normene, er avhengig av om den profesjonelle klarer å utøve sin profesjon etter intensjonen. Den normerende helsestasjonen blir svekket når det ikke fungerer så godt, når brukerne ikke opplever tillit til den profesjonelle, når brukerne ikke er med på å forme innholdet i møtet og når den profesjonelle ikke tar ansvar for å ta opp relevante temaer. Langaard (2006,25) drøfter hvordan profesjonell hjelp til ungdom kan formes på en måte som fremmer ungdoms egen mestringsevne. Langaards anbefalinger når det gjelder skolehelsetjenesten, vil trolig også gjelde for foreldrene. At kunnskap om foreldrekultur, holdninger og verdier må tas hensyn til ved utvikling av profesjonell hjelp.

Brukergruppa jeg har intervjuet er en opplyst og krevende brukergruppe. Med det mener jeg at de vet hva de vil ha, de setter seg inn i den kunnskapen som helsestasjon skal tilby og vil være deltakende i beslutninger som tas i det profesjonelle møtet. Dagen foreldre har høye forventninger til et helsevesen og har mange kilder til informasjon og kunnskap. Raske endringer i familieformer og praksiser gjør at helsestasjon må utvikle seg i takt med samfunnsutviklingen. Vi ser at tilbudet fra det offentlige til barnefamilier stadig er i endring. Lanseringen av en nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonen og skolehelsetjenesten viser dette (se punkt 1.2.3). Den nasjonale retningslinjen skal bidra til et likeverdig tilbud til foreldre og barn uavhengig av den kommune man tilhører, samt å understøtte viktigheten av tidlig innsats med krav til forsvarlighet og god kvalitet. Velferdsstaten legger nye føringer om framtiden som er normerende og som møter noe av det informantene i denne undersøkelsen etterspør tydelighet på, fokus på

foreldreveiledning, psykisk helse og samspill. Foreldrenes beskrivelser har i så måte ikke helt fylt mandatet i styringsdokumentene fra staten.

Innsatsen i forhold til at helsestasjonstjenesten må styrkes både i kvalitet og kvantitet kan sees i lys av at flere yrkesgrupper i denne tjenesten som samhandler om arbeidsoppgavene. Man må være åpen for flere måter å arbeide på, en utvikling av helsestasjonstjenesten som tverrfaglige helsetjeneste. Profesjonell hjelp til foreldre kan formes på en måte som fremmer foreldres egen mestringsevne, ved å vise omsorg, at de bryr seg om, samtidig som selvbestemmelse legges som grunnlag. Helsestasjonsarbeid skal ha et mestrings- og ressursorientert perspektiv (Helsedirektoratet 2004,8). Et slikt perspektiv understreker foreldrenes deltagelse i sitt eget helsetilbud. Det krever også at den profesjonelle hjelperollen formes på en måte som ivaretar det. Fra informantenes side ble det å bry seg om være genuint interessert, brukermedvirkning og faglighet vektlagt som viktige aspekter ved relasjonen. Det er viktig ” å ta hensyn til foreldrenes behov for å være aktør i eget liv” (Langaard 2006, 32). I forhold til videreutvikling av tjenesten, er det interessant og se på om det er eksperthen som skal styrkes eller er det den kompetente samtalepartner. I Kirkegaards dikt ”hjelpkunst” (se s v) beskriver han at for å kunne hjelpe et annet menneske, må man begynne der den andre er og først og fremst forstå det den andre forstår.

Foreldre mottar mange ekspertråd. Gir hjelperne foreldrene det de trenger for å utøve godt foreldreskap, eller hva skulle foreldrene ønske seg? Det vil være viktig at praktikere må være bevisst på om det skal være byråkratiet (her: «Veilederen for helsestasjonstjenesten», skjemaer og maler) som skal være rådende for foreldreveiledning eller om det skal være dialogen i møtet som skal være avgjørende for praksis. Skjemaer og maler kan bli en maktstrategi som gjør at hverdagsspørsmålene ikke blir tillagt like stor vekt i praksis, i foreldreveiledningen. Det vil være nyttig for praktikere å være bevisst på hvordan makt og kolonisering kan være styrende for praksis (Follesø 2005). Som profesjonelle er vi medskapere til den virkelighet vi beskriver, vi må derfor være særdeles omhyggelige med hvilke konstruksjoner vi bidrar til å bringe frem. (Hertz 2011).

I en artikkel i Aftenposten advarer psykologiprofessor Lars Smith nybakte foreldre mot å følge for mange ekspertråd. Han er opptatt av at vi har høye krav til oss selv og barna, barnet blir som et prosjekt perfekt, hvor foreldre sammenligner seg med andre. Det er mye info på nett, artikler, blogging m.m. Han advarer mot at ekspertråd kan frata foreldre gleden de har ved å være sammen med barnet Jeg syntes der er interessant det professoren sier. Er det et paradox når velferdsstaten er førende for hva som er godt foreldreskap samtidig som fokuset er på at foreldre selv skal være den kompetente omsorgsyter? Gjør alle ekspertrådene at vi som foreldre blir mer usikker på om vi kan

mestre selv og ta egne vurderinger? Kan vi stole på egne vurderinger eller må vi snakke med en ekspert for å vite om vi gjør rett? Blir foreldreoppgaven et spørsmål om å gjøre det rette og være ”perfekt”, eller handler det om å gi barna gode liv, hvor godt nok handler om å kunne være avslappet og glede seg i å være sammen med barna?

De fleste informantene opplever at de profesjonelle hjelperne har et barnefokus og et subjektivt blikk på barnet. Noe som ofte blir ansett som bra. Men hva overser man når man har et snevert fokus på barnet? Barnefokus kan her sees i motsetning til det å se hele familien og se på samspill. Ved å bare ha barnefokus er det noe man går glipp av. Man ser delene men ikke helheten, som er mer enn summen av delene. Hvis en tenker systemisk i møte med foreldre og barn, kan man hverken se barnet eller familien isolert fra omgivelsene sine (som heller ikke kan sees isolert i møte med helsestasjonene). Familien og dens enkelte medlemmer er deler av flere systemer (hjem, barnehage, arbeidsplass osv) som gjensidig påvirker hverandre. I arbeid med familier er det avgjørende å tenke relasjonelt og strukturelt, og ikke bare ut ifra individperspektivet. For å forstå kompleksiteten i menneskers liv, trenger vi å se den i termer av helhet og relasjoner istedenfor å splitte den opp i deler som vi ser på isolert (Jensen 1997 37 -40). De fleste informantene beskrev at dette ikke var tilfelle.

Foreldrenes ønsker om standardisering og personlig tilnærming, krever enda mer kompetanse, krever et enda høyere profesjonelt nivå. Det ropes på standardisering når man skal heve kvaliteten mens det forventes en personlig tilnærming av foreldrene. Gulbrandsen, Fallang og Ulvik (2014, 208 – 211) spør om det heller er gode spørsmål enn gitte fremgangsmåter som kan åpne for praksiser som er både fleksible og systematiske. De henviser til at systematisk ikke nødvendigvis er det samme som standardisert. Men henviser til at systematikk kan romme praksiser som både inkluderer barnet og forelderen som subjekter, og som er tilpasset den enkelte familie og situasjon. I profesjonelle praksiser og retninger for det profesjonelle blikket foreslås det i denne oppgaven en ytterligere innvirkning av det systemiske fagfeltet med. Den medisinske modellen ”diagnostiserer et problem og gir løsningen til brukeren, mens den systemiske forståelsen er mer lyttende og søkende etter å forstå samspill og helhet, hvor den som ”eier” problemet også er en del av ”løsningen”. Et slikt perspektiv understreker foreldrenes egen deltagelse og engasjement. Men da krever det at de profesjonelle er en samtalepartner for foreldre (Hårtveit og Jensen 1999).

*”På bakgrunn av den dominerende kunnskapen i vår kultur er ganske enkelt det å lytte til hva noen forteller oss en revolusjonerende handling” (Lundby1998,123).*

## LITTERATURLISTE:

Andenæs, Agnes. 1991. "Fra undersøkelsesobjekt til medforsker? Livsformintervju med 4 -5-åringer". *Nordisk Psykologi*, 43, 274- 292

Andenæs, Agnes 2002. "Når det selvfølgelig faller bort: Om besteforeldreskapet i utsatte familier." I *Kulturpsykologi. Bevegelser i livsløp* Red. Thorsen, Kirsten. og Ruth Toverud Oslo: Universitetsforlaget.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. 2015. *Satsing på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet*. Oslo  
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/satsing-pa-barn-og-ungdom-20152/id2410934/>  
(7.05.16)

Barneombudet. No Juni/sept 2014 *Barneombudets innspill til arbeid med stortingsmelding om primærhelsetjenesten. En utdyping av innlegg holdt i Helse- og omsorgsdepartementet 10. juni 2014* <http://barneombudet.no/wpcontent/uploads/2014/06/Barneombudets-innspill-til-stmeld-om-prim%C3%A6rhelsetjenestene.pdf> (8.05.16)

Eide, Hilde og Tom Eide. 2000. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ellingsæter, Anne Lise og Arnlaug Leira. 2004. *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ellingsæter, Anne Lise og Karin Widerberg. 2012. *Velferdsstatens familier. Nye sosiologiske perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

FNs konvensjon om barns rettigheter (1989). Vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989 Barne- og familiedepartementet. Oslo  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf) (7.05.16)

Follesø, Reidun. 2005. "Kritisk teori i sosialt arbeid" I *Kritisk sosialt arbeid. Å analysere i lys av teori og erfaringer*. red Siv Oltedal. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Forskrift av 3 april 2003 nr 450. *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450> (7.05.16)

- Guldbrandsen, Liv Mette. 1998. *I barns dagligliv. En kulturhistorisk studie av jenters og gutters utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gulbrandsen, Liv Mette, Bjørg Fallang og Oddbjørg Skjær Ulvik. 2014. "Barns deltakelse og profesjonell praksis: fra oppskrifter til utforskende spørsmål?" I *Barns deltakelse i hverdagsliv og profesjonell praksis – en utforskende tilnærming*. Red. Liv Mette Gulbrandsen. Oslo: Universitetsforlaget
- Guldbrandsen, Liv Mette. 2014. *Barns deltakelse i hverdagsliv og profesjonell praksis- en utforskende tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Haavind, Hanne. 1987. *Liten og stor. Mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, Roar og Elin Johnsen. 2013. "Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus." I *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Red Tjora, Aksel og Line Melby. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsedirektoratet. 2004. *Veileder til Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. IS-1154  
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten-/Sider/default.aspx> (7.05.16)
- Hertz, Søren. 2011. *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Hårtveit, Håkon og Per Jensen. 1999. *Familien – pluss en. Innføring i familieterapien*. Otta: Tano Ascheoug.
- Jensen, Per. 1997. *Ansikt til ansikt*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Johannessen, Asbjørn, Per Arne Tufte og Line Christoffersen. 2011. *Samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag
- Kjeldstadli, Knut. 2006. *Å tenke i relasjoner*. Fortid 3,4.
- Kvale Steinar og Svend Brinkmann. 2012. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS



- Korsvold, Tora. 2008. *Barn og barndom i velferdsstatens småbarnspolitik*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Langaard, Kari. 2006. "Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp". *Tidsskrift for ungdomsforskning* 6(2):25–40
- Lundby, Geir. 1998. *Historier og terapi*. Otta: Tano Aschehoug AS
- Lov av 2.juli 1999 nr 63. *Lov om pasient og brukerrettigheter* (pasient og brukerrettighetsloven) Helse og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (7.05.16)
- Lov av 24. juni 2011 nr 30. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (7.05.16)
- Prior, Lindsay. 2003. *Using documents in social research*. London: Sage publications Ltd
- Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Ramage, Magnus og Karen Shipp. 2009. *System thinkers*. London: Springer
- RKBU Nord. 2011. *Familiens hus – organisering og faglige perspektiver*. Tromsø: RKBU Nord
- Smith, Lars. 2014. "Advarer nybakte foreldre mot å følge for mange ekspertråd." Oslo: *Aftenposten* <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Advarer-nybakte-foreldre-mot-a-folge-for-mange-ekspertrad-7437064.html> (7.05.16)
- Schjødt, Borrik og Thor Aage Egeland. 1991. *Frå systemteori til familierapi*. Oslo: Tano
- Skaug, Greta Marie. 1992. *Mellom makt og hjelp*. Oslo: Tano
- Statens helsetilsyn. 1998. *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, Veiledningsserien, IK-2617, 2/98. Oslo <http://www.kith.no/upload/1459/SHT-V2-98VeilederHelsestasjon.pdf> (7.05.16)
- Statens helsetilsyn. 1998. *Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* IK-2618 Oslo [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/undersokelser\\_helsestasjonskolehelsetj\\_ik-2618.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/undersokelser_helsestasjonskolehelsetj_ik-2618.pdf) (7.05.16)
- Svenaesus, Fredrik 2003. "Fenomenologi: med livsvärden som grund." I *Sjukdomens mening* red. Fredrik Svenaesus. Stockholm: Bokförlaget Natur og kultur.

Ulvik, Oddbjørg Skjær. 2014. "Å utforske barns deltakelse i hverdagslivet: monologiske refleksjoner." I *Barns deltakelse i hverdagsliv og profesjonell praksis – en utforskende tilnærming*. Red. Liv Mette Gulbrandsen. Oslo: Universitetsforlaget

Widerberg, Karin. 2015. *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi*. Cappelen Damm AS

## Vedlegg

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *«Foreldrenes opplevelse av foreldreveiledningen på 2 års-kontrollen på helsestasjon»*

### **Bakgrunn og formål**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å få mer kunnskap om foreldres erfaringer med 2 årskontrollen. Foreldres erfaringer kan gi kunnskap som kan gjøre at vi kan gi et bedre tilbud til barn og foreldre når «min» kommune skal etablere familiesenter.

Idag er det mye fokus på tidlig innsats/ intervensjon. Helsestasjonene skal gi universell forebygging. Foreldre mottar mange ekspertråd. Gir hjelperne det foreldrene trenger for å utøve godt foreldreskap, hva skulle foreldrene ønske seg? Tidene forandrer seg, foreldreskap forandrer og seg fører til andre behov ifht veiledning. Bekymring for barns utvikling og foreldrenes ønske om bistand oppdages og drøftes på helsestasjon mellom foreldre og fagpersoner. I min kommune skal vi nå starte opp et prosjekt hvor målet er å: «Etablere familiesentre i kommunen som har bred tverrfaglig kompetanse i arbeid med barn, unge og deres foreldre. Familiesentrene er tenkt etablert ved eksisterende helsestasjoner.» I oppstarten av et familiesenter får man mulighet til å se på om tilbudet til foreldre og barn kan forbedres ytterligere.

Jeg er en masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus og holder på med den avsluttende masteroppgaven i Familiebehandling. Temaet for oppgaven er "Foreldrenes opplevelse av foreldreveiledningen på 2 årskontrollen på helsestasjonen". Jeg ønsker å intervju foreldre for få innspill som det kan være viktig å se på og vurdere? Den innsats som kan settes inn i de tidlige leveår er av avgjørende betydning for barnas senere utvikling

Utvalget, hvem som skal delta i undersøkelsen, vil være tilfeldig. Sekretær på familiesenteret har sendt ut brev til 20 familier med forespørsel om deltakelse. Inklusjonskriteriet er at de har deltatt på 2-årskontrollen det siste halve året. 6 personer som svarer positivt på dette vil bli intervjuet.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju foreldre som akkurat har vært på 2 årskontrollen med sitt barn. Jeg ønsker å foreta individuelle intervjuer. Dette vil si at jeg ønsker å få din forståelse av 2 årskontrollen, innholdet i den, begrunnelser og tanker du har om dette møtet. Intervjuet blir utforskende og konkretiserende. Eks « fortell meg alt som skjedde når du var på 2 årskontrollen på helsestasjonen». Livsformintervjuet baseres på en gjennomgang av 2 årskontrollens store og små hendelser, intervjuet holdes på det konkrete «når du var på 2 årskontrollen.....».

Jeg ønsker å intervju 6 foreldre. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater underveis under intervjuene. Intervjuene vil ta ca 1,5 time etter avtalt tid.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymiseres. Intervjuet og informasjon som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studiet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten fullt navn og fødselsnummer eller andre gjenkjennerende

opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til personopplysninger. Navneliste lagres adskilt fra øvrig data og vil være nedlåst i arkivskap. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil bli gjenkjent i den ferdige oppgaven

Prosjektet skal etter planen avsluttes desember 2016. Etter dette vil alle personopplysninger og taleopptak slettes.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ingunn Mathiesen (student) tlf 98266674 evt daglig ansvarlig Randi Wærdal tlf 99020381

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Infobrev

Hei

For en tid tilbake mottok du en forespørsel om å la deg intervju i forhold til ditt møte med helsestasjonen på 2 årskontrollen til ditt barn. Jeg ønsker å ha en samtale med deg for å få mer kunnskap slik at vi kan forbedre tjenesten som gis til foreldre og barn. Jeg tillater meg å minne deg på forespørselen fordi ditt bidrag til dette er viktig. Hvis du allerede har latt deg intervju, takker jeg for hyggelig samarbeid, og du kan se bort i fra denne henvendelsen.

Jeg heter Ingunn Mathiesen, er 45 år. Jeg har selv 2 gutter på 15 år (så det er jo en liten stund jeg selv var på 2 årskontrollen med mine barn). Jeg jobber som familieterapeut ved Skjeberg familiesenter i Sarpsborg kommune. Etter mange års arbeid med foreldreveiledning ser jeg viktigheten av å hele tiden forbedre de tjenestene vi gir til foreldre og barn. Jeg er dermed avhengig av innspill om ditt møte med tjenesten.

Kort oppsummering fra forrige brev:

Familiens hus, helsestasjonstjenesten, i Halden har sagt seg villige til å delta i et forskningsprosjekt som omhandler foreldres opplevelse av foreldreveiledningen på 2 årskontrollen på helsestasjonen. Forskingen innebærer å intervju foreldre som har vært på 2 årskontrollen. Jeg ønsker å intervju foreldre for få innspill som det kan være viktig å se på og vurdere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymiseres. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger

Ønsker du å delta så ta kontakt (sms eller ring) for å avtale tid og sted på tlf 98266674. Intervjuet vil ta ca 1 time .

Vennlig hilsen

Ingunn Mathiesen



## Intevjuguide/temaliste

«*Hvordan opplever foreldrene foreldreveiledningen på 2 årskontrollen på helsestasjon?*»

Jeg vil i intervjuet bruke livsformintervju. I livsformintervju brukes ikke en intervjuguide, men i stedet tar intervjuet tak i aktuelle temaer ved å gå igjennom to årskontrollen fra den startet til den var ferdig. Livsformintervjuet kan baseres på en gjennomgang av 2 årskontrollens store og små hendelser, intervjuet holdes på det konkrete «når du var på 2 årskontrollen.....». Dette kan gjøres ved å spørre hva de gjorde på kontrollen, hva de snakket om og hvorfor de gjorde det og hvorfor de snakket om det. Tenkningen omkring kontrollen blir dermed også utforsket. Utdypende spørsmål stilles for å få tak i hvordan foreldre forstår hendelsene det inngår i. Intervjuet er strukturert etter en plan, men er ikke standardisert, og gir dermed stort rom for fleksibilitet under intervjuet. Kontrollen på helsestasjon skal beskrives så detaljert og konkret som mulig.

Forskningsspørsmål vil være:

- Hva legges det vekt på i 2 årskontrollen?
- Hvordan har foreldrene fått bruk for dette i praksis?
- I hvilken grad er det som tas opp i samsvar med veilederen som sier hva 2 årskontrollen skal inneholde?
- Er vektleggingen på veiledningen innenfor medisinsk eller systemisk tradisjon (normalitet vs patologi)?

Ved en konkret gjennomgang av 2 års kontrollen vil foreldrene fortelle hva de er opptatt av ved 2 års kontrollen på helsestasjonen, hvordan familien blir møtt på helsestasjon. Intervjuspørsmål vil kunne handle om:

- Var det noe du syntes var bra/nyttig/godt dere snakket om? Hva var foreldre fornøyd med, ønsket de fokus på grensesetting (regulerer følelser/atferd/oppmerksomhet), relasjonsbygging, lek, språk og motorikk?
- Hva snakket dere ikke om? Hvilke refleksjoner gjør foreldrene om egen erfaring med brukermedvirkning på 2 årskontrollen?
- Hva skulle du ha ønsket at dere snakket om? Hadde foreldrene benyttet seg av gruppetilbud/foreldreveiledningsgruppe/tilbud med fokus på parforhold, hadde de benyttet seg av tverrfaglig kompetanse: fysioterapeut, helsesøster, familieterapeut.... hvis det var et tilbud?

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Randi Wærdahl  
Institutt for sosialfag Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr: 985 321 884

Vår dato: 28.10.2014

Vår ref: 40411 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

40411	<i>Foreldrenes opplevelse av foreldreveiledningen på 2-årskontrollen på helsestasjon</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Randi Wærdahl</i>
<i>Student</i>	<i>Ingunn Mathiesen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ingunn Mathiesen [inmm@sarpsborg.com](mailto:inmm@sarpsborg.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Afdelingskontor / District Offices*

*OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo Tel: +47-22 85 52 11 [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHJEM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim Tel: +47 73 59 19 07 [kyre.svarval@svt.ntnu.no](mailto:kyre.svarval@svt.ntnu.no)  
TROMSØ NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø Tel: +47-77 64 43 36 [nsdmaa@svt.uib.no](mailto:nsdmaa@svt.uib.no)*





Formålet er å studere foreldres opplevelse av foreldreveiledningen på 2-års kontrollen på helsestasjon.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet har tatt høyde for at det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c. Årsaken er at man på helsestasjonen ofte snakker om barnets eller foreldrenes helse.

Personvernombudet legger til grunn at man etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak



## REK

Hei.

Vi viser til innsendt skjema for fremleggingsvurdering av ovennevnte prosjekt, mottatt 19.09.2014.

Søker angir følgende i forhold til prosjektets problemstilling:

*2årskontrollen gjelder for mange mennesker og har betydning for mange mennesker. Alle 2 års gamle barn med foresatte blir innkalt. Forelders egne erfaringer i dette arbeidet er viktig. Jeg vil derfor undersøke:*

*«Hvordan opplever foreldrene foreldreveiledningen på 2 årskontrollen på helsestasjon?»*

- *Hva legges det vekt på i 2 årskontrollen?*
- *Hvordan har foreldrene fått bruk for dette i praksis?*
- *I hvilken grad er det som tas opp i samsvar med veilederen som sier hva 2 årskontrollen skal inneholde?*
- *Er vektleggingen på veiledningen innenfor medisinsk eller bio-psyko-sosial tradisjon (normalitet vs patologi)?*

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, etter § 4 forstått som virksomhet som drives med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

REK sør-øst C mener formålet med dette prosjektet er å undersøke trekk ved- og opplevelsen av en *helsetjeneste* som tilbys. Det er altså trekk ved tilbudet som skal vurderes; formålet er ikke å skaffe ny kunnskap om sykdom eller helse *per se*.

Prosjektet faller dermed ikke inn under bestemmelsene i helseforskningsloven, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4.

Prosjektet kan gjøres uten REK-godkjenning.

REK sør-øst antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vi gjør også oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom dere likevel ønsker å søke REK, vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Mvh

Tor Even Svanes  
seniorrådgiver

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst C

Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 55 21

Besøksadresse: Nydalen Allé 37b, Nydalen, 0424 Oslo.

<http://helseforskning.etikkom.no>