

# På parti med helsesøster?



**Kristina Kvarv Andreassen**

**Masteroppgave i sosiologi**

**Høsten 2006**

Universitetet i Oslo  
Samfunnsvitenskapelig fakultet  
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

## **Forord**

Å få sette punktum for denne oppgaven er godt. Jeg har lenge gledet meg til å skrive forordet. Samtidig så ser jeg nå hvor lærerikt og morsomt det til tider har vært. Det har gitt meg nye perspektiver på min egen mammarolle, og det har gjort meg reflektert på hvordan jeg vil forme relasjonen til mine to små jenter.

Jeg er veldig takknemlig for alle som har holdt ut med mine påstander og diskusjoner rundt helsestasjonen i noen år nå. Takk til informantene mine for å ha muliggjort denne studien. Først en takk til min veileder Tone Schou Wetlesen for mye hjelp til utarbeidingen av denne oppgaven. Takk også til Cecilie Basberg som støttet meg på at jeg var på rett spor når jeg syntes alt var vanskelig, og tipset meg om litteratur.

Men det er mange andre som også har bidratt. Jeg vil takke min venninne Eli som skaffet meg en kontor plass sånn at oppgaveideene kom tilbake etter fødselspermisjonen, og for at hun har bidratt med nyttige innspill i slutfasen. En stor takk til Kunnskapsparken i Kongsvinger for å ha lånt meg ett kontor, det var avgjørende med et slikt "fristed" for at oppgaven kunne bli ferdig. Det hyggelige og inkluderende sosiale miljøet ga meg god motivasjon de dagene hvor tankene gikk litt tregt. Og ikke minst er jeg min svigermor en stor takk skyldig for å ha stilt opp som barnevakt mens mye av denne oppgaven ble skrevet. Takk til pappa, for hans utålmodighet, men store tro på meg. Til mamma, du har lært meg mye om morsrollen.

Gode innspill har jeg også fått fra min mann Hans Olav, min svigerinne Hilde, og mine gode venninner Irene, Clara og Karianne, tusen takk for konstruktive og motiverende bidrag. En stor takk også til min sosiologivegninne Ingeborg, som daglig diskuterte eller leste ideene mine og hjalp meg frem til en forståelse. Den "sosiologiske" småpratningen på alle våre trilleturer bidro til å klare tankene. Til sammen har alle bidratt ved å ha troen på meg og oppgaven.

Til Dorthea Serine, Sofi Katarina og Hans Olav; dere gjør hver dag til en glede.

Kongsvinger, oktober 2006

Kristina Kvarv Andreassen

## Sammendrag

Denne oppgaven belyser hvordan helsesøstre og foreldre opplever og håndterer sine roller når de samhandler. Retningslinjene legger til grunn at de skal skape en dialog, og det endrer helsesøsters rolle ved at hennes ekspertkunnskap må nedtones. Helsesøster skal både overvåke tilstanden i familien samt styrke foreldrenes tro på seg selv i omsorgssituasjonen. Det ligger spesielt fokus på forebygging av psykiske problemer i helsesøstres oppgaver. Jeg diskuterer derfor i hvilken grad foreldre og helsesøstre opplever at det går an å få til en dialog når helsesøsteren samtidig utfører kontroll.

Det er gjennomført 8 dybdeintervjuer som har dannet grunnlaget for forståelsen av feltet. Med 3 helsesøstre og 5 mødre som informanter diskuterer jeg hvordan de ser forskjellig på den kontrollfunksjonen helsestasjonen har. Helsesøstrene toner ned kontrollaspektet og det ser ut til at de mener det er nødvendig for å skape tillit i relasjonen til mødrene. Mødrene i mitt materiale ser på det å gå på helsestasjonen som å gå ”til kontroll” og de er fornøyde med at helsesøster forteller dem at alt er bra. Det gir dem trygghet.

Partenes opplevelser beskriver hvordan helsesøstre ikke er en enhetlig gruppe. Rollen utformes på mange forskjellige måter. Ved å anta at det går an å skille mellom helsesøstrene i tre forskjellige faser diskuteres ulike faktorerens betydning for utformingen av rollen.

Ved å ta høyde for gradvise overganger mellom gamle og nye tenkemåter og praksiser beroende på hvilken generasjon helsesøster tilhører, hennes personlighet, habitus og et mulig skjult pensum, mener jeg å fange inn noe av forklaringen på at helsesøstre møter mødre på ulike måter, også i dag.

Mitt teoretiske utgangspunkt var Stein Bråtens teori om modellmakt. Modellmakt diskuteres sammen med andre teorier om makt, kunnskap og dialog. Kan relasjonen mellom helsesøster og mor beskrives men en situasjon hvor det er en som vet og en som ikke vet? Jeg viser hvordan det ikke går an å se det like forenklet, men at modellmakt kan tenkes å være tilstede i mange situasjoner.

Denne oppgaven konkluderer med at det er viktig å klargjøre hvilke mulige konflikter, dilemmaer og paradokser som ligger i de nye retningslinjene. Retningslinjene skal utformes

slik at de best mulig legger til rette for å bygge gode relasjoner, både mellom foreldre og helsesøstre og mellom foreldre og barn, og da er det viktig å se på hvordan dagens praksis oppleves.



## Innholdsfortegnelse

<a href="#">Forord.....</a>	<a href="#">2</a>
<a href="#">Sammendrag .....</a>	<a href="#">3</a>
<a href="#">Innholdsfortegnelse.....</a>	<a href="#">6</a>
<a href="#">Kapittel 1 Innledning.....</a>	<a href="#">10</a>
<a href="#">1.1 Problemstilling.....</a>	<a href="#">10</a>
<a href="#">1.2 Avgrensninger.....</a>	<a href="#">12</a>
<a href="#">1.3 Kompetanseoverføring og brukervedvirkning.....</a>	<a href="#">13</a>
<a href="#">1.4 Utvikling i retning frihet eller umyndiggjøring.....</a>	<a href="#">14</a>
<a href="#">1.5 Faglig og samfunnsmessig begrunnelse for problemstillingen .....</a>	<a href="#">16</a>
<a href="#">1.6 Helsesøsterposisjonen; antakelser om den og dens utvikling.....</a>	<a href="#">17</a>
<a href="#">1.7 Figur 1 Helsesøster-posisjoner i helsesystemet.....</a>	<a href="#">18</a>
<a href="#">Kapittel 2 Helsestasjonen som sosialt system.....</a>	<a href="#">20</a>
<a href="#">2.1 Helsestasjonen som sosialt system.....</a>	<a href="#">20</a>
<a href="#">2.2 Ekspert og ekspertkunnskap.....</a>	<a href="#">21</a>
<a href="#">2.3 Synliggjøring av helsestasjonens idealer .....</a>	<a href="#">23</a>
<a href="#">2.4 Kunnskap.....</a>	<a href="#">24</a>
<a href="#">2.4.1 Legitim kontroll og autoritet.....</a>	<a href="#">25</a>
<a href="#">2.4.2 Gjensidig samtale.....</a>	<a href="#">26</a>
<a href="#">2.5 Indirekte kontroll.....</a>	<a href="#">27</a>
<a href="#">2.6 utfordringer med dialog.....</a>	<a href="#">28</a>
<a href="#">2.7 Samtalens form: frigjøring?.....</a>	<a href="#">30</a>
<a href="#">Kapittel 3 Helsestasjonsvirksomhet i lys av teorier om makt, kunnskap og dialogisk samhandling.....</a>	<a href="#">33</a>
<a href="#">3.1 Bakgrunn og innledning til empiri.....</a>	<a href="#">33</a>
<a href="#">3.1.1 Statens rolle når det gjelder forhold i den private sfære.....</a>	<a href="#">34</a>
<a href="#">3.1.3 Ideologi eller hjelp.....</a>	<a href="#">36</a>
<a href="#">3.1.4 Hvorfor er foreldrestøtte viktig?.....</a>	<a href="#">37</a>
<a href="#">3.1.5 Eksperters innflytelse.....</a>	<a href="#">37</a>
<a href="#">3.1.6 Dårlig psykisk helse.....</a>	<a href="#">38</a>
<a href="#">3.2 Samhandling og oppdragelse.....</a>	<a href="#">39</a>
<a href="#">3.2.1 En mulig asymmetrisk maktrelasjon.....</a>	<a href="#">41</a>
<a href="#">3.2.2 Subjektposisjoner.....</a>	<a href="#">42</a>

3.3 Selvtillit; knyttet til forebygging av psykiske problemer .....	43
3.4 En mulig fremgangsmåte for dialog.....	44
3.5 Modellmakt.....	45
3.6 Kunnskapens form.....	46
3.7 Oppsummering.....	48
Kapittel 4 Metodiske utfordringer.....	48
4.1 Forarbeid og intervjuguider.....	49
4.2 Analytisk perspektivering.....	49
4.3 Egen rolle/forskereffekter.....	50
4.4 Etske vurderinger.....	53
4.5 Tilgang til feltet; utvalgets sammensetning og intervjuenes kontekst.....	53
4.6 Om fortolkning av data .....	55
4.7 Konstruksjon av kunnskap i intervjusituasjonen.....	56
4.8 En vurdering av data i forhold til mitt formål.....	57
Kapittel 5 Fra morsposisjonen: mødres møter med helsestasjonen.....	58
5.1 Livsverden.....	59
5.2 Mødre-profiler (klienter).....	59
5.3 Temabolker i analysen.....	60
5.3.1 Forholdet mellom styrking og trygghet.....	61
5.3.2 Samspill.....	64
5.3.3 Kunnskap.....	67
5.3.4 Kontroll.....	68
5.3.5 Råd.....	72
5.4 Oppsummerende diskusjon; bilder av helsesøster.....	75
Kap 6 Helsesøstres erfaringer: holdninger og handlemåter.....	77
6.1 Helsesøstre.....	77
6.2.1 Trygghet og styrking.....	77
6.1.2 Samspill.....	79
6.1.3 Kontroll.....	82
6.1.4 Kunnskap.....	85
6.1.5 Råd.....	89
6.2 Helsesøstre i ulike faser.....	92
6.3 Oppsummerende diskusjon: klargjøringens betydning.....	93
7.0 Avslutning:.....	94

<u>Referanseliste.....</u>	<u>100</u>
<u>Intervjuguide-helsesøstre.....</u>	<u>104</u>
<u>Intervjuguide-foreldre.....</u>	<u>105</u>





## På parti med helsesøster?

Familien er den viktigste arenaen for tilhørighet, nærhet og felleskap, og den beste rammen rundt barns oppvekst. Barn utvikler seg i samspill med sine omgivelser. Forholdet mellom barn og foreldre er arnestedet for vekst og utvikling, og foreldrene er betydningsfulle rollemodeller for barna. I familien får barna trygghet, de lærer sosial adferd og samhandling. Jeg mener at barn trenger foreldre som har tro på at de selv kan mestre utfordringene som foreldrerollen byr på. Å veilede foreldre er derfor et meget viktig bidrag for å forebygge negativ utvikling hos barn og unge.

Barne- og familieminister Laila Dåvøy, 2005

## Kapittel 1 Innledning

### 1.1 Problemstilling

Foreldres omsorg for sine barn kan forstås som i økende grad å være et individuelt utformet omsorgsprosjekt. Dermed vil kunnskap og refleksjon være sentrale dimensjoner i dagens foreldrekompetanse. Noen av helsestasjonens viktigste samfunnsroller er å støtte foreldrene og deres omsorgspraksis, og å være behjelpelige med å flytte fokus fra feil og mangler til muligheter for vekst og utvikling. Utgangspunktet er en tanke om at alle foreldre kan være de beste oppdragerne og omsorgspersoner for sine egne barn (Tjelflaat og Midjo 2000: 37). Det ligger det en tanke om at alle har muligheten til å bli gode foreldre, men ikke alle får dette til uten å få hjelp til å komme på det rette sporet. Det er en sentral oppgave for helsestasjonen å forsøke å gjøre dem bedre, ved å klargjøre hva de faktisk er gode på og støtte dem slik at de blir enda bedre. I retningslinjene signaliseres det også at det ikke finnes en "fasit" for hvordan barneomsorg skal gjøres. Kunnskapen er heller ikke enhetlig, så det å hjelpe foreldrene til å bli bedre oppdragerer krever at helsesøstrene setter seg godt inn i aktuell kunnskap for ikke å bare presentere sin egen variant av den kunnskapen de har tilegnet seg kanskje fra flere år tilbake. Det er nok både nødvendig og sannsynlig at det skjer en viss utvelgelse eller filtrering av informasjon. Det finnes flere ulike teoriretninger og motstridende forskningsresultater som omhandler dette feltet.

Helsestasjonens primære funksjoner er å samarbeide med foreldre og andre for å bidra til gode vilkår for barns fysiske og psykiske helse ut fra gjeldende retningslinjer og intensjonserklæringer. Helsesøster skal ivareta en oppsyns- og kontrollfunksjon samtidig som hun skal anerkjenne mødrenes foreldrekompetanse og betrakte foreldre som eksperter på sine barn. Hun skal vurdere og sette standarder ut fra sin ekspertise samtidig som hun skal

understøtte og forsterke mors tillit til seg selv som forelder, og bidra til å styrke hennes kompetanse. Disse funksjoner vil jeg anta lett kan komme i konflikt med hverandre. Jeg antar også at mulige konflikter modereres ved at helsesøster og mor innehar mye av den samme kunnskapen om barns utvikling, og at mor samtidig kan anerkjenne at helsesøster har kunnskap på barnepleiefaglige spørsmål som hun kan dra nytte av, uten å fraskrive seg sin kompetanse som mor. Oppgaven min blir å diskutere hvilke aspekter som kan forhindre eller bidra til en slik ”styrkende dialog.”

### **Problemstilling:**

Helsesøster er tildelt en rolle der det forventes at hun ivaretar en kontrollfunksjon samtidig som hun skal forholde seg til foreldre som en likeverdig samtalepartner. ***Hvordan opplever og håndterer partene helsesøsters ulike rolleelementer?*** Opplever de konflikt mellom kontrollfunksjonen og det å føre en samtale basert på likeverd? Hvordan kan en slik eventuell konflikt reduseres?

### **Underspørsmål:**

Hvordan skiller helsesøster mellom god og dårlig foreldrepraksis, samtidig som det finnes en ide om at noe er dårlig foreldrepraksis?

Finnes det et skjult pensum som går utover det helsesøsterfaglige og som det kan være vanskelig for partene å sette ord på?

Ved å diskutere hvordan mødre og helsesøstre opplever relasjonen mellom seg vil jeg kunne belyse hvordan det fungerer, og mulige dilemmaer knyttet til endringen i helsesøsters rolle. Helsestasjonen skal styrke mødrene i troen på seg selv og jeg tenker at begge parter er tjent med at en eventuell makt dem i mellom synliggjøres.

Helsestasjonen er til for foreldre og deres barn, men er også en sentral institusjon i samfunnet for å skape velfungerende familier som ikke faller utenfor rammene for god omsorg. Det har innen helsestasjonsfeltet foregått en endring siden midten av 90-tallet, med økende fokus på familienes psykiske helse og med empowerment-ideologi som styrende for å oppnå det. I denne perioden har også helsesøsters rolle endret karakter. Fra å være en autoritet med ekspertkunnskap som kontrollerte at mødrenes barneomsorg var i tråd med rådende anbefalinger, er dagens helsesøster mer en tilrettelegger for brukerstyrt og dialogbasert

veiledning. En sentral tanke her er styrking av mødrenes eget potensial som omsorgsgiver ved at de skal sees som eksperter på egne barn. Helsesøstrenes rolle vil derfor måtte tilpasses retningslinjene. Foreldrene skal ”styrkes.” I begrepet styrking legger jeg at de gjøres tryggere på sin egen morspraksis.

Jeg tenker det kan være vanskelig å forstå en slik helsesøsterrolle, for både helsesøstre og mødre. For å kunne forstå de retningslinjene som ligger til grunn for helsesøstrenes utøvelse av sin rolle, vil jeg bruke programmet ”Ledet samspill”<sup>1</sup> og annen forskning om barneomsorg, som en innfallsvinkel til hvordan man har forsøkt å skape klare anbefalinger for hvordan helsestasjonen kan bidra. Gjennom hele helsesøsteryrkets historie har det vært en utfordring å oppnå en god kombinasjon av tillit og kontroll mellom helsestasjonen og foreldrene. Retningslinjene for det første kullet med helsesøstre i 1947 fremhevet at deres utfordring var ”å finne måter å opptre på overfor befolkningen som på samme tid var myndig og tillitsvekkende” (Andrews og Wærness 2004:331).

## 1.2 Avgrensninger

Fokus i oppgaven vil ligge på spedbarnstiden - og stabbealder, fordi det er denne perioden jeg kan si mest om ut fra mitt materiale. Intervjuene er foretatt blant mødre med sitt yngste barn opp til 15 mnd, da det er i denne perioden foreldre klart hyppigst besøker helsestasjonen. Etter barna har nådd 15 måneders alder er man bare på helsestasjonen til 2, 4 og 5 års-kontroll. I perioden mellom 15 mnd og fem år treffer man dermed helsesøster bare tre ganger. Mitt inntrykk er at etter man har når man har fått vaksinen ved 15 mnd-kontroll glemmer foreldrene nesten at helsesøstrene finnes, og ringer oftest fastlegen om det er noe de lurer på. Også helsesøstrene vektla at deres mulighet for oppfølging og kontroll med barnet lå i den tidlige perioden.

Jeg vil presisere at jeg i oppgaven har avgrenset meg til velfungerende mødre, de som ikke trenger ekstra oppfølging og som har friske barn. Den gruppen som i større grad ”kontrolleres” av helsesøstrene antar jeg er de som ikke følger normen om hvordan være ”den gode mor” eller far. Når jeg vektlegger mødrene så er det fordi det er de som oftest møter. Fedrene er sjelden med, selv om det er flere i dag enn tidligere. I den grad de møter opp så

---

<sup>1</sup> Det var en del av Barne- og familiedepartementets program for foreldreveiledning, og er fremdeles tilgjengelig for de helsestasjoner som ønsker å benytte det.

dekker ikke denne oppgaven de aspekter som da gjelder. Verken mødre eller helsesøstre i materialet gir meg kunnskap om fedrene. Problematikken rundt flerkulturelle foreldre favner også for vidt for denne oppgaven.

### **1.3 Kompetanseoverføring og brukervedvirkning**

Kanskje er det slik at det i møtet mellom helsesøster og foreldrene foregår en ”kompetanseoverføring”, hvor målet er at foreldrene selv skal kunne bli sin egen rådgiver? Helsestasjonstjenesten er ment å nå ut til alle, og ved å få til en hyppig kontakt tar man vare på det offentlige behov for å skaffe seg oversikt, og oppdra eller påvirke foreldre i en bestemt retning. Tjenesten har også et lovpålagt ansvar for å overvåke helsetilstanden i småbarnsfamilier (Andrews 2002: 30, art 4). Et interessant aspekt er at hvis dialogen skal fungere, setter det også krav til både helsesøsters og foreldres brukerkompetanse. Den enkelte må beherske samtaleformen og forstå sin rolle og oppgave.

I alle rutinemøter mellom helsesøster og foreldre, fungerer helsekortet som en strukturerende ramme, men den profesjonelle agendaen blir til dels usynlig, ved at spørsmål som tar sikte på å hente inn informasjon om for eksempel familiens livssituasjon, blir stilt på en indirekte måte eller kartlagt gjennom småsnakk.<sup>2</sup> Autoritetssymboler har blitt tonet ned og man finner mange trekk ved samtalen som ligner møter i privatsfæren (Andrews 2002: 35). Helsesøster har på seg sine private klær, hun legger opp til en uformell tone og hun forsøker å la foreldrene styre samtaletemaer. Jeg reiser spørsmålet om ikke foreldrene trenger klar informasjon om hvordan helsesøster legger opp samtalene dem i mellom, og om det som ligger av forventninger til begge parter. Dette for å unngå at premissene som legges til grunn er ukjente for mødrene.

Berit Aanderaa (1998) hevder at begrepene brukertilpasning og brukervedvirkning har blitt nye honnørord i samfunnet, og at disse ligger til grunn for statens program for foreldreveiledning. Programmet sikter mot ”å styrke foreldrene i deres oppgaver overfor barn, og å forebygge både psykososiale vansker og samspillproblemer hos barn og unge” (Aanderaa 1998:143). Foreldre må i dag være foreldre i det offentlige rom i langt større grad enn tidligere, og de følges av fagfolk helt fra før barnet er født. Aanderaa stiller med det som bakgrunn, spørsmål om fagfolk har makt i forhold til foreldre? Skal fagfolk veilede foreldre, og trenger foreldre en slik veiledning? Hun påpeker at fagfolks interesser vil kunne vokse seg

<sup>2</sup> Helsekortet er et skjema hvor det listes opp punkter for hva helsesøster skal ha vært gjennom i løpet av en konsultasjon, f. eks søvn, mat, motorisk utvikling etc.

sterkere på bekostning av familien - og den private livsverden. Tidligere hørte oppdragelse, omsorg og sosialisering til i ens private livsverden. Nå hører det også inn i en relasjon til fagfolk. Aanderaa påstår at fagfolk har makt; idet det er de som sitter med definisjonsmakten (1998: 145). Å unngå at helsesøstre sitter med makten er sentralt i dagens retningslinjer. Jeg vil nå gå inn på hvilke dilemmaer som da oppstår.

#### **1.4 Utvikling i retning frihet eller umyndiggjøring**

At statens program for foreldreveiledning kan forstås enten som at utviklingen går mot usikkerhet og umyndiggjøring, eller at tendensen er motsatt med økt frihet til en aktiv orientering og handlingsaktivitet er en spennende påstand. Det er ikke gitt at det samfunnsmessig kan forsvares med ”statlig invadering” av foreldreskapet hvis ikke gode resultater er mulig å påvise. Utfordringen for både foreldre og helsesøstre kan muligens beskrives med begrepet ”tillit”. Er tillit til den andre part tilstede mellom disse aktørene? Foreldreveiledningsprogrammet representerte et tiltak i skjæringspunktet mellom privat og offentlig omsorg. Ulike perspektiver kan forklare en iverksetting av et slikt program forskjellig, og slik kan tiltaket fortolkes både som umyndiggjøring og frisetting (Tjelflaat og Midjo 2000: 30). ”Umyndiggjøring” innebærer her at det gripes inn i ens familie slik at man selv ikke lenger fritt får utforme sin egen oppdragerrolle, og relasjonene innad i familien. Staten forsøker å forme alle etter en mal og det kan oppleves vanskelig å skulle belæres om hvordan man skal tenke i forhold til sine barn. En ”frisetting” er i motsatt fall å få opparbeidet et grunnlag godt nok til å ta sine egne valg om hvordan man ønsker å utforme sin foreldrerolle. Uten refleksjon og bevisstgjøring på sin foreldrerolle, kan det hevdes at det ikke tas frie valg. Programmet kan hevdes å ville bidra til å skape mer bevisste og reflekterte foreldre som har tatt klare standpunkt for hvilken retning de vil søke for sin familie.

Foreldreveiledning som et offentlig prosjekt, orienterte seg mot et ansvarsområde som i vår kultur representerer et særlig privat område; familien forstått som en privat og avskjermet arena hvor foreldres egen råde- og beslutningsrett angående omsorg og oppdragelse av sine barn er sterk (Tjelflaat og Midjo 2000: 30).

Helsesøstrene i de bydeler/kommuner jeg har intervjuet har ikke selv gjennomført kurs direkte ut fra dette programmet, men de har satt seg inn i det og mener at de bruker elementer fra det i sin tilnærming til foreldrene.

Fagfolk planlegger og tilrettelegger møtene med foreldre, og foreldre blir ofte mottakere på fagfolkenes premisser, og tenker ikke over at de kunne vært med på utformingen av samarbeidet. Ingerid Bø (1996) mener det viktigste for foreldre i møte med fagfolk er opplevelsen av mening, innflytelse og støtte. Det fagfolk bør bestrebe seg på, mener hun er vilje og evne til å spørre, å lytte og å undre seg, og ved å bekrefte foreldrene, tolke erfaringer på ny og gi gode begrunnelser. Det nevnte programmet ”Ledet samspill” er ment å skulle brukes på både helsestasjoner og i barnehager for å bedre samspillet mellom foreldre og deres barn. Det gjelder tema som; hvordan man håndterer barnets temperament og hvordan skape en god relasjon mellom forelder og barn, og er stort sett gruppebasert.

Ansvar for barn og unge er først og fremst foreldrenes. Det offentlige ansvar er å legge forholdene til rette, slik at foreldrene får mulighet til å utøve foreldrerollen på en så god måte som mulig. Programmet for foreldreveiledning skal bidra til å skape gode møteplasser der foreldre kan utveksle erfaringer og ta opp spørsmål om å oppdra egne barn. Tilbud om foreldreveiledning og fedregrupper har et forebyggende siktemål og skal bidra til å støtte og styrke foreldrerollen (Barne- og familiedepartementet Q-5/97, i Aanderaa 1998:148).

Tanken om veiledning står sentralt i programmet. Veiledning bør ikke sees som at en fagperson sitter inne med svarene til brukeres spørsmål. Det handler om å få folk til å sette ord på egne tanker, egen kunnskap og egne forslag til løsninger (Aanderaa 1998:155). Fokus skal ikke være på fagpersonens egne meninger og erfaringer, men hos den som blir veiledet. Slik kan veiledning fungere som dialog. Hvordan kunnskapen vurderes og benyttes vil jeg diskutere gjennom oppgaven.

Nå er andre former for foreldreveiledning enn den tradisjonelle på helsestasjonen tilgjengelige. Internett har gitt nye muligheter for kommunikasjon mellom foreldre, og her kan man finne debattsider om de tema innenfor barneomsorg man ønsker å diskutere. Det foregår en erfaringsutveksling som kan tenkes å gi støtte og trygghet til foreldre fordi de lærer om og av andre i samme situasjon. Det er også mange som benytter seg av sider hvor fagfolk bidrar med informasjon og man kan henvende seg til dem over nettet. I slike tilfeller er det ekspertstyrt veiledning som foregår, og det ser ut til å være stor interesse for å få slike konkrete råd fra fagfolk formidlet over internett og uten noen personlig kontakt. Det faller utenfor denne oppgavens rammer å undersøke dette nærmere, men det er et poeng å ha med seg at foreldre i dag har gode muligheter til å finne svar på spørsmål uten å gå til helsesøster. På internett kan du være helt anonym, og det kan tenkes å redusere terskelen for å spørre om

vanskelige ting. Alle har likevel ikke like god tilgang til internett eller kjennskap til disse sidene, det kan neppe sees som en erstatning for helsestasjonens råd og veiledning slik det i dag fungerer. Jeg vil derfor se på hvordan helsesøstre formidler sin veiledning.

## **1.5 Faglig og samfunnsmessig begrunnelse for problemstillingen**

Tone Schou Wetlesen (2004) og Therese Andrews (2002) presenterer begge hvordan det fra 70-tallet har foregått et skifte i ideologi, som viste seg i retningslinjene fra 1998. I dag er det et tilbud med fokus på *empowerment*. På norsk er det kalt myndiggjøring/selvstyrking, og kan defineres som det motsatte av å lete etter problemer og mangler hos dem som skal hjelpes. Det skal i stedet letes fram til muligheter og styrke (Aanderaa 1998:157).<sup>3</sup> Det handler om å overføre makt fra de sterke til de svake. Hvordan dette gjøres, og hvordan det faktisk fungerer er interessant. Det brukes store økonomiske og samfunnsmessige ressurser på å gi tilbud til alle barn. Og mange ressurser kan spares i et langsiktig perspektiv hvis man klarer å forebygge og unngå problemer på et tidlig stadium. Men hvis dette skal oppnås, må tjenesten fungere hensiktsmessig, og i tråd med hva som faktisk passer for dens brukere. Da vil man kunne oppnå bedre oppvekstvilkår og familieforhold, noe som vil være positivt for samfunnet på mange områder, for eksempel styrking av familier og ekteskap, og mindre behov for at barnevernet må gripe inn og hjelpe.

Både foreldreveiledningsprogrammet og fokuset på brukermedvirkning gir et behov for oppdatert kunnskap om dagens familier; hvordan de ønsker å løse sitt hverdagsliv og hvilke behov de har for støtte og veiledning (Aanderaa 1998:153). Jeg ønsker derfor å se på hvordan partene opplever helsestasjonsvirksomheten fra sitt ståsted som mor/bruker eller helsesøster.

En vektforskyvning har funnet sted i retningslinjene for helsestasjonstjenesten. Endringene medfører: At man går fra individ- til grupperettet arbeid. Fra ekspertrollen til løsninger hvor brukeren medvirker i større grad. Fra problemorientering til ressursorientering (Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten: 1998).

Enkelte studier (Andrews 2002) har vektlagt at det ser ut til at det oppleves som konfliktfylt for helsesøstrene å skulle sette de nye retningslinjene ut i praksis. De opplever at foreldrene etterspør konkrete råd og ekspertkunnskap.

<sup>3</sup> Begrepet er i følge Andrews vanskelig å oversette til norsk, fordi en norsk oversettelse ikke fanger alle aspektene, derfor bruker jeg i fortsettelsen ”empowerment.” Det er basert på ideen om at ”undertrykte kan oppnå selvbestemmelse og at barrierer for å oppnå selvbestemmelse kan overvinnnes” (Andrews 2002: 19).



Andrews beskriver hvordan helsesøstre opplever hverdagen sin. Mange føler et behov for å begrense sine forpliktelser overfor mødrene, og det gjør de på ulike måter ved å sette klarere grenser. De ønsker ikke å ta over ansvaret fra foreldrene i deres avgjørelser; for eksempel om barnet kan gå på babysvømming selv om det er litt forkjølet. Det mange kommenterer er at de da spiller ballen tilbake til foreldrene slik at de selv må ta avgjørelsen, men at de kan bidra med informasjon om de temaer det gjelder (Andrews: 40, art 4). Helsesøstre har ikke lenger den distansen som posisjonen ”kontrollør” ga dem før de nye retningslinjene. De må derfor i større grad på eget vis sette grenser mellom deres private og offentlige rolle, og mellom arbeid og fritid (Andrews 2002:42).

Liv Hauge (1982: 21) skriver at ”foreldre som kommer med sine barn til helsestasjonen, bør forlate den med en følelse av at personalet er interessert i deres ve og vel, at de vil støtte dem i deres foreldregjerning, og at de respekterer dem som foreldre.” Dette står ikke i motsetning til at også deres kunnskap som eksperter skal kunne brukes, men jeg antar at det krever en bevisst refleksjon rundt hvordan man kommuniserer.

Poenget er å komme så tidlig med råd og veiledning at en problemfylt situasjon ikke får utvikle seg videre i negativ retning. Veiledningen må gis under hensyntagen til at det profesjonelle personalet er medhjelpere for foreldrene, og må vise respekt for de normer og verdier hver enkelt familie har (Hauge 1982: 21).

Det er her mulig å tenke seg at det ikke er ulik kunnskap som ligger til grunn for foreldres ulike valg, men ulik vektlegging av normer og verdier. Jeg vil derfor diskutere hvordan foreldres normer og verdier preger samhandlingen.

## **1.6 Helsesøsterposisjonen; antakelser om den og dens utvikling**

For å kunne beskrive og forstå helsesøstres praksis, bygger jeg på en idealtypemodell hvor jeg forsøker å vise hvordan retningslinjene for feltet smelter sammen med mange andre faktorer og slik danner et bilde av det som kan tenkes å ligge bak de forskjellige typer praksis som helsesøstre beskriver.

En idealtypemodell som forsøker å fange de rådende tenkemåter innenfor kunnskapsfeltet er ment å gjøre forståelsen av den videre presentasjonen strukturert og nyansert. Jeg viser til en

modell som søker å gripe helsesøsters varierte praksiser og som tilbyr forsøk på å forstå hvorfor praksisene varierer.<sup>4</sup>

## 1.7 Figur 1 Helsesøster-posisjoner i helsesystemet



Rollen som knyttes til posisjonen kan utformes og praktiseres på ulike måter. Det er dette figuren visualiserer. Hva er det som virker inn på den enkelte helsesøsters praksis? Ved å ta høyde for gradvise overganger mellom gamle og nye tenkemåter og praksiser beroende på hvilken generasjon helsesøster tilhører, kunnskap, habitus og et mulig skjult pensum, mener jeg å fange inn noe av forklaringen på at helsesøstre møter mødre på ulike måter, også i dag. Utviklingen går fra at kontroll tidligere var en mer uttalt oppgave til at det nå er økt fokus på empowerment og nedtoning av kontrollaspektet.

Generasjonsaspektet tenker jeg henger sammen med at helsesøstre er opplært i ulike retningslinjer og at ulike erfaringer ut fra hvor lenge hun har arbeidet i feltet. Kunnskap kan være i både praktisk og teoretisk form. Bourdieus begrep om "habitus" kan også bidra til å

<sup>4</sup> "Idealtypen er en teoretisk konstruksjon som skal skape størst mulig begrepsmessig klarhet fra en spesiell synsvinkel, og den er ikke en konkret empirisk representasjon av virkeligheten, og heller ikke en normativ modell. Det vil alltid finnes alternative konstruksjoner av den historiske mangfoldighet avhengig av kulturell betydning og perspektiv. Derfor er det heller ingen absolutt og total sannhet om samfunnet, bare sannsynlige sammenhenger mellom konstruerte segment av virkeligheten." (Sosiologisk leksikon 2001: 123)

forklare helsesøsters praksis.<sup>5</sup> Det som helsesøster har med seg av erfaringer og metoder mener jeg kan forstås som habitus. Habitus kan tenkes å virke strukturerende på helsesøsters handlinger. Mari Rysst Heilman hevder at ny kunnskap bruker lang tid gjennom helsestasjonssystemet før den når ut til foreldrene. Hun forklarer dette med at helsesøstrene har inkorporert kunnskapen i sin habitus og at det er en lang prosess å endre på den (Rysst Heilmann 2000). ”Skjult pensum” kan også være en del av forklaringen, ved at mye av den gamle kunnskapen kan tenkes å være implisitt for de involverte.

Skjult pensum definerer jeg som en form for implisitt kunnskap som helsesøsteren ikke sier åpent til den andre parten at hun baserer seg på. Det bygger delvis på begrepet ”taus kunnskap” fra Polanyi. I ”taus kunnskap” legger Polanyi at ”vi kan vite mer enn vi kan si” (Polanyi 2000: 16). Han problematiserer hvordan vi verken er bevisst alt vi vet, eller utstyrt med muligheten til å kunne uttrykke det. Skjult pensum brukes for å beskrive den kunnskap helsesøster ikke er seg bevisst at hun benytter, men kan også omfatte kunnskap som helsesøster er bevisst, men ikke formidler videre til foreldrene.

Katrine Fangen (2004) mener en samfunnsforsker kan søke etter handlingers egentlige underliggende betydning. Hun beskriver det som å søke ”skjulte sannheter” som ligger til grunn for menneskers handlinger. Et eksempel kan være Friedrich Nietzsches begrep om viljen til makt, som er basert på tanken om at det finnes slike egentlige betydninger (Fangen 2004: 184). Det er det jeg forsøker å bidra med ved å fokusere på et skjult pensum, og se om det ikke bare er den ”rådende” kunnskap som preger helsesøsters praksis.

Nå vil jeg kontekstualisere helsestasjonens virksomhet og mandat, slik Cecilie Basberg slik hun skildrer det i sin doktoravhandling:

Alle familier med barn i Norge i dag får tilbud om oppfølging av barna ved de ulike helsestasjonene. Helsestasjonene skal drive med forebyggende arbeid overfor barn, herunder oppfølging av barnets generelle helsetilstand og utvikling (fysisk, psykisk, mentalt/intellektuelt og emosjonelt). Dette søkes oppnådd gjennom helsestasjonens veiledning av foresatte, tilbud om vaksinasjonsprogram og et gitt antall

---

<sup>5</sup> Definisjon habitus: ”et strukturert og strukturerende skjema for persepsjon, tenkning og handling. Det kan forstås som en aktørs kroppsliggjøring av deler av de historisk produserte strukturene man finner i feltene og i det sosiale rommet. Det vil knytte seg ulike kreative handlingskapasiteter til ulike habitus. Begrepet blir slik et formende og formidlende ledd mellom sosiale strukturer og praksisformer, som både virker som en strukturert og en strukturerende handlingsmekanisme.” (Sosiologisk leksikon: 109) Bourdieu viser hvordan habitus skaper fellestrekk for ulike grupper i ulike posisjoner. Og hvordan habitus preger ens forståelsesverden. (Bourdieu 1995: 187)

helsekontroller. Så å si alle familier med barn benytter seg av tilbudet og er i kontakt med helsepersonell ved helsestasjonen i løpet av barnets seks første leveår (2004: 32).

Kanskje er det viktig å ta høyde for at helsesøstrenes profesjonelle identitet knytter an til generell kompetanse om barn og barns utvikling og erfaringer med normalbefolkningen. (Basberg 2004:43) De besitter ikke så mye kunnskap om de som trenger ekstra oppfølging, men sender dem med store problemer videre i andre systemer. Det kan tenkes å være en grunn til at helsesøstrene snakker mest om velfungerende. For å forstå mer av hva som har foregått av programmer og endringsforsøk i helsestasjonssektoren de seneste tiårene bygger jeg på hva evalueringer av foreldreveiledning i Norge og Sverige har påpekt. Evalueringene danner et bilde av hva man ønsker å oppnå og hvilke problemer som er viktige å gjøre noe med. Foreldreveiledningsprogrammet ”Ledet samspill” var hovedsatsningen på 90-tallet, og var ment å skulle fremme et samarbeid mellom mange etater i kommunene. Helsestasjonen fikk ansvaret for prosjektet, men det fulgte ikke med ekstra ressurser. Mangelen på ressurser beskrives som hovedårsak til at mange kommuner ikke innførte programmet. I de kommuner hvor det ble satt i gang ble det også kortvarig. Programmets hensikter og metoder var også ment å skulle benyttes i det daglige arbeidet som helsesøstrene utfører, og kan derfor bidra til å forstå hvordan retningslinjene skulle settes ut i praksis.

I dette kapitlet har jeg forsøkt å danne et bilde av hva det er som former helsesøsters praksis og hvordan man kan forstå hennes oppgaver. I det neste vil jeg beskrive retningslinjenes føringer for hvordan helsestasjonen skal fungere.

## **Kapittel 2 Helsestasjonen som sosialt system**

Diskusjonen i dette kapitlet vil bygge videre på Therese Andrews sin avhandling om helsesøstres arbeid, og Tone Schou Wetlesens artikkel som drøfter dialogens vilkår i møtet mellom helsesøstre og foreldre. Med det ønsker jeg å oppsummere hvilket bilde som tegnes av helsestasjonens tilstand.

### **2.1 Helsestasjonen som sosialt system**

At det ligger ”et skjult pensum” til grunn i samtalene, og at lite av kontrollen helsesøster utfører foregår eksplisitt er sentrale antagelser for den videre diskusjonen.

Jeg vil konkretisere feltet ved å se det som et sosialt system. For å avgrense et sosialt system må man kunne trekke en grense mellom for eksempel lokalsamfunnets omgivelser og det som hører systemets innenverden til.

Systemets innenverden må videre kunne la seg bestemme ved de relasjoner og interaksjonsforhold som knytter sammen de formative elementer som bygger opp og blir oppbygget av det sosiale systemet. Mengden av slike elementer og de innbyrdes forhold mellom elementene utgjør systemets struktur (Bråten 1998: 156).

Helsestasjonen er organisert med stillinger som er delvis hierarkisk ordnet. Man har en ledende helsesøster i kommunen, og ”vanlige” helsesøstre og assistenter som holder til i ”mottakelsen”. Denne oppbyggingen utgjør systemets struktur. Men en formell beskrivelse fanger ikke nødvendigvis opp de faktiske prosesser, med for eksempel kommunikasjon, arbeidsfordeling og samarbeid som gjør helsestasjonen til et bærekraftig sosialt system (Bråten 1998: 156). Hvordan man betrakter systemet, eller et felt, vil farge hva man legger merke til. Jeg ville nok sett forskjellige aspekter ved helsestasjonen om jeg la fokus på deres kontrollvirksomhet, enn hvis jeg rettet oppmerksomheten på hva de gjør for den fysiske helsen. Hvis fokus ligger på foreldreveiledning stiller det krav til hvordan helsesøstrene innretter sin kommunikasjon. Jeg ønsker derfor å se på hvordan de legger opp samtalene med foreldrene, og redegjøre for teorier og studier som er relevante for å forstå dette sosiale systemets innenverden. Hvilken kunnskap aktørene har og hvordan den brukes er også sentralt.

## **2.2 Ekspert og ekspertkunnskap**

I de nyeste retningslinjer for helsestasjonen forfektes dialog, og helsesøsterens ekspertautoritet nedtones. Man legger opp til en dialogrettet samhandling på mødrenes premisser. Den nye agendaen gjør rollene uklare, både for helsesøster og foreldre. Helsesøster slites mellom å skulle passe inn i den nye rollen som retningslinjene foreskriver, og skape samsvar mellom den rolle de selv og foreldrene forventer at de innehar. De nye retningslinjene svarer kanskje ikke til helsesøstrenes praksis. Spørsmålet blir om helsestasjonen har et formål hvis helsesøstrenes ekspertkunnskap ikke skal komme til uttrykk. Hvis mye av deres grunnlag som eksperter trekkes vekk, hva blir stående igjen? Kanskje en ny form for ekspertise som på andre områder kalles ”coaching.”

Det kan tenkes å også være et skjult pensum som omgir de uttalte forventninger og krav som ligger til foreldrerollen og til god foreldrepraksis. Selv om helsesøstrene ikke uttalt opererer etter slike standarder kan de ligge der implisitt, som standarder som er internaliserte i deres helsesøsterrolle, i deres habitus.<sup>6</sup> Helsesøstrene har kunnskap, forventninger og ”førforståelser” med seg i sine møter med foreldre, det ligger i deres rolle at de ikke stiller med blanke ark. ”Kritikk kan være implisitt i ros. Dersom noe er bra, må noe være ’ikke-bra’” (Solsvik 2004: 70). Det er altså en vanskelig rolle helsesøstrene skal forme. Med den nye ideologien som retningslinjene er basert på, har helsesøstrene mistet endel av autoriteten som lå i rollen, men de har fremdeles en kontrollfunksjon. Det kan bli en uoverensstemmelse mellom at det finnes foreldre som ikke mestrer sin oppgave, og helsesøsters muligheter til å forandre på det. De har en klar rett og plikt til å bryte inn når det kommer til omsorgssvikt, men det er mer uklart hva de gjør for eksempel når de ser dårlig samspill eller andre ”problemer” av ikke alvorlig karakter. Som jeg vil vise i analysedelen, mener helsesøstrene at de er opptatt av slike problemer, og at de forsøker å skape rom for å ta dem opp.

Rapporten om foreldreveiledning viser til at foreldre i økende grad har etablert kontakt med ulike offentlige arenaer og fagfolk. Både helsestasjon og barnehage er blitt en sentral del av småbarnsforeldres hverdag. Møtet mellom foreldre og fagfolk skjer innen en formalisert kontekst med en tilhørende ekspertkultur. I lys av sin utdanning, kompetanse og stilling hevdes det at fagfolk er i en rolle som ekspert overfor foreldrene. Samhandlingen mellom foreldre på den ene siden og pedagogen, sosialarbeideren eller psykologen på den andre siden er da også tradisjonelt forstått som en relasjon mellom den ukyndige og eksperten (Tjelflaat og Midjo 2000: 40). Innen et slikt perspektiv vil profesjonene hevdes å inneha både et kunnskapsmonopol og et definisjonsmonopol. Det bringer med seg avhengighet til profesjonell hjelp, og man lærer opp til å tro at man må underkaste seg fagfolks hjelp for å løse små og store problemer. ”Foreldrene må for eksempel innordne seg de rådende oppfatningene om hva som er rett og galt i barneoppdragelse og barneomsorg. Hjelp og støtte på foreldrenes premisser framstår som vanskelig å realisere innen dette perspektivet” (Tjelflaat og Midjo 2000: 40). Kanskje oppstår det ikke en ekspertavhengighet for så mange, men det kan i hvert fall tenkes at foreldrene stoler mer på fagfolkens råd enn egne antakelser.

---

<sup>6</sup> se presentasjonen knyttet til figur 1

Med en klarere empowerment-ideologi kan man forsøke å utfordre relasjonen mellom fagfolk og foreldre ved at den profesjonelle er gitt en annen rolle og posisjon i samhandlingen. Dette knytter an til ulike former for motmakt-bevegelser, hvor begrepet myndiggjøring/empowerment er det sentrale trekket ved samhandlingen. Da gis brukeren muligheter for å påvirke problemforståelsen rundt sin egen situasjon og velge hvilke virkemidler som skal forsøkes for å løse problemet. Fagfolk får slik nedtonet sin rolle til å fungere som støttespiller (Tjelflaat og Midjo 2000: 40). Som jeg tidligere har vært inne på mener Andrews at det kan omgjøre makten fra en form til en annen når man gjør slike endringer. I det at brukeren selv skal få påvirke problemforståelsen ligger det også krav til at brukeren forstår hva han er med på hvis han skal mestre det. Brukeren skal altså veiledes til å hjelpe seg selv. Derfor vil jeg se nærmere på hva som ligger i veiledning.

### **2.3 Synliggjøring av helsestasjonens idealer**

Jeg antar at den norske morspraksis- og helsestasjonsideologi er tilpasset hverandre mens man mellom de fremmedkulturelle og helsestasjonen finner større forskjeller. Kan det være at ”mødrene vet best selv, så lenge det stemmer med hva *helsesøstre* vet best?” Alle vet best så lenge de ikke er innvandrere og har en annen barnekultur? Er rammebetingelsene for å være en god forelder synliggjort eksplisitt av helsestasjonen? Hvis alle skal kunne delta på premisser som er styrt av demokratiske idealer antar jeg at det avhenger av eksplisitte forventninger til foreldrene. Det er ellers lett å ta for gitt at ”vårt norske” tankegodt er allmenngyldig. Vår kultur påvirker hvordan vi forstår barneomsorgen, og det må helsesøstre reflektere over i møte med andre kulturer og tradisjoner.

Man kan tenke seg at mor er privat, og at hun er bærer av det private livsrom samtidig som hun virker innenfor føringer som også gjelder for helsestasjonen, nemlig den rådende forståelse av spedbarnstiden. Og hvis hun er en velfungerende mor fungerer oppstår det ingen konflikter, men avvik, det som defineres som annerledes, går ikke bra. Det kan skapes en negativ spiral, hvor det er de velfungerende som får best støtte, og de som trenger hjelp faller utenfor med de metoder som benyttes.

Hvis man likevel ønsker seg helsesøsters viten satt opp mot foreldrenes kunnskap og erfaringer, kan løsningen på utfordringen være dialog. Det som ligger innbakt i systemet om hva som er rett og galt blir lite eksplisitt formulert og presentert for brukerne, men de har nok

uansett en forventning om at det ligger en form for vurdering innbakt i samtalen med helsesøster. Et fundament med en som vet – og en som ikke vet, er en for enkel beskrivelse av forholdet mellom helsesøster og forelder. Det er lagt opp til et mer gjensidig forhold, hvor også mødrene kan bidra til å utvide helsesøsterens horisont, fordi de kjenner barnet best. Hvis det er lite konflikter kan det være fordi alle kan få gjøre det på sin måte, innenfor de felles måter som ligger der som en standard.

## **2.4 Kunnskap**

Møter mødre i dag økte kunnskapskrav fordi det kan hevdes at vi lever i et kunnskapssamfunn? Et eksempel på at vi lever i kunnskapssamfunnet er at tanken på å bli gravid og mamma er forbundet med et tyngende ansvar. Som vitne til den enorme kunnskapsutvekslingen som foregår i ”alle kanaler” om hva som til enhver tid er bra eller ikke, kan det skapes et bilde av at man må være oppdatert. Frykt for å ikke kunne nok er kanskje det som gir et behov for å delta i kunnskapsfeltet. En sosialiseringssprosess som leder inn i morsrollen ser ut til å være virksom. Kanskje er det slik at når kvinner blir gravide, øker deres trang til kunnskap om barnestell? Etter hvert får de erfaring i morsrollen, og er fremdeles kunnskapssøkende, men har opparbeidet seg mer kjennskap til hva som kreves. Det interessante er at mødrene selv sier det er de første ukene etter fødselen det er mest trygghet i og behov for helsestasjon, for da er alt nytt og man mangler oversikt. Etter noen måneder er mødrene tryggere på sin rolle og sine oppgaver, og når de får barn nr to er behovet langt mindre. Kunnskapen har økt i takt med økt kontakt med feltet. Via barselgrupper og andre informasjonskanaler man benytter seg av, være det seg internettforumer eller spedbarnsbøker, blir mødrene mindre usikker på hva som forventes og slik kan de bli tryggere på sin morsrolle.

Foreldreveiledningsprogrammet kan knyttes til endringer i forståelsen av foreldreskap og foreldrekompetanse. I evalueringen av programmet hevdes det at:

I et historisk perspektiv har foreldreskap endret seg fra ”naturlig” del av voksenlivet til et valg man gjør. Tilsvarende har forståelsen av foreldrekompetanse endret seg fra en gitt og nærmest iboende kompetanse – spesielt hos kvinner – til en kompetanse som må erverves gjennom spesiell trening eller opplæring, hevdes det i evalueringen (Tjelflaat og Midjo 2000: 76).



Det er jo ikke slik at man i tidligere tider kunne mer om barneomsorg enn man kan i dag, men i takt med at samfunnet har endret seg til å bli et kunnskapssamfunn har alle oppgaver fått sterkere krav til å basere seg på tilgjengelig kunnskap. Begrunnelsen for programmet er knyttet til hvordan endrede samfunnsforhold på den ene siden skaper usikkerhet i den daglige oppdragelsen og omsorgen for barn, og på den andre siden skaper dette behov for en mer kunnskapsbasert foreldregjerning. Foreldrekompetanse vil dermed kunne framstå som en form for spesialkompetanse. Hvordan helsestasjonen vurderer denne kompetansen vil jeg nå se nærmere på.

### **2.4.1 Legitim kontroll og autoritet**

Hvordan fremstår helsestasjonen i dag? I følge Andrews (2002) er både språk og konsepter med på å forme virkeligheten. De kan også være med på å skjule virkeligheten. Hvordan helsestasjonen beskriver seg selv og sine oppgaver er derfor interessant. Helsestasjonen har fremdeles et ønske om å ”oppdra foreldre” i riktig retning, og det at de kaller foreldrene for eksperter kan skjule hva som faktisk ligger i relasjonen, og slik muliggjøre en fortsatt asymmetrisk maktrelasjon (Andrews 2002: 20, art 2). Både i Norge og internasjonalt er man innen helsevesenet opptatt av å redusere den profesjonelle autoriteten og kontrollen. Men kanskje mangler man en diskusjon om legitime og illegitime former for profesjonell autoritet og kontroll. Fokuset på kontroll blir i stedet ensidig negativt, hevder Andrews. Hun støtter seg på Sennett som mener ”autoritet som en måte å uttrykke omsorg er ikke fullt ut anerkjent. Noen former for kontroll er også nødvendig for å beskytte de mest sårbare i vårt samfunn, våre barn” (Andrews 2002: 22, art 2). Helsesøster kunne fått muligheten til i sterkere grad å være en autoritet, hvis man anerkjente at en legitim form er mulig og ikke ødeleggende når man vil styrke foreldre i deres oppgaver. Helsesøstrene i mitt materiale påpeker alle at de ikke ønsker å inneha en kontrollfunksjon. Det virker som om de ser på det som illegitim rolle. Mødrene er derimot fornøyde med å bli kontrollert, for dem er dette kanskje nettopp helsesøsters legitime rolle.

Andrews bygger på Foucaults teorier, i det han hevder at både det å gi og å samle informasjon er teknikker hvor makt utføres (Andrews 2002: 21, art 2). Makten virker når det gjøres forsøk på å overbevise foreldre om å holde seg til definerte standarder for ”godt” og ”dårlig” foreldreskap, og ”sunne” og ”usunne” livsstiler. Helseundervisning er aldri nøytral, hevder Andrews. Dette vil jeg bygge på i analysen, når jeg diskuterer helsesøstres fremgangsmåter.

Hvis det å skape dialog og motvirke makt er et siktemål må man ut fra et slikt perspektiv klargjøre hvilken informasjon man baserer seg på og hvilken overbevisning som ligger til grunn. Formålet med foreldreveiledningsprogrammet var å styrke den individuelle kompetansen hos foreldrene. Som et forebyggende tiltak skulle man styrke og utvikle en omsorgskompetanse som skulle gi foreldre større selvtillit i foreldrerollen.” En bærende ide i programmets intensjon om å styrke foreldrene i deres omsorgs- og oppdragerrolle, var å formidle forskningsbasert kunnskap om barn, barneomsorg og oppdragelse” (Tjelflaat og Midjo 2000: 35). Hvis foreldre skal kunne delta i samtalene med helsesøster må de ha en kunnskap og kompetanse som gjør dem i stand til det. Og da er det bra at fokus også ligger på å bygge opp kompetansen, og ikke bare ta den for gitt. Men kunnskap er aldri nøytral eller gitt, det vil bli et utvalg av tilgjengelig kunnskap som presenteres for foreldrene. Det er ikke sikkert at det blir formidlet et syn på oppdragelse som nødvendigvis korresponderer med foreldrenes.

Helsestasjonsvirksomheten har endret seg de siste ti årene, det ser man både i retningslinjene og i helsesøsters oppfatninger om sitt arbeid. Men disse endringene har ikke nødvendigvis endret maktreasjonene eller ført oss nærmere et likestilt forhold mellom profesjonelle og foreldre. Kontrollaspektet er ikke presentert like synlig som tidligere, men det er en like sentral del av utførelsen av tjenesten, påstår Andrews (Andrews:23, art 2). En viktig endring er derfor at kontrollaspektet bare har tatt en annen, mer skjult form.

#### **2.4.2 Gjensidig samtale**

Ideen om den gjensidige samtale endrer på det å være en autoritet i kraft av sin posisjon. Hva skjer hvis partene i stedet blir usikre på sine roller? Hvordan klarer partene å kombinere ekspertisen med mødrenes kjennskap til barnet? Legitimitet, og at agendaen ikke uttales eksplisitt er viktige aspekter å se nærmere på for å forstå den nye ideologien. Helsesøster forsøker å skape seg en legitim rolle i møtet med foreldre, og det er i dag mer uklart hvordan hun skal gjøre det. Tidligere var hennes kontrolloppgaver med på å bygge opp legitimiteten rundt hennes arbeid, og det var eksplisitt uttalte mål og oppgaver for virksomheten. Når de i dag må forholde seg til mer uklare retningslinjer, tar prosjektet en mer individuell form. Dette knytter an til en forståelse av kunnskap som delt i ulike former, noe jeg kommer tilbake til under teoripresentasjonen. Hvis kontrollen foregår skjult blir det vanskelig for mødrene å vite hvilke premisser helsesøster legger til grunn.

## 2.5 Indirekte kontroll

Foreldrenes kompetanse får stor betydning med den praksis helsestasjonen i dag legger opp til. For å delta på de premisser som foreldre møter der, må de beherske kunnskap om rådende oppfatninger av barneomsorg. Det setter også krav til evnen til å samtale med andre på en måte som kan oppleves som krevende. Det krever mer av mødrene å delta i samtalene nå, og for enkelte kan det bli vanskelig. Mens det før var et innarbeidet og kjent mønster for hvordan samtalene foregikk, er de nå åpne og opp til mødrene selv å styre hva som skal tas opp og hvordan. Det blir mye mer uklart hva som forventes. Et resultat kan være at man får lite ut av samtalene fordi de ikke handler om noe konkret. Mange tema som med fordel kunne vært tatt opp til diskusjon kommer aldri opp fordi helsesøster ikke skal styre. Ofte vil det nok være lettere å snakke om ting hvis helsesøster innleder med spørsmål. For mødrene blir deres egne rutiner så hverdagslige at det krever refleksjon å klare å se hva man bør fokusere på. Helsesøstrene kan kanskje lettere spørre seg frem til hvordan ting fungerer ved hjelp av sin erfaring og viten. Men da kan det også skapes en sterk maktposisjon. Mor kan vippes av pinnen, og kanskje føle nederlag i situasjonen hvis hun ikke er forberedt på formen for samtale.

Helsesøster er der for å støtte og delta i det som blir tatt opp. Men de kan ha en annen agenda enn den de forteller om. I stedet for å stille klare og utvetydige spørsmål om hvordan ting fungerer, blir det ofte "lurespørsmål," som de bruker for å finne ut av foreldrenes vaner, men på en indirekte måte. En måte å gjøre det på er når barna er blitt store nok til å kunne snakke. Da kan de henvende seg til barna med spørsmål som barna ikke er i stand til å svare ordentlig på, som "hva er det beste du vet å spise da, lille venn?" Eller "hva drikker du når du er tørst da?" Det skaper ubehagelige situasjoner for mødrene hvis barna svarer ting man ikke ønsker de skal si. Barnet fremstår som et sannhetsvitne, men er det kanskje sjelden. Barn har mange måter å forstå et spørsmål på.

Dialogisk kontrakt er et begrep presentert av Karsten Hundeide, og viser til at barn føler seg forpliktet til å svare på de spørsmål de blir stilt (Hundeide 2004: 42). Det er relevant for å forstå at når helsesøstre stiller spørsmål til barn, når de spør om deres hverdagsvaner og lignende, så svarer ikke barna nødvendigvis korrekt. Hundeide poengterer at hvordan barnet svarer henger sammen med hvilken scene barnet konstruerer for seg selv når det forestiller

seg spørsmålet. Når barnet blir spurt om hva det liker å spise til middag, vet man ikke om barnet svarer det de liker best, det de ønsker seg mest, men aldri får til middag eller det de hadde i går. Å styre samtalen med sånne grep, vil kunne være ubehagelig for mor. En mor fortalte meg at på 4-års kontrollen ble datteren spurt om hva hun likte å spise til middag, ganske spontant svarte jenta pølser i lompe.<sup>7</sup> Moren følte seg ille til mote, og forsøkte å hjelpe henne til å si at hun også likte fisk og grønnsaker. Da fulgte helsesøster opp med å spørre jenta om hun likte erter, og jenta så på moren og spurte hva erter var. Denne jenta var egentlig glad i erter og spiste det ofte, men hun husket ikke navnet på erter. Denne fortellingen mener jeg illustrerer hvordan det er feil å legge opp en samtale om matvaner som tilsynelatende hyggelige spørsmål til barna, hvis målet er å styrke moren.<sup>8</sup> I stedet kan det bli en indirekte kontroll som oppleves ubehagelig.

Denne form for samtale synes å bryte med intensjonene i de nye retningslinjene, og kan være et eksempel på illegitim kontroll. Det kan skape en følelse av å ha blitt sjekket, uten selv å få delta, eller bestemme premissene. Denne indirekte kontrollen er et utslag av nyere former for samtale. Hvis mødre heller kunne få svare for hvilke rutiner og meninger de har, som i dette nevnte tilfellet med mat, hadde man fått en mer åpen dialog. Når mødre ikke selv blir spurt blir det vanskelig for dem å mene at de kan delta med sine erfaringer. Usynliggjøring eller nedtoning av maktforholdet kan ta en slik uønsket vending hvis ikke helsesøstrene er seg bevisste på sin nye rolle. Dette knytter an til hvordan både Foucault og Andrews mener innhenting av informasjon og det å bringe den videre er potensielle maktsituasjoner. Helseundervisning vil alltid innebære et utvalg av den store mengde kunnskap som finnes på feltet, men vil kanskje bli presentert som allmenngyldig. Maktens rolle i feltet er ikke nødvendigvis synlig for noen av partene.

## **2.6 utfordringer med dialog**

Schou Wetlesens artikkel fra 2004 ga meg et akademisk blick på helsestasjonen. Med mine egne praktiske erfaringer i ”ryggsekken,” var den en mulighet til å gripe an til en ”vitenskapelig” forståelse av det feltet jeg deltok i. Schou Wetlesen presenterer en historisk oversikt over helsestasjonsfeltet, men har et problematiserende blick på foreldreveiledningens teori og praksis før og nå. I foreldreveiledningen ligger det at ”profesjonelle gir informasjon og råd til foreldre om hvordan de skal stelle og oppdra barna sine. Ekspertene forventes å

<sup>7</sup> I en samtale som dreide rundt temaet i oppgaven min. Denne moren er også sosiolog.

<sup>8</sup> Et underforstått press i retning av de svar man ønsker seg har jeg selv også erfart, som: ”Smokken bor vel i senga?” og ”TV ser hun vel ikke mye på, nei..”

forvalte en kunnskap som foreldre bør få del i” (Schou Wetlesen 2004, side 113). Det interessante er hvordan denne veiledningen foregår; om helsesøsters ”kunnskaper og verdioppfatninger kan få en status som fører til at foreldre overtar deres tenkemåte og skyver intuisjon og egen fornuft til side.” I slike tilfeller kan helsesøster da sees som en modellsterk part som utøver modellmakt overfor modellsvake foreldre (Schou Wetlesen 2004:113).

I så fall får ikke foreldrene sjansen til å delta med egne erfaringer og kunnskap, men blir passive tilhørere. I situasjoner hvor foreldre er deltakende, når foreldreveiledning som foregår på en ikke-dirigerende måte, vil man legge til rette for erfaringsutveksling mellom veileder og foreldre. Veiledningen blir preget av dialog, og står i motsetning til Bråtens teori om modellmakt. Ved å legge hans perspektiver til grunn kan man få en innfallsport til de konflikt- og spenningsfylte momenter som ligger i foreldreveiledning (Schou Wetlesen 2004: 114). Schou Wetlesens artikkel viser hvordan normer, virkelighetsoppfatninger og praksiser, som har vært rådende i foreldreveiledningen i ulike epoker fra 1900-tallet og frem til de nyeste reformene på 1990-tallet, stadig har vært i endring. Det danner et grunnlag for å vurdere hvordan veiledningen foregår i dag, og hvordan reformene fra 90-tallet har medført endringer.

Foreldreveiledningsprogrammet har som premiss at psykososiale problemer hos barn og unge kunne knyttes til hvordan foreldrene mestret sin foreldrerolle. Det kan innvendes at en slik problemforståelse er overforenklet, og at man ved hjelp av et slikt allment tilbud kanskje ikke når frem til de som trenger det mest. Det kan være vanskelig å nå ut til gruppene som sliter mest, og disse gruppene ville kanskje trengt ekstra hjelp for å delta. For eksempel trenger de kanskje mer informasjon eller motivering for å møte opp. Dette gjelder både de som ikke mestrer de krav og forpliktelser foreldrerollen fører med seg, og innvandrereforeldre som kan ha andre verdier og normer med seg fra sin kultur. En evaluering av foreldreveiledningen utført på statlig initiativ anbefaler at kommunene utvikler et mer differensiert foreldreveiledningsopplegg slik at alle som ønsker hjelp får et likeverdig faglig godt tilbud (Tjelflaat og Midjo 2000: 77).

I Norge startet forsøk med gruppemøter for foreldre på 70-tallet, og fra begynnelsen av 80-tallet ble det vanlig rundt om på helsestasjonene. I løpet av disse tiårene ble foreldreveiledningen mer dialogisk innrettet. Helsepersonalet skulle ikke lenger inneha en ekspertrolle og gruppestrukturen skulle åpne opp for vektlegging av foreldres erfaringer og kunnskap. På midten av 90-tallet ble foreldreveiledningen gjort til et nasjonalt

satsningsområde. Men utover at eksperter skulle lage materiale til bruk for personale og foreldre, ble det ikke tilført ekstra ressurser.

Faglig og ideologisk sett blir den ressursforsterkende modellen videreført idet veiledningen har som målsetting å styrke og støtte foreldre i deres rolle som oppdragere og omsorgspersoner for egne barn, og man skal ta utgangspunkt i foreldrenes egne ressurser og behov for støtte slik at de kan stole på egen betydning, intuisjon og følelser i samhandling med barna” (Departementet 1995, i Schou Wetlesen 2004: 128).

Vekten ligger på å styrke foreldrene gjennom dialogisk kommunikasjon, i samsvar med intensjonene fra 70-tallet, i tillegg til fokus på samspillet mellom foreldre og barn. En sensitivering av foreldrenes respons og stimulering i forhold til barnet er uttalte mål. Foreldrene skal selv bli oppmerksomme på hvordan de og barnet best forholder seg til hverandre, og få tilpasse samspillet etter hva som faller naturlig mellom seg og barnet. Helsepersonale skal hjelpe dem i forhold til bevisstgjøring og vurdering av hvordan det fungerer.

Den skjeve kjønnsbalansen innenfor dette feltet er tankevekkende. Det er i hovedsak menn som utformer teorier og instruksjoner, mens kvinnene setter dem ut i praksis, som helsesøstre eller mødre (Schou Wetlesen 2004: 133). Det er i foreldreveiledningsprogrammet lagt opp til at fedrene skal delta, og en satsing på fedregrupper på menns egne premisser. Det ble lite synlige resultater ut av satsingen. Fra statlig hold er det uttalt at man ønsker å få i gang nye tiltak for å få fedrene til å delta i foreldreveiledningen (Tjelflaat og Midjo 2000). Jeg stiller spørsmålet om endrede retningslinjer nødvendigvis medfører den samme endring i praksis? Det setter krav til både helsesøstre og foreldre om å mestre den form for dialog som det legges opp til.

## **2.7 Samtalens form: frigjøring?**

I hvilken grad partene mestrer formen for dialog, er hva Therese Andrews ser nærmere på i sin avhandling.<sup>9</sup> Empowerment-modellen, som er den ideologiske bakgrunnen for dagens retningslinjer, går ut på å redusere forskjellen i makt mellom eksperter og lekfolk. Dette skal gjennomføres ved at problemstillinger skal være basert på erfaring, mer enn på teoretiske resonnementer. Fagfolk anbefales å etablere relasjoner basert på demokratiske idealer og en

---

<sup>9</sup> ”Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten.”.

herredømmefri dialog (Andrews 2002: 22). Her blir Habermas sin teori om offentlig kommunikasjon aktuell. Begrepet herredømmefri dialog forstås hos Habermas som fri, fornuftig argumenterende og demokratisk. En slik dialog kan blokkeres av maktforhold og særinteresser. Det han kaller kommunikativ handling er det man søker å oppnå. Da er koordineringen av handlingsplaner på grunnlag av felles definisjoner av situasjonen sentral (Korsnes, Andersen og Brante 1997: 110).

Andrews hevder at ønsket om å redusere presset på tjenesten ble oppgitt som en viktig grunn til at foreldre ikke burde få svar på alle de spørsmålene de stiller. Det kan føre til at foreldre ikke får den hjelpen de mener at de trenger. Hun påpeker også det problematiske med at i stedet for en reell omfordeling av makt mellom profesjonelle og foreldre, kommer makten til uttrykk på andre måter enn tidligere. En ny behovsdiskurs skapes, hvor profesjonelle definerer foreldres behov, og gir til kjenne en situasjonsforståelse som avviker fra den foreldre selv presenterer (Andrews 2002: 58).

Den formen for makt og kontroll som utøves i helsestasjonstjenesten i dag, kan derfor være mer problematisk enn den tradisjonelle, fordi den blir usynlig både for den som utøver kontrollen, og den som kontrollen utøves over. I slike situasjoner er det viktigste at makt- og kontrollutøvelsen er tilgjengelig for kritikk (Andrews 2002: 60). Andrews påpeker at den ideologien som dominerer helsestasjonen i dag, ikke nødvendigvis er den eneste rette. At man motvirker en form for makt, gjør kanskje bare at en annen oppstår.

Det kan tenkes helsesøster fremdeles påvirker hvilke tema det fokuseres på, hva som anses som problemer og slik har en form for definisjonsmakt, eller modellmakt. Rysst Heilmann (2000: 148) har i sin hovedoppgave skrevet om kunnskap og tradisjon innen barneomsorg, og intervjuet både helsesøstre og foreldre. Hun peker på en "konservatisme" som gjør seg gjeldende ved at begge grupper baserer seg mer på tradisjon, enn den kunnskap og veiledning staten ønsker å formidle. Den statlige politikk, og med den nyere forskning, kommer vanskelig frem til foreldrene gjennom de kanaler som staten har til rådighet. Hun forklarer dette med at helsesøstrene har tradisjonelle modeller som del av sin habitus. Den manglende tilegnelse av nyere kunnskap sees av henne som et tegn på motstand, og relasjonen mellom fagfolk på lokalt og statlig plan som en maktrelasjon. Også foreldre viste en form for motstand ved å ikke ta inn over seg helsesøstres råd og modeller, eller ved å ikke ville diskutere aspekter som de visste helsesøster ville være uenig i. Ny kunnskap har ikke fått en

fremtredende posisjon, det er et tradisjonelt regelmessighetsparadigme som dominerer, og hun hevder at det bærer preg av modellmakt. (Rysst Heilmann 2000:12)

Både modellmakt og symbolsk makt vil være sentrale begreper for å forstå hvordan makten i feltet er tilstede. En dominanssituasjon kan tolkes som et uttrykk for symbolmakt. Bourdieus begrep om symbolsk makt beskriver hvordan makten bare virker når de involverte ikke er klar over at den er der.

Makten virker bare når den anerkjennes, det vil si når det vilkårlige ved den miskjennes. Det betyr at den symbolske makten ikke bor i de ”symbolske systemene”, men at den definerer seg i og gjennom et bestemt forhold mellom de som utøver makt, og de som makten utøves på, det vil si i selve strukturen til det feltet hvor tro produseres og reproduseres. Det som gir ord og ordrer makt, er makt til å opprettholde eller undergrave orden, det er troen på ordenes og talerens legitimitet (Bourdieu 1996: 45).

Helsesøsterens legitimitet skapes da av mødrenes tro på hennes ord. Som jeg tidligere har diskutert er det i mange tilfeller ikke slik at helsesøsterens kunnskap kan sees som en fasit, og det kan være et poeng når man vil motvirke symbolsk makt.

Å ødelegge den makten over symbolsk tvang som er grunnlagt på at den ikke erkjennes fordrer bevisstgjøring om det vilkårlige ved den, det vil si at den objektive sannheten avsløres og troen tilintetgjøres. (Bourdieu 1996: 47)

Helsesøster har legitimitet i den forstand at hennes utdanning og erfaring har gitt henne kunnskap om barn og barneomsorg. Kanskje følger likevel ikke alle hennes råd og oppfatninger myndighetenes anbefalinger. Den eventuelle symbolske makt som preger møtet mellom helsesøster og foreldre kan være det jeg beskriver som ”skjult pensum.” Mye av hennes rolle antar jeg har legitimitet også hvis man synliggjorde dens basis, men det kan være at ikke all hennes praksis er like godt basert i rådende kunnskap og retningslinjer.

Helsesøsterens makt i relasjonen til foreldre kan tenkes å være avhengig av foreldrenes kunnskap og ressurser.

Det finnes i følge Andrews lite forskning og eksplisitt refleksjon rundt hvorfor det er nødvendig å innføre en frigjøringsideologi i helsestasjonstjenesten. Har foreldre vært undertrykket?



Empowerment-tenkningen bærer i seg ideer om at de tradisjonelle forskjellene, blant annet i kunnskap, mellom fagfolk og lekfolk bør rives ned. I relasjonen mellom helsesøstre og foreldre finnes det imidlertid ikke et generelt kunnskapsgap som skal tettes (Andrews 2002: 57).

Det gjennomsnittlige utdanningsnivået i befolkningen har økt, i dag tar over 60 % prosent av kvinnene høyere utdanning (Aanderaa 1998). Det betyr at også den sosiale avstanden mellom helsesøstre og foreldre er redusert. Andrews hevder at den ideologien som dominerer helsestasjonsvirksomheten i dag, ikke nødvendigvis er det beste alternativet. Da er det interessant å se nærmere på hvordan ideologien påvirker helsestasjonens virksomhet i dag, og hva slags kunnskap som styrer virksomheten.

## **Kapittel 3 Helsestasjonsvirksomhet i lys av teorier om makt, kunnskap og dialogisk samhandling**

Helsestasjonen er ment å skulle styrke foreldrene i deres foreldregjerning. For å få det til må helsesøstrene ha metoder for å samtale med og veilede. Jeg vil derfor i dette kapitlet presentere de ulike teorier som jeg vil vektlegge i analysen av datamaterialet. Jeg innleder med å diskutere foreldreveiledningens bakgrunn. Så kommer teorier om menneskets evner og måter å samhandle på, når det gjelder spesielt oppdragelse og selvtillit. Deretter følger teorier om ulike former for makt og kunnskap. Herunder står modellmakt og en todeling av kunnskapsformer sentralt.

### **3.1 Bakgrunn og innledning til empiri**

Barne- og familiedepartementet kom i 1998 med et foreldreveiledningsprogram som skulle gjennomføres på helsestasjoner og i barnehager. Det var ment å skulle bidra i forhold til å skape gode relasjoner innad i familier, ved hjelp av å øve seg og snakke sammen i grupper. Som bakgrunn for programmet lå en tanke om kvaliteten på forholdet innad i familien som avgjørende for barns psykiske helse.

I utviklingen av tilbudet forutsettes det at en tar utgangspunkt i foreldrenes egne ressurser og behov for støtte slik at de kan stole på egen betydning, intuisjon og følelser i samhandling med barna. Ikke minst er dette viktig av hensyn til barnas sosiale utvikling og tilpasning til å møte og mestre dagens og fremtidens samfunn. Oppvekstvilkårene i familien er grunnleggende for barns identitetsdannelse, ferdighets- og kompetanseutvikling. Å fange opp foreldrenes egne spørsmål om barns omsorg og utvikling og gi svar som bygger på foreldrenes egen kompetanse, vil være

et viktig bidrag i forebygging av psykososiale vansker hos barn og unge (Tjelflaat og Midjo 2000: 23).

### **3.1.1 Statens rolle når det gjelder forhold i den private sfære**

Det som var nytt med Foreldreveiledningsprogrammet fra 1998 var at et offentlig tiltak orienterte seg mot omsorgsdimensjonen, som et allment tiltak. Det kan tolkes som uttrykk for en utvidelse av området for hva det offentlige tar tak i. Om dette hevdet Kristin Clemet at dette var en familiepolitikk preget av intervensjon i familiens indre liv med innsnevring av den enkelte foreldres råde- og valgrett.<sup>10</sup> Mens Grete Berget var av motsatt mening, og så det som et ledd i en familiepolitikk som ga den enkelte familie og forelder større valgfrihet (Tjelflaat og Midjo 2000: 30). Slik kan man se det Clemet representerer som liberal ideologi og restriktiv statsoppfatning, mens Bergets tilnærming er sosialdemokratisk og har videre grenser for hva som er statlige oppgaver. Barne- og familieministeren i 2005, Laila Dåvøy, sa at hun mener staten har et viktig ansvar.

Jeg mener at vi alle har et felles ansvar for den kommende generasjon. Barnekonvensjonen er klar på dette punktet: I konvensjonen § 18 heter det blant annet at myndighetene skal yte egnet bistand til foreldre i barneoppdragelsen for å garantere og fremme barns rettigheter etter barnekonvensjonen ([www.odin.dep.no](http://www.odin.dep.no)).

Hvis det er utgangspunktet blir det sentrale å jobbe frem metoder og yte bistand slik at den støtter opp om, og ikke krenker foreldrene. Bakgrunnen for programmet lå i en bekymringsfull økning av barn med psykososiale vansker. Dette ønsket staten å gjøre noe med på individnivå, hvor man tenkte seg at ved å styrke den enkelte forelder kunne man forebygge slike problemer. Problemene som samfunnet står overfor ble relatert til den samfunnsmessige utviklingen. Barneomsorg og oppdragelse er i dag ofte forstått som vanskeligere enn tidligere å ivareta, på grunn av ulike utviklingstrekk innen samfunns- og familieliv. Det gjelder tendenser som foreldres økte deltakelse i yrkeslivet, endrede familieformer og barns økende tid på offentlige arenaer. Foreldrerollen må dermed i økende grad utøves i samarbeid med andre voksne som har ansvar for barnet.

Samfunnets endringstakt, bo- og flyttemønster samt foreldres yrkesaktivitet utfordrer vårt syn på hvordan foreldrekompetansen erverves. I et historisk perspektiv ser vi hvordan omsorg- og oppdragelsespraksiser er relatert til den samtid barn vokser opp i (Tjelflaat og Midjo 2000:33).

---

<sup>10</sup> Kristin Clemet representerte partiet høyre og Grete Berget representerte Arbeiderpartiet.

Muligheten til erfaringsutveksling mellom generasjonene er også vanskeligere nå, men der ligger det samtidig et stort støttepotensial. I mitt datamateriale forteller mødrene at de fremdeles mener den nærmeste familie er til god hjelp når de har spørsmål eller utfordringer i forhold til barneomsorgen. De spør familien om hjelp og råd før de tar kontakt med helsestasjonen. De vektlegger også venner som sentrale støttespillere, men naboene er kanskje ikke like ”nære” som de har vært i tidligere tider.<sup>11</sup>

Samfunnets utviklingstendenser kan forstås på ulike måter. Noen ser det som tegn på oppløsningstendenser, hvor svakere innflytelse fra normer, tradisjoner og verdier vil true barnets identitetsdannelse. Men knyttet an til et historisk-kulturelt perspektiv forstås endringene som naturlige, våre bilder av barn, foreldre, omsorg og oppdragelse har alltid vært i endring. Dagens barnebilde kan sees som å være på vei til en større kompleksitet som tar mer hensyn til både barns behov, interesser og rettigheter (Tjelflaat og Midjo 2000 :34).

Samlet sett kan foreldrekompentansen i dag i større grad enn tidligere forstås som fristilt, og et individuelt omsorgsprosjekt. Dette betyr ikke en foreldrekompentanse uten kulturelle krav eller standarder, men at foreldrekompentansen mer blir en form for refleksiv individuell prosess som den enkelte familie må ta stilling til. Refleksjoner og handlinger svinger mellom samtidens generelle kunnskap om omsorg og oppdragelse, og det konkrete barn i sin kontekst (Tjelflaat og Midjo 2000: 34). Alle kommer ikke ut med samme resultat. Det er ulike normer og verdier som kan forstås og vektlegges forskjellig. Slik får man noen foreldre som er opptatt av at handlemåter er bestemt av foreldrene, og at barna skal respektere foreldrenes rett til å bestemme. Andre familier kan i kontrast til en slik utforming innta en foreldrerolle preget av at alle skal respektere hverandre, og at små barn skal ha sin rett til å bli sett og hørt. Barna får delta i avgjørelser i familien, og slike familier kan sees som ”forhandlingsvillige familier.” Flerkulturelle vil ofte ha med seg en forståelse av hvordan man oppdrar barn som er litt annerledes enn det vi i Norge oppfatter som vanlige måter å gjøre det på. Helsestasjonen må derfor ta høyde for ulike praksiser. Dagens retningslinjer har satt familien i fokus – og ikke laget en standardform for oppdragelse som alle skal smeltes i. Ledet samspill-programmet er i følge forfatteren et sensitiveringsprogram. Det har ikke som målsetting å gi en detaljert oppskrift på hvordan foreldre skal forholde seg i alle situasjoner. Ved å poengtere

<sup>11</sup> Jeg har snakket med mange rundt omkring som beskriver gata de bor i som “Bakkebygrenda”, etter Astrid Lindgrens bok med samme navn. Det er en tendens til at barnefamilier flytter til strøk hvor det allerede er mange barn, fordi de vektlegger barnas lekemuligheter ved huskjøp. Dermed får man alderssegregerte boligstrøk, og mødrene får slik også et fellesskap med andre i samme situasjon. (Selv er jeg del i et "godt husmor-fellesskap" som diskuterer barneoppdragelse mens barna leker.)

sensitivering, mener han å unnsnippe kritikken programmet har møtt for å være et inngrep i den private sfære (Hundeide 2001: 2). Helsestasjonen skal altså bidra for å bevisstgjøre foreldre på sine egne tanker og praksiser, og slik mener man å sette i gang en refleksjon rundt ens praksis som vil styrke det man allerede gjør bra. Men programmet inneholdt også ideer om å gi foreldrene mer kunnskap. Å få til denne kunnskapsoverføringen uten å undergrave foreldrenes autoritet er en utfordring for helsesøstrene.

### **3.1.3 Ideologi eller hjelp**

Programmet ser ut til å ha hatt en forsterkende effekt med hensyn til å arbeide i henhold til prinsipper som empowerment og ressurstenkning. Det samme gjaldt bevisstgjøring av egen rolle og maktforholdet i hjelper - foreldrerelasjonen (Tjelflaat og Midjo 2000: 57).

Men mange foreldre ga også uttrykk for at de ønsket eksperthjelp. Foreldrene var lite opptatt av selve relasjonsformen mellom fagperson og foreldre. Det kan fremstå som noe paradoksalt at mens programmet og fagfolkene var opptatt av et empowerment-perspektiv i samhandlingen med foreldrene, så var foreldrene opptatt av at fagfolkene skulle kunne gi råd og hjelp; rett og slett ivareta en ekspertfunksjon (Tjelflaat og Midjo 2000:57). En innvending kan være at de ikke vet sitt eget beste, og at de svarer slik fordi de ligger under for en ekspertavhengighet. Informantene i mitt materiale formidler de samme holdningene som rapporten viser. Mødrene forventer at helsesøster er ekspert, selv om de også poengterer at de selv kan mye om sitt barn. Noen ganger trenger de råd, og da forventer de å få det. Hvem skal få definere hva som er best for foreldre og barn; partene selv eller retningslinjene? Et resultat av at helsesøstre toner ned sin ekspertrolle kan bli en mer skjult overføring av hennes råd.

Det kan hevdes at vi forstår barn både i lys av kontekstuelle - og universelle verdier, og kunnskap. Det ligger derfor en utfordring i å få til foreldreveiledning for foreldre med en annen kultur enn vår egen på en balansert og tilpasset måte. De verdier som ligger i vår egen kontekst, vårt samfunn og kultur, kan være vanskelig å skille fra det vi betrakter som universelle verdier. Barns rettigheter er forsøkt gitt en universell utforming ved hjelp av FNs barnerettigheter, og disse er med på å skape rammene for et universelt grunnlag. Men det som oppfattes som ”riktig” og ”naturlig” for norsk barneomsorg kan skape vanskelige og sårbare situasjoner i møte med innvandrere (Tjelflaat og Midjo 2000:79). Men at foreldre kan vise varme og sette grenser kan tenkes å være sentrale verdier innenfor foreldreveiledning uansett.

### 3.1.4 Hvorfor er foreldrestøtte viktig?

Det er to faktorer som kan påstås å være særlig sentrale for å utvikle et godt forhold mellom foreldre og barn, og som forebygger psykiske problemer. Det er evne til å vise varme og evne til å sette grenser (Bremberg 2004: 12, og 48). Den demokratiske oppdragelse som Schou Wetlesen (2000) viser til som ett alternativ i dag, legger opp til likestilling og likeverd.

En omsorgsperson som viser innlevelse samtidig som hun formidler sin subjektivitet til barnet, bryter ut av et tradisjonelt mønster, i det hun bibringer et samhandlingsmønster preget av gjensidighet... Det dreier seg både om å fremstå med egen subjektivitet og å vise responsivitet (Schou Wetlesen 2000: 21).<sup>12</sup>

### 3.1.5 Eksperters innflytelse

Selv om man legger opp til frivillig deltakelse, så kommer man ikke utenom det etiske problemet med ekspertenes innflytelse over privatlivet. Den tyske filosofen Habermas har behandlet denne problematikken om det private satt opp mot det offentlige. Han skiller mellom "livsverden" og "systemverden." Livsverden utgjør den verden som vi er i direkte erfaring med. Systemverden utgjøres av den rasjonelle tankegang som springer ut fra vitenskapen og byråkrati og alt som i høyere grad trenger inn i vår oppfatning av hva som er virkelighet. Habermas sin antakelse er at konflikten mellom de to verdener går an å overkomme ved hjelp av åpen kommunikasjon (Habermas: 1984). Det innebærer at selv om vitenskapelig utførte studier skulle peke ut en spesiell måte å ta hånd om barn som skulle være bedre, så kan ikke dette betraktes som en gitt sannhet. Denne sannheten må brytes mot foreldrenes egne konkrete erfaringer og disse må gis den samme respekt som de vitenskapelige sannhetene (Bremberg 2004: 43).

Man kan kanskje sette intuitivt opplevde foreldreskap opp mot ekspertenes oppfatning. Ekspertenes kunnskap kan hevdes å ha blitt utviklet innenfor en praksis som er rettet mot det avvikende. Denne kunnskapen blir vanskelig å benytte seg av for foreldre som ikke har barn med problemer. Denne kritikken knytter an til Habermas sin diskusjon om livsverden og systemverden. Det kan lett utvikles en usikkerhet blant vanlige foreldre når barndom og

---

<sup>12</sup> Det kan hevdes at barnets samspill med foreldrene legger grunnlaget for dets videre evne til samhandling med de øvrige sosiale omgivelser. Det som er spesielt viktig er at barnet får en oppfatning av seg selv som verdifull og den sosiale omverden som forutsigbar. Det viktige med tydelige grenser er at man kan forhindre at all samhandling mellom barnet og foreldre blir en kamp om hvor grensene går, men heller dreie seg om positive opplevelser. (Bremberg 2004 :13)

foreldreskap blir formålet for vitenskapelige studier, som gjør forsøk på å gi allmenngyldig kunnskap. Men likevel er det tvilsomt om et godt foreldreskap best fremmes om man avviser den kunnskapen som finnes innen systemverdenen. For det første så ønsker foreldre flest å få del i den kunnskap som finnes, og for det andre så eksponeres foreldrene for systemverdenens kunnskap gjennom media uansett. Det virker derfor både umulig og lite hensiktsmessig å skulle forsøke å avvise systemverdenens kunnskap. Å fremme kritisk refleksjon rundt den kunnskap om barn og foreldreskap som presenteres er derfor nødvendig. Det er også rimelig å anvende den kunnskap som virker å kunne lede til bedre helse og velferd for barn, men med refleksjon rundt kunnskapens påvirkning (Bremberg 2004: 44).

### **3.1.6 Dårlig psykisk helse**

Et utbredt helseproblemet for barn er dårlig psykisk helse. Denne formen for dårlig helse har en dokumentert tilknytning til relasjoner mennesker i mellom. Relasjoner mellom mennesker er avgjørende for barns helse og velvære. De relasjoner som betyr mest under oppveksten er relasjonen mellom barnet og foreldrene. Det innebærer at innsats som fremmer gode relasjoner mellom barn og foreldre har store muligheter for å fremme barns helse og velferd (Bremberg 2004: 45).

En amerikansk studie viser at forekomsten av dårlig fysisk og psykisk helse i 55-60 års alderen var 3 ganger lavere hvis begge foreldrene hadde vært varme og omsorgsfulle. Bedømmingen av foreldrene ble gjort av barna selv da de var rundt 20 år. Men det er likevel ikke mulig å konkludere sikkert at det var foreldrenes varme som var avgjørende uten å gjøre en studie som følger barna fra oppvekstårene til voksen alder. Det gjorde man i Finland på 70-tallet. I undersøkelsen ble vanlige foreldre med nyfødte barn fordelt i to grupper. Forsøksgruppen fikk rådgivning hjemme hos seg selv en gang i måneden av fagpersoner, mens kontrollgruppen kun hadde vanlig oppfølging fra helsestasjonen. Barna ble fulgt opp med gjentatte undersøkelser, og barna i forsøksgruppen hadde hele veien mindre psykiske problemer. Ved 20-21 års alder viste 17 % av barna i kontrollgruppen tegn til psykiske problemer, noe som lå på et vanlig nivå for befolkningen. I forsøksgruppen var det bare rundt 6%. Det denne undersøkelsen viser er at en innsats rettet inn mot de første leveårene kan gi langvarige effekter (Bremberg 2004: 47). Sistnevnte studie innebar mer omfattende veiledning enn den som praktiseres i Norge nå. Den positive effekt av å ha vært i kontakt med

helsestasjonen kan likevel være en parallell. Hvordan skal man så gripe an til forståelsen av barn og relasjoner? Det skal jeg nå gå inn på.

### **3.2 Samhandling og oppdragelse**

Bråtens begrep ”sirkulær gjendanning” griper tendensen vi har til å gjenta de handlinger og væremåter vi selv har blitt møtt med (Solsvik 2004: 62). For å bidra til en god selvfølelse er det viktig å formidle at alle følelser kan aksepteres, både de som oppleves som positive og de problematiske. Om barnet opplever at dets følelser overses eller er uønskede vil de forsøke å holde dem tilbake. Følelsene forsvinner ikke av den grunn. Det er derfor viktig at foreldre møter barna på en slik måte at de får støtte for sine opplevelser, og slik får en god utvikling av selvfølelsen. Dette er en basiskunnskap som er nyttig for å forstå hvorfor noen kanskje trenger mer hjelp og støtte i sine foreldreoppgaver enn andre. Hvis man har vokst opp i et varmt og empatisk hjem vil behovet for å lære nye metoder være lavt. Men mange mødre som sliter med lav selvfølelse kan få god hjelp til å reflektere over hva hun skal gjøre for å bedre dette for seg selv, og for relasjonen til barnet. Barnet lærer av sin mor, dermed vil mors vaner bli videreført. Dette vil jeg nå se nærmere på med Bråtens teori om dialogisk kommunikasjon.

Bråten mener at barn er i stand til å leve seg inn i andres følelser helt fra fødselen av. Han snakker da om et intersubjektivt deltagerrom som åpnes når barnet og moren er i samspill, og hun trer inn midlertidig (Bråten 1998: 247). Han beskriver at i denne samspillsituasjonen er barnet ”altersentrisk delaktig” i å utføre morens handlinger, og da får barnet erfaringer av god eller dårlig omsorg. Etter hvert utvikler barnet forsvarsmekanismer som gjør at det kan klare å stenge av for den andres deltakelse i deltagerrommet hvis det er ønskelig, men inntil denne evnen er utviklet er barnet delaktig i det moren gjør og føler. Barnet får ”emosjonelle minner” om den omsorg det erfarer, og disse er med på å forme barnets egne handlinger senere i livet (Solsvik 2004: 63). Denne teorien griper an til helsestasjonens arbeid for å fremme samspill mellom foreldre og barn.

Som jeg vil komme inn på i analysen, sier helsesøstrene i mitt materiale at de er opptatt av samspill, og at de forsøker å bidra med å skape godt samspill. De kan en del teori, men det krever mye av dem å omsette det til praksis, for det finnes få oppskrifter for hvordan de skal gå frem. Det setter krav til helsesøsters evne til å lage seg måter å nå frem på. Det vil jeg diskutere nærmere senere i kapitlet, med begrepet ”kvalifisert praktisk kunnskap.” For å støtte

opp om samspill kan de ikke bare lese en fasit i en bok. Det er et område som krever gode evner til å ”lese mennesker” og setter også krav store krav til formidlingsevnen. Det er en type kunnskap som ikke er så lett å lese seg frem til, men jeg antar at den må baseres på en kombinasjon av teoretisk litteratur og praktiske ferdigheter og erfaring. Men samtidig er det ikke meningen at de skal være eksperter. Foreldrenes erfaringer skal vektlegges, og det var foreldreveiledningsprogrammet ment å bidra til opplæring i. Men kanskje var det mest ideologien og ikke praksisen som vektla empowerment.

I lys av sin profesjonskompetanse, sin formelle posisjon og formidling av nyere kunnskap om barn, sto fagfolkene fortsatt fram som eksperter og definerte hva som er å forstå som den gode barn-foreldre-relasjonen. De ble dermed aktører med en potensiell stor påvirkningskraft med hensyn til hvilken retning foreldrenes omsorg ble forventet å ta (Tjelflaat og Midjo 2000:78).

Det ser ikke ut til at fagfolkene fant frem til en rolle hvor de ble mer en dialogpartner enn ekspert. Idet forfatterne i evalueringen hevder at:

Dersom intensjonen er å utvikle en mer grunnleggende likeverdig relasjon reiser det spørsmål om foreldreomsorg bør utvikles til å inneha en slik kunnskapsstatus at fagfolk og foreldre har mer lik formalkompetanse, og dermed mer likeverdig kunnskapsmakt. I så fall dreier det seg om en mer systematisk form for profesjonalisering av foreldrekompetansen (Tjelflaat og Midjo 2000:78).

Det synspunkt som her fremmes er at man må profesjonalisere foreldrerollen hvis man skal få likeverdige parter. Tidligere har jeg presentert Bråtens teori om sirkulær gjendanning, og jeg mener den må sees i sammenheng med en tanke om å profesjonalisere foreldrerollen. Hvis man i stedet for å strebe etter lik formalkompetanse heller vektlegger det medfødte potensial for dialogisk/sensitiv kommunikasjon og samspill, som man bringer med seg inn i foreldrerollen, er man bedre i stand til å bygge på foreldrenes egne ressurser. Den formelle kompetansen gir ikke nødvendigvis gode praktiske utslag. Også Solsviks teori om internalisering av normer og opplevelser/erfaringer fra egen oppvekst er relevant i denne sammenheng, for hun vektlegger hvordan man kan bruke sine egne opparbeidede erfaringer til å mestre egen foreldrerolle. Dette er ikke metoder ment å brukes for foreldre med ”problemer,” men for de velfungerende som helsestasjonen skal støtte og gjøre trygge. Ved å satse på en systematisk form for profesjonalisering oppfatter jeg at den kunnskap foreldrene allerede sitter inne med ikke vil få den status man i dag mener den skal ha. Og at man ikke bygger på de følelser og erfaringer som foreldrene har med seg fra egen barndom. Det er ikke



sikkert at alle foreldre kunne ha forutsetninger for å oppnå den samme kompetansen som en ”ekspert” sitter inne med. Læringspotensialet er forskjellig blant foreldre, som i resten av befolkningen.

Bråten mener det viktige er å skape mange møter mellom foreldre og barn på et plan som preges av dialog og intersubjektivitet. Det kan man kalle jeg-du møter, og det er forståelse av følelser som preger samhandlingen, ikke en  *vurdering* av handlingen. Solsvik hevder at både foreldres syn på barnet og gjendanningsaspektet er med på å forme relasjonen mellom voksen og barn (Solsvik 2004: 64). I en travel hverdag kan det være vanskelig å få til slike ”jeg-du møter.” Foreldrene trenger kanskje større bevissthet om at det er deres oppgave å ta seg tid. Helsesøstre kan gjøre en jobb i forhold til innsikt om at barnet ikke trenger å bli aktivisert og underholdt hele tiden, men at det har stor betydning at foreldrene stopper opp og tar seg tid til å møte barnet og dets følelser. Den kunnskapen forskningen har bidratt med kan slik nå frem til foreldre, og våre barn få nyte godt av den. Det vil kunne gi en langsiktig effekt i form av bedre relasjoner. Målet ved å styrke relasjoner er å forebygge psykiske problemer. Bedret helse kan bli resultatet.

### **3.2.1 En mulig asymmetrisk maktrelasjon**

Solsvik støtter seg på Elias, som mener at barn-voksen relasjonen kan forstås som en asymmetrisk maktrelasjon, og at dette medfører at det bør stilles høye krav til selvkontroll hos de voksne (Solsvik 2004: 65). Det kan argumenteres for at det med den mektige posisjonen følger et hovedansvar for hele relasjonen. Dette kan sees som en parallell til relasjonen mellom helsesøstre og foreldre, uten at det er meningen å umyndiggjøre foreldrene. Helsesøstre kan påta seg hovedansvaret for å få til en ønsket dialog, hvis man legger et slikt perspektiv til grunn. Solsvik beskriver ulikheten mellom foreldre og barn ved at voksne har mer erfaring, bedre oversikt over den konteksten relasjonen utspiller seg i, og mer bevisst fundert kunnskap enn barnet (Solsvik 2004: 65). Alle disse tre kjennetegn vil også kunne passe for helsesøsteren i møtet med foreldre. For selv om foreldrene er kunnskapsrike, er ikke de trent opp i å samtale med andre om barnet sitt på den måten som helsestasjonen legger opp til. Helsesøsteren fører slike samtaler mange ganger om dagen, og har hatt muligheten til å erfare hva hun synes fungerer best. For foreldrene er det viktig at det legges opp til et samtaleklima som støtter og gir dem mulighet til å delta på egne premisser. Det kan være

vanskelig å få til om ikke helsesøsteren skulle påta seg ansvaret for at alt ligger til rette for dem, nettopp ved at helsesøsteren benytter sin erfaring, oversikt og kunnskap.

Et hovedansvar for hele relasjonen innebærer at den ene sees som å inneha mer kunnskap og erfaring enn den andre parten. Foreldrene har sine erfaringer fra omsorgen for sitt eget barn. Derfor kjenner de bedre til akkurat sitt barn enn det helsesøster gjør. Mye av den kunnskapen helsesøstre innehar, er generell eller opparbeidet som følge av praktiske erfaringer i møte med barn og foreldre. De vektlegger at de i utdannelsen ikke lærte om praktiske detaljer i baneomsorg, men fikk kunnskap om de ”store sammenhenger.” Det er evnen til å kunne knytte det spesifikke barnet inn i en større sammenheng som er lettere for helsesøsteren enn forelderen. Og som gjør det til et poeng å forstå at et asymmetrisk kunnskapsforhold legger til rette for et asymmetrisk *maktforhold*. Jeg har nå hevdet at det er forskjell i kunnskapsnivå, og det jeg ønsker å bidra med er fokus på at helsesøsteren må ta ansvar for at foreldre reflekterer over kunnskap som går *utover* sitt eget barn. For på en slik måte å utvikle gode relasjoner.

### **3.2.2 Subjektposisjoner**

Schou Wetlesen (2000) presenterer en måte å forstå oppdragelse på som bygger på Jessica Benjamins teori, og som vektlegger at foreldre skal tre frem som subjekter overfor barnet, og i tillegg må de respondere på barnet slik at det kan fremstå som subjekt i møte med den voksne. Det er da viktig å ha med seg at når disse teoretikere ønsker seg likeverd mellom foreldre og barn, må begrepet likeverd skilles fra begrepet likestilt. Likeverd innebærer at begge parter skal ha like mye respekt og at de er like mye verdt som mennesker. Partene skal ikke likestilles, det er de voksne som likevel har ansvaret for ”oppdragelsen av barnet”.

Slik jeg leser Schou Wetlesen, forstår hun samfunnsutviklingen som at det har foregått en endring fra autoritær til demokratisk barneoppdragelse. Det er interessant å se det i sammenheng med kjønnsforskjeller og rollemodeller. Fedre forstås som å ha hatt prinsipper som vektla autoritet, lydighet og selvstendighet. Mødres prinsipper kunne forstås som mer preget av innlevelse og empati, som var internalisert gjennom et oppofrende mors- og kvinneideal. Ulike kombinasjoner av disse prinsipper frembrakte de variasjoner man finner i ulike familiers måte å gjøre sin oppdragelse på. Helsesøster-profesjonen er en kvinnedominert yrkesgruppe, og de verdier de sitter med vil kunne tolkes som å være kjønnsavhengige. Man kan vanskelig se helsesøstrene uten å ta med seg kjønnsaspektet. Schou Wetlesen (2000)

presenterer også en oppdragelsesstil som hun mener er den ønskelige; en dialogisk oppdragelse. Subjektivitet erstatter kontrolldimensjonen, og bryter med et tradisjonelt mønster. Når responsiviteten og subjektiviteten i barneoppdragelsen er høy, fremkommer et dialogisk mønster. Det åpner for at forelderens egne subjektive premisser blir tydelige. Slik blir barnet kjent med forelderens som person, ikke bare i en rolle som foreldrefigur (Schou Wetlesen 2000:23). Jesper Juul står for en lignende oppdragelsesstil hvor det sentrale er å utvikle forholdet mellom foreldre og barn til en relasjon mellom likeverdige og forskjellige mennesker. Han råder foreldre til å bruke et personlig språk samtidig som de setter tydelige grenser knyttet til egen person, istedenfor til barnets person og atferd (Solsvik 2004: 65).

### **3.3 Selvtillit; knyttet til forebygging av psykiske problemer**

Det er interessant å merke seg at mennesker antas å ha mindre evne til innlevelse og empati når vi føler oss skamfulle enn vi har ellers, fordi all oppmerksomheten rettes mot det skammelige – den dårlige selvfølelsen, følelsen av ulykkelighet, irritasjonen, sinnet over det uønskede og nå oppdagede ved selvet (Solsvik 2004: 68).

Dette er en spennende innfallsvinkel i forhold til analyse av forelder-helsesøster kommunikasjonen. Jeg antar at hvis forelderens skamfølelse aktiveres, blir relasjonen vanskelig og lite vil nå frem til forelderens. Oppmerksomheten blir i stedet fokusert innover på seg selv. Det kan være en grunn til at relasjonen er ment å være likeverdig og ikke preget av ”kontroll av foreldrene,” på en måte partene opplever som krenkende. Det viser til det jeg tidligere har diskutert om legitim/illegitim kontroll, og hvordan illegitim kontroll kan oppfattes.

Samfunnets verdier påvirker foreldres oppdragelsesform. Foreldres totale kapital i form av økonomi, utdanning, sosial og kulturell tilhørighet, smak og vaner spiller inn (Solsvik 2004:71, knytter an til Bourdieu 1990). Også tidligere former for oppdragelse spiller inn, både gjennom det Bråten omtaler som emosjonelle minner eller sirkulær gjendanning, og ved at man bevisst ønsker å ta med seg normer og verdier videre. Vitenskapelige teorier kan tenkes å påvirke gjennom at de presenteres i foreldrerettet litteratur. Råd om oppdragelse endres i takt med samfunnets forandringer (Solsvik 2004: 71).

Solsvik presenterer således råd for hvordan man skal samhandle med barna. Hun er opptatt av at man ikke hele tiden skal rose barna for deres prestasjoner, for eksempel hvor flinke de er til å tegne eller sykle. Hun vil at man også skal forsøke å speile barnets sinnsstemning, gjennom

å reflektere barnets følelser mens det holder på med noe. Hun ønsker at man i stedet for ensidig gi ros og anerkjennelse for barnets produkter og handlinger skal se og forstå - helst dele barnets følelser slik de fortonet seg i øyeblikket. Ikke dermed sagt at man ikke skal rose og verdsette mestring, men selvtilliten til barnet blir sårbar om den kun knyttes an til slike ferdigheter. Og relasjonen mellom foreldre og barn vil inneholde få jeg-du møter. ”Barnet har et urbehov for å bli sett og tatt alvorlig ’slik det til enhver tid er’, og som sentrum for sin egen virksomhet” (Skårderud 1998, i Solsvik 2004: 74).

Det kan være vanskelig å ha dårlig selvfølelse i en kultur hvor myten om at vi kan ’velge vårt eget liv’ står så sterkt. Selv om man lykkes med de ytre prestasjoner kan man føle seg verdiløs. Selvtilliten kan være god selv om selvfølelsen er dårlig. Derfor ligger en viktig oppgave i det å gjøre barna som vokser opp i stand til å utvikle en god selvfølelse. Og i den forbindelse har helsestasjonen en rolle, i det de skal redusere risikoen for psykiske problemer. Hvis kunnskapen om hvor viktig det er å anerkjenne barnets følelser når frem til flere er det en måte å bidra på.

### **3.4 En mulig fremgangsmåte for dialog**

Da min datter var baby, brukte jeg for eksempel mye energi på å stritte imot råd fra en eldre helsesøster. Samtidig fant jeg meg selv streve for å følge disse rådene som i stor grad var rettet mot å skape ro, regelmessighet og rutine. Jeg gjorde det mot min vilje som jeg tror var basert på en intuitiv oppfatning av at en del av rådene umulig kunne være bra for barnet! Jeg antar at mange slike råd er utformet mest av hensyn til de voksne. I stedet for å vise at jeg forstår, praktiserer jeg oftere enn jeg vil, en oppdragelsesform som fokuserer på grensesetting av hensyn til hva andre kanskje tenker om barnet mitt (Solsvik 2004: 83).<sup>13</sup>

Her er Solsvik inne på at endel råd kan være laget for å gi foreldrene best mulig komfort for at barnet skal bli ”lydig”. Det er ikke nødvendigvis ut fra hensyn til spedbarns behov. Det er ikke full enighet eller noen fasit på oppdragelse, men foreldre opplever kanskje likevel at det er kun en sannhet som gjelder, fra helsestasjonens side. Et fagfelt har til enhver tid motstridende teorier, og hvis helsesøster presenterer en fremgangsmåte som den eneste ”riktige” risikerer man at foreldrenes intuisjon legges til side. Da handler det om makt. Retningslinjene vektlegger at foreldres intuisjon skal være sentral. Men Solsvik beskriver hvordan hun fulgte råd som hun mente var i strid med egen intuisjon. Hvordan foreldre

---

<sup>13</sup> Lignende opplevelse hadde jeg med min eldste datter i starten. Hun la lite på seg, og helsesøster insisterte på at jeg skulle vekke henne midt på natten for å amme henne. Jeg kjempet lenge i mot, men til slutt ga jeg meg selv om jeg ikke ville. Og det ga ingen løsning på vektproblematikken.

oppfatter den kunnskapen som blir presentert av helsesøster antar jeg henger sammen med hvordan helsesøsters posisjon kan beskrives på når det gjelder kontroll og makt. Hvis helsesøster representerer den nye fasen, se figur 1, har hun foreldrenes egne erfaringer i fokus. Helsesøster prøver ikke få å foreldrene til å endre sine vaner for å tilpasse seg hennes måter. Hun opptrer i stedet som lydhør og støttende. Man kan likevel møte på en helsesøster som er av den typen Solsvik skildrer, som jeg ser som representant for den gamle fasen.

Solsvik presenterer en fremgangsmåte for dialog mellom foreldre og barn. Hvis man tenker seg de samme rådene overført til helsesøster når hun skal samtale med forelderen blir det å ikke bare rose foreldrene for deres ytre prestasjoner, men å forstå deres følelser knyttet til omsorgsrollen, og møte dem i jeg-du møter. Styrking av foreldre er et hovedmål for helsestasjonen, og det er kanskje lett å tenke seg at det gjøres ved å rose de handlingsmønstre og prestasjoner som foreldrene viser. Det krever mer å gå inn i den enkeltes følelsesrom og møtes der, og kjenne på følelser av både god og vanskelig karakter. Å henvende seg til selvfølelsen og ikke selvtilliten kan være like sentralt som i foreldre-barn relasjonen.

### **3.5 Modellmakt**

Jeg antar at det vil være forskjell på helsesøstre og mødre i forhold til hvor mye kunnskap og praktisk erfaring de sitter inne med. Dette vil jeg analysere med teorien om modellmakt som utgangspunkt. Grunnlaget for modellmakt blir lagt når et saksområde blir avgrenset slik at bare den ene parten fremstår som rik på relevante begreper og forestillinger, mens de andre finner seg fattige på relevante modellressurser. Det første kalles en modellsterk deltager, den andre en modellsvak deltager. De defineres i forhold til hverandre, og alltid med hensyn til et bestemt saksområde (Bråten 1998: 100).

I retningslinjene for helsestasjonen er det fokus på at foreldres erfaringer skal vektlegges når man diskuterer seg frem til løsninger. Dette for at det ikke skal være bare helsesøsters kunnskap som legges til grunn. Bråten har ulike forslag til hva man bør gjøre for å skape dialog mellom parter som ikke nødvendigvis er på samme nivå kunnskapsmessig. Han anbefaler å åpne samtalerommet for at flere perspektiver slipper til. Det er nettopp det som er meningen når man også skal bringe inn foreldrenes erfaringer. Men hvis det ikke fører til at foreldrenes kunnskap blir tatt på alvor, risikerer man en skinndialog (Bråten 1998: 100). Man risikerer at foreldrene tror de blir tatt på alvor, men i stedet kan de i sterkere grad bli del av

helsesøsters perspektiv. Hvordan håndterer helsesøster dette? Som jeg vil vise senere, viser en helsesøster eksempel på at hun bruker foreldrenes egne erfaringer bare som en metode for å overbevise med sin egen kunnskap. Slike metoder vil kunne skape grobunn for modellmakt.

Bourdieus begrep om symbolsk makt er også interessant i forhold til hva som foregår innen dette feltet. Setter man denne teorien i sammenheng med Bråtens teori om modellmakt blir det tydelig hvordan det kan skape maktsituasjoner. Foreldre kan tro at de deltar i diskusjon – og kunnskapsformidling, men likevel bare være med og støtte opp under helsesøstrenes verdensforståelse. For å oppheve en slik situasjon er det nødvendig med bevisstgjøring. En åpen formidling av at helsesøstre ikke sitter inne med alle svarene, og hvordan mange spørsmål har flere riktige og akseptable svar mange riktige svar, er en måte å oppheve en slik maktsituasjon.

### **3.6 Kunnskapens form**

Cecilie Basberg (1999: 72) har gjort en studie av omsorgens vilkår i fengselet. Hun bruker Bertil Rolfs (Rolf 1991) begreper ”elementær praktisk kunnskap” og ”kvalifisert praktisk kunnskap” for å gripe de forskjellige regler som fengselsbetjenter må forholde seg til. Dette er begreper jeg vil bruke for å utvide forståelsen av helsestasjonens regler og systemer. Rolf bygger sine begreper ut fra Polanyis begrep ”taus kunnskap.” Begrepet taus kunnskap innebærer en kombinasjon av det tause, det ikke-formulerte og kunnskap. Polanyis utgangspunkt er at det finnes både en form for teoretisk kunnskap og en praktisk eller handlende form. (Polanyi 2000:12) At kunnskapen har både en praktisk og en teoretisk dimensjon betyr at den ikke bare kan tilegnes gjennom lesing eller samtale. Man må også tilegne seg den gjennom praksis. Polanyi beskriver hvordan det å sette sammen deler til en helhet kan sees på som å ta i bruk den tause kunnskapen. For å eksemplifisere dette i forhold til helsesøstrenes oppgaver kan man tenke seg en situasjon hvor helsesøster bare er seg bevisst enkelte deler av en mors omsorgspraksis, men hvor hun benytter seg av sin tause kunnskap for å skape en helhet i det hun kjenner til. Det er nødvendig å tolke slik for å kunne handle riktig overfor den enkelte mor.

Et annet begrep som har relevans i forhold til taus kunnskap er ”den reflekterte praktiker” (Schön 1995). Det handler om personer som har oppgaver å løse i jobben, for eksempel helsearbeidere eller andre typer fagarbeidere. Deres oppgaver kan ikke løses ved å bruke

forutbestemte rutiner eller standardløsninger. Årsaken er at problemene de møter er sammensatte, ustabile og usikre. Situasjonene må tolkes for å skape en helhetlig forståelse. De må bruke faglig skjønn for å løse oppgavene sine. Begrepet den erfarne praktiker betyr dermed at erfarne praktikere tar i bruk en form for taus kunnskap når de handler i en bestemt situasjon. (Strømfors 2004: 18) Å kunne vurdere og tolke er viktige ferdigheter for en helsesøster, og Rolfs begrep om kvalifisert praktisk kunnskap er en annen måte å beskrive den kunnskap som tas i bruk.

Rolfs presentasjon av kunnskap er altså todelt. Det karakteristiske for den elementære kunnskapen er at den styres av regler som kan anvendes entydig. Kunnskapen kan brukes til å løse rutineoppgaver på en forutsigbar måte. Den er formidlet gjennom forskrifter og retningslinjer som dekker de nødvendige aktuelle situasjoner. En sentral autoritet lager forskriftene, og de sørger også for oppdateringer og nye tolkninger. Individets kunnskap innebærer at hun innordner seg de entydige reglene. Begrepet om den elementære praktiske kunnskapen mener jeg er beskrivende for helsestasjonens retningslinjer i forhold til de fysiske og praktiske forhold de skal ta seg av. Men retningslinjene har ikke utførlige beskrivelser i forhold til mer vage oppgaver som forebygging av dårlig psykisk helse og styrking av mødrenes tro på seg selv. Slike forhold er hva kvalifisert praktisk kunnskap utgjør. Slik kunnskap er i følge Rolf:

basert på regler som er vage, mangetydige og vanskelige å formulere. De må tilpasses situasjonen. Denne kunnskapen forutsetter egen nytenkning, som igjen er avhengig av andres nytenkning. Dette innebærer fravær av forutsigbarhet og stabilitet. Retten til innovasjon og nytolkning er spredt blant kunnskapsutøverne, og en generell og diffus autoritet oppstår gjennom individenes samhandling i spørsmål om overvåking og bedømming. Kunnskapen er forankret i individets profesjonelle samvittighet, som innebærer evnen til nytenkning og kritikk (Rolf 1991:105).

Basberg mener fengselsbetjenter innehar begge typer kunnskap, og at forskjellige situasjoner krever ulike former for kunnskap (Basberg 1999:73). Jeg vil benytte meg av en slik todeling av kunnskapen for å beskrive helsesøstres kunnskap. Veiing, måling, vaksiner og konkrete praktiske råd hører inn under den elementære formen for praktisk kunnskap.<sup>14</sup> Styrking av mødrenes tro på seg selv, fokus på samspill og foreldreveiledning knyttet til barneoppdragelse, er temaer hvor krav til dialog er sterkere, og samtidig en større utfordring. Det gir i følge Rolf en mer diffus autoritet. Slik kunnskap som da benyttes er vil jeg hevde er en kvalifisert praktisk kunnskap. Det kan tenkes at hvordan helsesøster behandler en mor

<sup>14</sup> For eksempel om bleieutslett, hvor mye mat barnet trenger eller slike ting kan tenkes å ha et "fasitsvar." Slike spørsmål kan helsesøstrene gi konkrete svar på.

varierer ut fra kontekst. Hvis skjønn er en del av situasjonen vil behandlingen kunne variere ut fra hvilken type mor helsesøster rangerer henne som. Det kan skape usikkerhet og frustrasjon hos mødrene. De som er velfungerende mødre kan få en annerledes behandling enn de som ikke er så ”flinke”.

### **3.7 Oppsummering**

I følge Foucault innebærer både innhenting og det å gi informasjon teknikker hvor makt utøves. Og makten får virke når informasjonen benyttes for å overbevise foreldrene om hva som er ”god standard.” Det knytter an til det jeg har presentert som skjult pensum og modellmakt. Bourdieus begrep om habitus kan også tenkes å kunne illustrere et poeng, i form av helsesøsters internaliserte kunnskap. Ulike former for kunnskap gir forskjellige utfordringer, og skillet mellom elementær og kvalifisert praktisk kunnskap vil gripe an til forskjellen mellom når kravene til dialog kommer sterkest frem.

Jeg vil diskutere empirien ut fra mødres posisjon og helsesøsterposisjonen. Mødrenes og helsesøstrenes holdninger og erfaringer diskuteres i lys av hvordan makt, kunnskap og krav til dialog viser seg i kontakten mellom helsesøstre og foreldre. Men først vil jeg vise hvordan empirien ble til.

## **Kapittel 4 Metodiske utfordringer**

Jeg vil i dette kapitlet redegjøre for hvordan jeg har gått frem for å samle inn empirien. Jeg har gjennomført 8 intervjuer, med 3 helsesøstre og 5 mødre. Det første skrittet besto i å utarbeide intervjuguiden. På det tidspunktet hadde jeg lest en god del litteratur om helsestasjonsfeltet og laget problemstilling. Jeg skulle undersøke hvordan partene opplevde og håndterte sine roller, og eventuelle konflikter mellom dialog og kontroll. Jeg måtte derfor lage en intervjuguide som kunne gripe fatt i de erfaringene.

Det er en gjensidig avhengighet mellom problemstillingen og metoder for innhenting av kunnskap. Nå vil jeg redegjøre for hvordan jeg har gått frem. Jeg antar at mitt teoretiske hovedperspektiv kan ha farget innsamlingen av datamaterialet. Intervjuerfaringene kan tenkes å ha aktivisert allerede tilegnet teori, noe som igjen ofte vil føre til tilegnelse av ny. (Heilmann 2000:30) Det kan sammenlignes med det Wadel kaller for en ”runddans” mellom



teori, metode og data. (Fangen 2004:39) Man har en problemstilling som utgangspunkt, og denne finsliper man etter hvert som man får mer kunnskap gjennom dataene man tilegner seg. Noen ganger får man ikke de data man tenkte seg, eller man må utvikle nye begreper, noe som kan gjøre at man må endre problemstilling. Problemstillingen i oppgaven og begreper fra analysen har påvirket hverandre underveis og blitt noe annerledes enn jeg forestilte meg under planleggingen. Dette har igjen gitt føringer for hvilken teori som kunne anvendes.

#### **4.1 Forarbeid og intervjuguider**

Jeg lagde to intervjuguider, en til helsesøstrene og en til mødrene. Jeg ønsket å lage et opplegg som ikke var for strukturert, slik at jeg kunne være åpen for hvilke erfaringer informantene selv valgte å vektlegge. Jeg vektla i starten av intervjuene at jeg var mest interessert i det de hadde å si om helsestasjonen, og at jeg ikke ønsket å styre dem for mye. Informantene varierte i forhold til hvor mye de selv tok styringen. Jeg åpnet med å fortelle at jeg var interessert i kommunikasjonen mellom partene. Informantene trengte ikke mange spørsmål fra meg for å holde seg innenfor dette temaet. En av mødrene og to av helsesøstrene pratet nesten bare selv, og jeg kunne bare krysse av for temaene i guiden etter hvert. Dette ser jeg som en bekreftelse på at guidene var utformet slik at jeg fikk tilgang til de erfaringer jeg ønsket belyst. Det var likevel temaer jeg under intervjuene mente jeg ikke fikk gode svar på. Dette gjaldt særlig ”konflikt-biten.” Jeg hadde forventet å grave litt i uenighet mellom partene, men informantene hadde ingen uenighet å vise til. Som jeg vil komme tilbake til i analysen, var dette et eksempel på at de førte meg frem til en annerledes forståelse enn jeg hadde med meg i ”førforståelsen.” Katrine Fangen beskriver at ”all forståelse viser tilbake til en *førforståelse* som vi ikke kan fri oss fra.” (Fangen 2004: 43)<sup>15</sup>

#### **4.2 Analytisk perspektivering**

Jeg har valgt et sosiologisk perspektiv som tar utgangspunkt i aktørenes egen forståelse av sitt dagligliv, og søker å kombinere dette med analyser av hva som nå preger feltet når det gjelder teori og kunnskap om relasjoner. ”Å gå veien om de berørtes egne erfaringer av forhold som angår deres praksis, er ett egnet inntak til å utvikle kunnskap om de prosessene som her gjør seg gjeldende” (Andrews 2002: 28, art 4, henviser til Smith 1987) Jeg ønsker å få aktørenes egen forståelse med i bildet, når jeg ved hjelp av annen litteratur om feltet søker en forståelse

---

<sup>15</sup> Å veksle mellom førforståelsen og den forståelsen man etter hvert i en studie kommer frem til ble av Heidegger kalt den hermeneutiske sirkel. For å gjøre prosessen mer bevisst kan man benytte seg av de innledende antagelsene og etter hvert se dem i kontrast til mer definerte funn. (Fangen 2004: 44)

av hvordan helsestasjonen arbeider, og hva som ligger i deres oppdrag når det gjelder kontroll og forebygging. Jeg ønsker å analysere aktørenes erfaringer på et overordnet nivå, ikke bare ut fra deres egen subjektive virkelighetsfremstilling.

Studien tar for seg helsesøstervirksomheten og dens brukere. Jeg antar at det kan være en dobbelthet mellom å være både samtalepartner og ekspert, og det har jeg ønsket å få begge parter syn på. Hva informantene forteller om kunnskap har jeg ansett som viktig, for jeg mener klientens kunnskaper speiler mye av hvilken rolle helsesøster tillegges.

Jeg har gått ut med en eksplorerende tilnærming, som kan beskrives som ”grounded theory.” (Fangen 2004: 33) Innenfor denne retningen er det ikke riktig å utforme problemstilling på forhånd, fordi det kan forhindre at man er tilstrekkelig åpen for feltet. Jeg gjorde analyser av intervjuene, før jeg forsøkte å finne teori som kunne beskrive de funn jeg mente å ha. Etterpå har jeg koblet analyseresultatene sammen med foreliggende teorier og litteratur på feltet. Dette har vært en bevisst strategi, for jeg ville unngå å analysere materialet etter min forståelse av bestemte teorier. Jeg hadde likevel lest meg opp på foreliggende forskning innenfor helsestasjonsfeltet. Mitt bidrag er å gå grundigere inn i dilemmaet rundt kontroll- og styrking som helsesøster og foreldre møter. Ved å se på dette fra begge parter side mener jeg å ha belyst temaet grundigere enn det foreliggende litteratur har gått inn på. I starten delte jeg sitatene inn i de forskjellige temabolkene, og leste og kommenterte dem flere ganger. Fangen (2004) beskriver hvordan man i analyseprosessen vanligvis tilfører noe mer til det man har sett og hørt. Man setter det inn i et nytt perspektiv. Fortolkninger av underliggende, skjulte interesser og drivkrefter og kritisk fortolkning kan regnes som fortolkninger av tredje grad. Ideologier og maktforhold kan være uttrykk for dominans som medfører at visse interesser gjemmes på bekostning av andre i de forståelsesformene som spontant oppstår. (Fangen 2004: 183) Deler av mine fortolkninger er av tredje grad, og et forsøk på å vise skjulte sider ved helsesøstres kunnskap.

### **4.3 Egen rolle/forskereffekter**

Samtidig som jeg har jobbet med denne oppgaven har jeg også hatt rollen som mor på min helsestasjon, fordi jeg fikk mitt andre barn etter at jeg hadde avsluttet intervjuprosessen. Det har gjort at jeg har reflektert mer rundt de erfaringer jeg har fått. Det har sikkert bidratt til å forme min analyse og påvirket den brillen jeg ser feltet gjennom. Jeg ser likevel at jeg som

ressurssterk mor ikke tilhører den gruppen som får kjenne på hvordan kontroll også kan være hardt. Det kan bety at min samhandling med helsesøster har skjedd mer på likefot enn det mange opplever, for eksempel mødre med rusproblemer eller innvandrerbakgrunn. Men jeg ser det likevel som et fortrinn, og Bråten hevder også at man ikke bare kan observere utenfra. Han støtter seg på Skjervheims skille mellom deltager og tilskuer i vitenskapelige studier, og mener at hvis man skal undersøke et samfunnsvitenskaplig fenomen, må vi ta del og bli en forstående deltager innenfra. For hvis vi ikke kan leve oss inn i horisonten for samhandling og kommunikasjon, forstår vi ikke feltet. (Bråten 1998: 157) Jeg ser det derfor som en fordel at jeg har fått tatt aktiv del i feltet selv, og slik fortolket feltet med støtte i egne erfaringer. Karin Widerberg (1995) beskriver hvordan det å kjenne på eget ubehag kan vise til hva man må forsøke å sette ord på. Jeg selv fikk ofte en ubehagsfølelse i møte med helsesøster. Jeg syntes min egen rolle var vanskelig å utforme, og trangen til å beherske rollen min ble sterk. Med dette i bakhodet forsøkte jeg å forstå hva informantens erfaringer forteller.<sup>16</sup>

Jeg mener også at jeg var i en rolle som informantene forstod. Jeg hadde stor mage, og var seks måneder på vei med mitt andre barn i intervjufasen. Jeg var altså både ”gravid mamma” og ”intervjuer”. Jeg opplevde samtlige informanter som velvillige, og tror det kan relateres til at de forstod hvorfor jeg ville vite mer om dette temaet. Jeg innledet med å fortelle litt om meg selv og presentere prosjektet, for å gi informantene mest mulig trygghet i situasjonen.<sup>17</sup> Inntrykket mitt var derfor at intervjuene foregikk slik at informantene følte seg trygge på meg og situasjonen. Jeg ser likevel de etiske utfordringene som ligger i at jeg etterpå analyserer det innsamlede materialet, med mine kategorier.

Alle tre helsesøstrene åpnet intervjuene mine med å ville snakke om mine erfaringer og inntrykk av helsestasjonen før vi kom i gang med mine spørsmål. De virket trygge på den rollen de fikk selv om det var nytt for dem å bli intervjuet. Jeg oppfattet det at de spurte om mine erfaringer som en måte å finne ut hvilken type mor de kunne anta jeg var. Og det var nok også et ønske om å finne ut om jeg var der med et kritisk blikk, eller mer positivt innstilt. De er trent på å samtale to og to, selv om det nok var litt uvanlig for dem å skulle snakke om seg selv, så virket de trygge på situasjonen. Men de var opptatt av å poengtere hvor vanskelig

---

<sup>16</sup> Med barn nr 2 ”fikk” jeg en lettere rolle å være mor på helsestasjonen i. Jeg ble ”mammaen som gjør en studie om helsestasjonen,” og jeg mener det medførte at samtalen mellom meg og helsesøstrene fikk et helt annet innhold. Jeg fikk en følelse av at jeg hadde overtaket. Jeg ble da en ”skolert mor” og min autoritet derfor større.

<sup>17</sup> De fleste informantene spurte litt om hva jeg selv syntes om kontakten med helsestasjonen. Jeg svarte da at det var både og, uten at jeg gikk i nærmere detalj eller noen gang sa noe om hva jeg selv var misfornøyd med. Jeg var bevisst på at det kunne forme deres svar, og at de kom til å svare i tråd med hva de trodde jeg ønsket.

det er å oppdage problematiske ting. Dette kan tolkes som at de ikke var helt sikre på hvordan de ville fremstå. De var veldig opptatt av å tone ned kontrollør-aspektet, kanskje fordi de satt med en forståelse av at de ikke kunne vise til så mange resultater fra sine ”kontroller” og at de derfor ikke ville sette seg selv i et dårlig lys. Retningslinjene har også fokus rettet på styrking, heller enn kontroll. Men helsesøstrene er fremdeles pålagt kontrolloppgaver. Basberg (2004: 42) tolker de helsesøstrene hun intervjuet dit hen at helsesøstrene ikke var så interessert i å ”gi noe til forskningen” og hun tolker det som ett uttrykk for feltets makt. Man er innen kvalitativ metode opptatt av å gi informantene trygghet i situasjonen, og Basberg mener at hun kanskje ikke forstod godt nok hva slags trygghet helsesøstrene trengte, og mener derfor at hun fra starten burde fått frem at hun ikke var ute etter å sette arbeidet deres i et dårlig lys. Så selv om Basberg oppfatter dem som autonome arbeidstakere, trenger de kanskje en annen støtte enn man tenker seg.<sup>18</sup>

Det at de kunne relatere seg til meg som en ”nysgjerrig mamma” tror jeg gjorde at informantene følte trygghet i situasjonen, og at vi fikk god kontakt. I ett intervju, som jeg gjennomførte hjemme hos meg selv, følte jeg derimot ikke at jeg klarte å skape en hyggelig stemning. Denne mammaen, som jeg viser til som Frida,<sup>19</sup> foreslo at vi kunne treffes hjemme hos meg, fordi det var mest praktisk for henne. Hun måtte uansett ha med seg gutten, så hun foretrakk å unngå kafeer. Dette intervjuet bar preg av at vi begge var litt ukomfortable, og jeg tror det kom av at det da ble så tydelig at vi tilhører ulike miljøer. Men det kan også ha vært på grunn av at vi befant oss hjemme hos meg. Jeg kan ha skapt en maktsituasjon ved å være både forsker og vert. Hun fikk ingenting å gjemme seg bak. Jeg gjennomførte to andre intervjuer hjemme hos mødre, uten at det skapte noen vanskelige situasjoner. Begge disse bodde i områder av byen med høy status, og de virket stolte av å vise frem sine hjem. Jeg synes det er en spennende forskjell i hvordan ulike kontekster ga ulike utslag for intervjurelasjonen, og for min rolle som intervjuer. Det var lettere å intervjuer når jeg kunne inneha en mer ”nøytral” rolle i andres hjem, enn når noen kom hjem til meg. Det ubehaget jeg følte hjemme med informanten hjemme hos meg selv kan også ha vært fordi jeg ble smittet av hennes ubehag.

---

<sup>18</sup> Cecilie Basberg er stipendiat på institutt for Kriminologi og rettssosiologi. Hun tilhører derfor en teoritradisjon som ofte har et kritisk blikk på de institusjoner, og det kan tenkes å ha ledet helsesøstrene til å tro at det var hennes hensikt.

<sup>19</sup> Se analysekapitlet

Kvalitativ forskning baserer seg på et subjekt-subjekt-forhold. Det er likevel vanskelig for meg å vite hvordan jeg eventuelt påvirket de resultatene jeg fikk. Slike gjensidige påvirkningsforhold er vanskelige å gjøre rede for (Thagaard 1998: 17). Ved å gi et mest mulig nøytralt inntrykk ønsket jeg å påvirke informantene minst mulig. Jeg forsøkte å fremstå bare som høflig nysgjerrig, og tror det gjorde informantene selv litt nysgjerrige på sine egne erfaringer. Og jeg mener derfor at jeg ikke forstyrret eller ”brukte” dem på en måte slik at de ble misfornøyde med å ha stilt opp.

#### **4.4 Etiske vurderinger**

I min analyse av datamaterialet kobler jeg informantenes sitater opp mot min teoretiske forståelse av feltet. Jeg forstår dem kanskje på en måte som er annerledes enn slik de forstår seg selv. Jeg har derfor vært svært bevisst på at det er viktig å reflektere over hvilke etiske føringer jeg skal forholde meg til.

Informantene er anonymisert, og jeg har i størst mulig grad forsøkt å unngå at de skal kunne gjenkjennes. Kanskje vil noen kunne gjenkjenne sine egne sitater, og jeg har derfor ønsket å være varsom i mine fortolkninger. Jeg ønsker ikke å tolke den enkelte på måter som den ville oppleve som ”støtende.” Det er likevel viktig å skille mellom intervjuerens forståelse og forskerens tolkninger. Det ligger i studiens siktemål å kunne avdekke mer om feltet enn bare det informantene klarer å sette egne ord på. Derfor har jeg tolket deres sitater, men forsøkt å bestrebe meg på å gjøre klart hva som er min oppfatning og tolkning av et utsagn eller en situasjon og hva som er informantens oppfatning og forståelse.

#### **4.5 Tilgang til feltet; utvalgets sammensetning og intervjuenes kontekst**

Jeg opplevde det å finne informanter som en grei prosess. Men jeg fikk ikke med alle jeg ønsket. Oslo kommune hadde til og med 2004 et kompetansesenter for helsestasjonen, og de hadde akkurat arrangert et kurs om foreldreveiledning da jeg kom i kontakt med dem. På en slik samling spurte de deltakerne om de kunne tenke seg å delta i min undersøkelse, og de som ville tegnet seg på en liste. Det var seks stykker som skrev seg opp. Tre av dem svarte ikke på mine henvendelser, to sa nei, og en stilte opp. Begrunnelsen til de som ikke ble med var at de hadde det for travelt. Jeg ønsket å snakke både med helsesøstre som hadde tatt ekstra kurs, og noen av de andre. Derfor henvendte jeg meg til en helsestasjon i en småby, og to av helsesøstrene sa seg entusiastisk villige til å være med. Jeg ønsket å rekruttere mødre som

hadde gått til de helsesøstre jeg intervjuet. På den ene helsestasjonen fikk jeg tillatelse til å spørre mødrene om få intervju dem mens de ventet på å komme inn til helsesøster. På den andre helsestasjonen ønsket de ikke det, men jeg fikk sette opp en plakat hvor jeg spurte etter deltakere. Den fikk jeg ikke respons på. Jeg rekrutterte derfor en mor til denne helsesøsteren ved at en av mine venninner kontaktet en hun kjente som bodde i det området, en ”snøballmetode” som ofte benyttes i kvalitativ forskning. (Thagaard 1998)

Da jeg gikk i gang med analysen ble jeg tryggere på at det for mine formål ikke var avgjørende hvor mange mødre jeg kunne knytte til den enkelte helsesøster. De fleste mødre har møtt mer enn én helsesøster i sin kontakt med helsestasjonen, så fokuset ble i liten grad hva de forteller om akkurat den ene helsesøsteren. Jeg mener jeg har et dekkende materiale til å belyse problemstillingen. Jeg er likevel ydmyk i forhold til forståelsen av hva mine informanter representerer. De er ulike i forhold til utdanning, alder, yrker og familiestørrelse, og har dermed ulike erfaringer og holdninger. Å velge helsestasjoner ut fra skjønnsmessige og praktiske motiver var nødvendig med den problemstilling jeg hadde, og for å komme i mål innenfor tidsrammene.

Jeg må innrømme at jeg har hatt et ønske om en veldig forsiktig generalisering. Uvalget mitt er langt fra omfattende nok til å kunne generalisere etter en kvantitativ mal, hvor man helst skal ha over tusen enheter. Men andre kvalitative forskere hevder at det går an å si noe om et fenomen også med en begrenset kvalitativ studie. ”Det har vist seg at små utvalg i form av dybdestudier av samhandling kan si noe generelt og representativt” (Wadel 1999:23) En rik og god kontekstualisering blir således vesentlig. Det er det jeg har forsøkt å gjøre.

Det var ikke alle spørsmål jeg syntes jeg fikk like gode svar på. Basberg (2004:33) stiller seg spørsmålet ”hvorfors skulle helsestasjonene ønske å delta i et prosjekt som kan innebære at de blir utsatt for negativ omtale og kritikk, og som i konsekvens vil kunne innebære at helsesøstre kommer under press i forhold til verdier og arbeidsmåter de anser som gode?” Jeg tror helsesøstre hadde liten lyst til å skissere hva de gjør med de tilfeller som trenger ekstra oppfølging, og jeg fikk ikke så gode svar på dette. Jeg mener å ha opplevd begrensninger i forhold til hvor åpne de var på enkelte områder. Det falt dem lettere å komme med beretninger om ting de opplevde som vanskelige, men som de kunne tilskrive systemet eller manglende økonomiske ressurser. Jeg tror det kan være at forhold som helsesøster må behandle ut fra skjønn er vanskelige for dem å være åpne om, fordi skjønn innebærer å bruke

personlige vurderinger. Ved å diskutere sitt ”skjønn” risikerer de kanskje å vurdere deler av sin personlighet, og det tror jeg de kanskje ikke hadde lyst til.

Basberg (2004:36) mener at helsesøstre kjennetegnes av relativt stor grad av autonomi; selvstyring, frihet, fleksibilitet og autoritet. Hun opplevde tilgangen til helsestasjonen, for sitt forskningsprosjekt, som vanskelig. Og hun antar en viktig forklaring på det er at disse nevnte verdiene er viktige for helsesøstrene, og de er redd for å miste dem, om forskningen skulle vise at de ikke er ”flinke” nok. Hun er også inne på en annen interessant forklaring på det; ”at helsesøstrenes profesjonelle selvforståelse er forankret i kompetanse på det generelle;” de velfungerende mødre med friske barn. Det kan også være en del av forklaringen på hvorfor helsesøstrene så nødig beskrev hva og hvordan de gjør i forhold til de barna de fanget opp med problemer.

#### **4.6 Om fortolkning av data**

Jeg så etter sammenfall og diskrepans i de forskjelliges fremstillinger. Samtidig som jeg har delt inn etter temaer, har jeg forsøkt å sette svarene inn i en mer helhetlig kontekst. Det vil si at jeg har forsøkt å sette den enkeltes sitater inn i en større ramme, hvor strukturer som makt og kunnskap stod sentralt. Gjennom analyseprosessen har jeg forsøkt å veksle mellom informantenes bidrag og de strukturer jeg tror de er med på å skape. Slik mener jeg å ha prøvd på en hermeneutisk prosess. Denne vekslingen har gitt meg nye ideer underveis, og var med på å gi meg ideen om ”et skjult pensum” som jeg mente å se, i tillegg til å undersøke de andre teoretiske modeller jeg var opptatt av. Den hermeneutiske tradisjon poengterer at vi kan tolke handlinger som tekst. Vi kan se handlingen som uttrykk for noe annet.

Folks handlinger blir ut fra dette perspektivet *tegn*, som innehar et overskudd av mening, og som vi leser ut fra den førforståelsen vi er bærere av. Disse underliggende strukturene, handlingens latente betydninger, kan bestå av symbolsk kunnskap, eller de kan bestå av erfaringer som er lagret i underbevisstheten (Fangen 2004: 178).

Mitt begrep om ”skjult pensum” er sterkt beslektet med symbolsk kunnskap eller erfaringer som delvis er underbevisste.

På bakgrunn av det som jeg fant i intervjuene har jeg forsøkt å finne gode teoribaserte fortolkninger av dette. Med teoribaserte fortolkninger refererer jeg til at jeg som forsker ikke står alene, men forholder meg til allerede etablert kunnskap (Gundersen 1998: 22). Mine

fortolkninger vil sannsynligvis bære preg av den teoretiske ballast jeg hadde med meg. Samtidig har analysearbeidet ledet til refleksjon over mine egne fortolkninger og kunnskap. I størst mulig grad har jeg ønsket å unngå å se feltet gjennom en teoribrille, men å få øye på de tendenser som faktisk er der. Jeg antok at jo mer jeg leste på forhånd desto mindre åpen ville jeg bli for nye fortolkninger. Jeg håper at jeg har klart å forholde meg åpen, og det særlig ved å være bevisst nettopp på de føringer jeg hadde med meg.

I analysen har jeg valgt å ta utgangspunkt i ulike temaer og i denne forbindelse har jeg ikke sett det som nødvendig eller ønskelig å presentere informantene som ”hele” personer. Jeg er opptatt av hvordan jeg best kan skape et bilde av feltet, og det mener jeg at jeg får til ved å sortere sitater etter temabolker. Jeg har gitt fiktive navn til informantene, og gitt noen bakgrunnsopplysninger som er brukt for å analysere intervjumaterialet. Jeg har utelatt opplysninger som gjør det mulig å kjenne dem igjen.

Fortolkningene innebærer en dobbel hermeneutikk. Informantenes fortellinger er satt i en sammenheng som er meningsfylt for dem ut fra deres egen situasjon og erfaring. Min forståelse er derimot preget av min faglige bakgrunn og har et litt annet perspektiv. På den ene siden fokuseres det på informantens forståelse, på den andre siden fremstilles min tolkning av informantenes fortellinger på bakgrunn av kjennskap til intervjumaterialet som helhet (Thagaard 1998: 122).

#### **4.7 Konstruksjon av kunnskap i intervjusituasjonen**

Steinar Kvale (1997) mener at ledende spørsmål ikke nødvendigvis reduserer forskerens reliabilitet, men kan være med på å styrke den. Jeg har forsøkt å unngå å stille ledende spørsmål, men det er vanskelig å vurdere hvordan informantene har oppfattet dem. Det viktige er derfor ikke å unngå å stille ledende spørsmål, men å erkjenne spørsmålets virkning og gjøre spørsmålene tydelige, slik at leseren kan vurdere spørsmålets betydning for forskningsfunnene (Kvale 1997: 97). Jeg mener at jeg har anstrengt meg for å få tak i informantenes egen forståelse av det vi snakket om, og at spørsmålene var ment å være åpne. Intervjuguiden bakerst kan vurderes.

Hvorvidt andre ville sett de samme tendenser som meg handler om reliabiliteten til mine funn. (Fangen 2004: 209) At Andrews (2004) også diskuterer hvordan makten kan skjules på



helsestasjonen med dagens retningslinjer viser at andre studier har vært opptatt av det samme. Mine funn står ikke i motsetning til det andre innen feltet tidligere forskning har påpekt, men det finnes lite studier som dokumenterer akkurat disse aspektene. For at andre også skal kunne vurdere min empiri presenterer jeg derfor informantenes sitater for å vise hva jeg bygger mine antakelser på. Jeg har forsøkt å utførlig vise hvordan jeg har kommet frem til mine tolkninger, slik Fangen anbefaler. Muligheten for å etterprøve mine resultater er derfor tilgjengelig (Fangen 2004: 212).

#### **4.8 En vurdering av data i forhold til mitt formål**

Som jeg tidligere har nevnt, hadde jeg mine egne private erfaringer innen dette feltet. Jeg har også vært på min egen helsestasjon jevnlig under hele arbeidet med denne oppgaven. Derfor mener jeg å ha en ”sterk følelse” av hvordan det er å være mor på helsestasjonen. Jeg mener derfor at kvalitative intervjuer var en nyttig metode. Jeg kunne valgt å gjøre et mer variert feltarbeid, som kunne gitt en bredere forståelse. Det ville bydd på praktiske problemer hvis jeg skulle fått til å observere de samme over tid, eller hvis jeg skulle observert under konsultasjonene. Jeg undersøkte i starten muligheten for dette, men helsestasjonene jeg var i kontakt med var ikke villige til det. Også tidsmessige hensyn talte i mot å bruke for mye tid på søknader om tillatelser og innpass. Basberg gjorde forsøk på å få tilgang til feltet på en slik måte, men fikk svært begrenset tilgang.<sup>20</sup> Jeg tok derfor konsekvensene av hennes erfaringer, og støttet meg på intervjuer som vei til informantenes erfaringer.

I etterkant ser jeg at jeg kunne fått bedre data hvis jeg hadde hatt den forståelsen av feltet jeg fikk under analysen allerede i intervjufasen. Hvis jeg hadde klart å analysere intervjuene bedre underveis, kunne jeg fulgt bedre opp de tendenser jeg nå ser i materialet. Tanken om ”et skjult pensum” dukket opp etter at jeg var ferdig med datainnsamlingen. Hadde jeg tidligere ønsket å grave dypere i dette aspektet hadde intervjuguiden sett noe annerledes ut. Men jeg ser det samtidig som en styrke ved metoden at jeg fant frem til tendenser som jeg ikke var på leting etter. Det er nettopp en fordel med eksplorerende studier, at man kan la begreper og teorier vokse naturlig ut av dataene og ikke blir låst fast til kategorier man hadde tenkt ut på forhånd. (Fangen 2004: 33) Jeg mener derfor at jeg har hatt gode data til mitt formål. I den kommende diskusjonen vil jeg derfor presentere mine fortolkninger av det informantene mine

---

<sup>20</sup> Se Basbergs artikkel 2004, hvor hun redegjør for hvordan hun mener å ha møtt motstand for sin doktorgradsoppgave om hvordan helsestasjonen fanger opp vold, og at hun måtte avkorte feltarbeidet fordi hun ikke fikk like god tilgang som hun ønsket.

sa. For å vise hvordan de opplever sine roller og eventuelle konflikter mellom dialog og kontroll.

## **Kapittel 5 Fra morsposisjonen: mødres møter med helsestasjonen**

Jeg vil gi en presentasjon, beskrivelse og analyse av mitt empiriske materiale.

Intervjumaterialet består av 5 mødre og 3 helsesøstre. En av helsesøstrene arbeider i Oslo og to i småby. Av mødrene har en gått til helsesøsteren i Oslo, og to mødre til hver av de to helsesøstrene i småby. Helsesøsteren snakker på et generelt grunnlag uten å vite hvem av mødrene jeg har vært i kontakt med. Mødrene kjenner gjerne til flere av helsesøstrene på helsestasjonen de går til, dermed uttaler de seg også ut fra det inntrykket de samlet sett har av helsesøstrene de har møtt.

Jeg har valgt å presentere mødrene først, som en separat del, og deretter helsesøstrene som en egen del. Ved å presentere fortolkningen av mødrenes møte med helsestasjonen først, er det meningen å vekke nysgjerrigheten for hvordan helsesøstrene oppfatter sin praksis.

Det er ulike samtalestrukturer som partene har deltatt i. Helsesøster Kari og mammaen Trude formidler erfaringer fra gruppestrukturen. De andre har møttes på tomannshånd. Jeg skiller også mellom to typer gruppemøter; barselgrupper og gruppekonsultasjoner.

Gruppekonsultasjoner er når alle konsultasjoner med helsesøster er lagt til grupper, og ikke individuelt. For mødrene som har deltatt i barselgrupper har treffene med helsesøstrene skjedd utenom gruppene, og barselgruppene er ment å organisere seg selv etter at helsestasjonen setter opp to eller tre treff i starten. Helsesøster deltar nødvendigvis ikke på disse i det hele tatt. To av mødrene som har møtt helsesøster på tomannshånd, har gått i barselgruppe. Det innebar to treff på helsestasjonen for at de skulle bli kjent, og så fikk de ansvaret for videre treff selv. Barselgruppene skiller seg slik ut ved å være lagt opp med rent sosiale siktemål, mens gruppekonsultasjoner med helsesøster er meningen å dekke alle behov for kontakt med

helsestasjonen, innen gruppestrukturen. Kanskje er det vanskelig å få til like godt som på tomannshånd.<sup>21</sup>

## 5.1 Livsverden

Helt sentralt for å gi mening til analysen er konteksten til den enkelte. For å kunne forstå hva informantene legger i sine erfaringer, deres meningshorisont, så har jeg forsøkt å *ikke* sette meg utenfor deres system, men å forstå dem i sitt eget miljø. Som Bråten skriver, så er det avgjørende for å forstå deres sitater i lys av deres situasjon.

Når mellommenneskelige relasjoner settes i fokus, innebærer det at vi ikke kan nøye oss med å betrakte systemet utenfra – fra et tilskuersted – eller ovenfra, som i et fugleperspektiv. Noe grunnleggende faller utenfor enhver systemdefinisjon, rett og slett fordi det ikke lar seg avgrense ved å trekke skillelinjer mellom det som er innenfor og utenfor. Forutsetningen for å kunne avgrense et sosialt system, som for eksempel et sykehus, er at vi så å si må kunne stille oss utenfor – som tilskuer. Fra et slikt tilskuersted gjør vi sykehuset og det som skjer der til gjenstand (objekt) for våre betraktninger og beskrivelser. Det er deltagerens meningshorisont, eller det vi kan kalle deres kulturelle livsverden, som ikke fanges inn på denne måten (Bråten 1998: 157).

Jeg har derfor forsøkt å forstå informantenes erfaringer innenfra. Selv om jeg aldri kan helt plassere meg i deres ståsted, har jeg forsøkt å forstå relasjonene ut fra informantenes verden.

## 5.2 Mødre-profiler (klienter)

De fem mødrene er på mange måter homogene i sine forventninger til og erfaringer med helsestasjonen, men jeg ønsker å skille dem langs dimensjonen; småby- og storbydimensjonen. Trude er storby-mammaen, mens Jenny, Tove, Frida og Camilla er småby-mammaer.

Trude er redaktør, gift og mamma til to gutter på 5 og 1,5 år. Hun bor på østkanten i storby, sammen med mannen sin som er en kjent kulturpersonlighet fra både tv - og musikkbransjen. Hun er den av informantene med lengst utdanning, og hennes svar preges av at hun er opptatt av kunnskap. Hun forholder seg til kunnskap på en annen måte enn de andre, for hun kan mye selv, men hun forventer at helsesøster har en mer praktisk kunnskap slik at hun er i stand til å

<sup>21</sup> Helsesøstre jeg har snakket med (i forbindelse med treff på min egen helsestasjon) sier at det var flere som ble godt kjent da de hadde barselgruppene utenom, enn da de gikk over til gruppestruktur for alle treff. Da var det som om det sosiale målet ble tydeligere for deltakerne, og de tok mer ansvar for å oppnå det. Selv synes jeg også at man blir kjent på en veldig ubehagelig privat måte når man skal diskutere private ting med mennesker man ikke kjenner.

komme med råd om praktiske problemer. Hun er derfor skuffet over at helsesøster ikke klarer å bidra med mer enn hun gjør. De andre mødrene har mer uklare forventninger om kunnskap og hva helsesøster bør kunne bidra med.

Camilla er langtidssykemeldt fra jobb som barnepleier. Hun er samboer og mamma til en gutt på 8 år og jente på 5 mnd. Samboeren er en fremtredende kulturpersonlighet i lokalmiljøet, og de bor i et populært strøk i en småby. Det er store kontraster i hennes erfaringer med helsestasjonen før og nå. Tidligere oppfattet hun helsesøster som en ”dommer”, nå ser hun på helsesøster som en hyggelig samtalepartner.

Frida er sekretær, alenemor og mamma til gutt på 8 mnd. Hun bor i et ”dårlig” strøk i en småby, og har nesten ikke kontakt med pappaen til gutten. Hun møter opp med barnet for å få det kontrollert og ”godkjent.” Hun har lite forventninger til at helsestasjonen skal bidra utover de rent fysiske ting. Men hun sier at de sier vel i fra hvis det skulle være noe.

Tove er økonom, gift og mamma til jente på 4 år og gutt på 15 mnd. Alle hennes svar dreier rundt at hun sier hun aldri har hatt behov for noe hjelp. For henne er helsestasjonen for de som har problemer av noe slag, og ved å påpeke at de ikke har det mener hun nok å fremstå som ”vellykket.” Hun har stor tillit til at helsestasjonen ville bidratt med det hun trengte, hvis det skulle være noe. Og hun har også en gang bedt om råd, og da sa de hun skulle fortsette i samme spor. Hun poengterer at de klarer seg selv.

Jenny er markedsfører og pendler til storbyen, gift og mamma til gutt på 8 mnd. Hun formidler både småby- og storbyerfaringer. Hun jobber i et ungt, kreativt miljø i storbyen, men bor i sentrum i en småby. Hun er ung og har knyttet tette bånd til de andre mødrene hun møtte gjennom barselgruppen. Hun mener helsesøster kanskje kunne tatt mer ansvar i forhold til barn og foreldre, og selv om hun er greit fornøyd med de svar hun har fått mener hun det kunne burde vært mer kunnskap å hente på helsestasjonen.

### **5.3 Temabolker i analysen**

For å få frem de ulike aspekter som intervjuene belyser, har jeg delt materialet inn i 5 tema; trygghet, samspill, kunnskap, kontroll og råd. Disse kategoriene vil bli knyttet opp mot teorier om dialog, makt og kunnskap. Ut fra disse kategoriene mener jeg å kunne diskutere hvordan

mødrene oppfatter helsesøsters rolle. Derfor vil jeg redegjøre for mødrenes ulike ”bilder” av sin helsesøster, før jeg presenterer analysen av helsesøstrene. Begrunnelsen for å dele inn i temabolker, i stedet for å presentere mødrenes erfaringer hver for seg, er et ønske om å få til en ryddig og oversiktlig diskusjon når ett tema kan tydeliggjøres og diskuteres om gangen.

### **5.3.1 Forholdet mellom styrking og trygghet**

En av helsestasjonens sentrale oppgaver er å styrke foreldrene i sin foreldrerolle. Hva gjør de for å få det til? Jeg vil her gå inn på hva mødrene vektlegger som trygghetsskapende.

Helsesøster skal støtte foreldrene på de valg de tar, og unngå at de forlater helsestasjonen mer usikre enn da de kom. Tove ser på trygghet som viktigste grunnen til å gå på helsestasjonen. For henne har helsesøster fungert trygghetsskapende.

Det er alltid koselig å komme dit. Trygt og godt. Tove

Hun nevner at det var særlig i starten med den førstefødte at behovet for støtte var størst.

Spesielt som førstegangsfødende. Nå andre gangen så går ting litt mer av seg sjøl. Ja, når man kommer dit med den første på 6 uker så er alt fremdeles ganske nytt, synes jeg da. Og da er det veldig, synes i hvert fall jeg da, trygt og godt å komme til noen som kan dette her, og se om jeg gjør det riktig. Og si at utviklingen er bra, hvis det er det, så klart. Tove

Hva man får ut av møtet med helsesøster vil variere ut fra både hvordan helsesøster legger opp treffene, men også de ulike personligheter som mødrene er. Trude går til Karis helsestasjon, men har hatt både Kari og en annen nyansatt helsesøster, på grunn av interne rokkeringer. Hun er ikke fornøyd med den andre hun nå går til, men fremhever hva hun er fornøyd med hos Kari.

Hun er så flink til å gi deg tro på deg selv som mor, at du gjør det som er best for ditt barn. Og det er nesten uansett hva man gjør. Hun er kjempeflink til å bygge opp under den følelsen. At du som mor, og ditt barn er unikt, den følelsen tror jeg hun gir hver enkelt. Og det er sikkert litt ekstra, men i og med at jeg har møtt henne så ser jeg jo hvor viktig det er, og særlig for de som er mødre for første gang. Trude

Trudes beskrivelse handler om en helsesøster som følger ny praksis. Idet trygghetsskaping, som hun ser som det aller viktigste for helsesøster å vektlegge, står sentralt i dagens retningslinjer. Mødrene verdsetter den trygghet som det ser ut til at helsesøstre med ny praksis forsøker å gi. Trudes helsesøster lytter, og gir ikke råd uten å basere det på mødrenes erfaring.

Noe av det jeg setter så pris på ved henne er at hun er så flink til å bygge opp under at du gjør det rette for ditt barn. Og sier selvfølgelig fra hvis det er noe som er helt hull i

hodet, som man ikke bør gjøre. Hun får liksom finne ut av hva som er foreldrenes vurderinger, og gi dem trygghet på at det er det beste. Trude

Frida, som er alenemor, gir et lignende bilde av sine forventninger og erfaringer med helsestasjonen. Trygghet gikk igjen som det hun ønsket ut fra kontakten med helsesøster.

Helsesøster bidrar til at en blir tryggere sjøl. Frida

Frida er altså helt klar på at hun blir tryggere selv av kontakten med helsesøster. Ingen av helsesøstrene jeg har intervjuet, de som disse mødrene har gått til, vil jeg plassere i den gamle fasen hvor kontroll og ekspertstyring kan tenkes å ha vært dominerende. Fridas helsesøster har i relasjonen til henne vært slik helsesøstre i den nye fasen skal være. Camilla har med sitt andre barn nå en helsesøster hun er fornøyd med, og som hun beskriver som en helsesøster som tilhører den nye fasen. Men helsesøsteren hun møtte med sin førstefødte praktiserte på den gamle måten.

Jeg er kjempefornøyd med det som er nå i forhold til det som var. Jeg følte meg veldig styrt, og jeg følte meg veldig redd på helsestasjonen da jeg fikk min første. Camilla

Ved å bli møtt med det Camilla oppfattet som en lite tillitskapende holdning følte hun trang til å fortelle usannheter om hvor mye barnet spiste. Hun følte det ble satt spørsmålstegn ved om gutten spiste nok, selv om hun fullammet gutten. I henhold til kunnskap om amming vil gutten få nok næring hvis han legges til brystet ofte nok. Når hun nå blir møtt av støttende helsesøstre som forsøker å føre en dialog blir hun interessert i å fortelle hvordan ting faktisk står til. Dette knytter an til det Bråten beskriver om hvordan man kan endre på betingelsene for samtalen, og slik motvirke modellmakt. Det som ligger som et utgangspunkt fra mammaen sin del er at hun hele tiden har handlet til det beste for barnet. Når hun løy til helsesøster var det ikke for å unndra seg kjeft for dårlig omsorg, men fordi hun og helsesøster hadde ulike oppfatninger av hva som er beste måten å gjøre ting på. Hun oppfattet det som at hennes erfaringer ikke strakk til, hvis virkelighetsoppfatningen skulle defineres i samarbeid med helsesøster. For å unngå at helsesøsteren fikk all makt i situasjonen unnlot hun derfor å diskutere problemene. Nå er det annerledes.

Jeg tror den tryggheten som vi har nå når vi er der nede, det hadde vært mye lettere å ringt ned og sagt jeg plages med et eller annet enn det var da jeg hadde han første. For da turte jeg ikke det for mitt bare liv, jeg prøvde å rette opp alt fram til neste kontroll. For det var sånn det skulle være. Og helst løy jeg litt om hvor mye melk jeg hadde så jeg var sikker på at jeg kunne si at han fikk nå 4-5 måltider for dagen, og egentlig fikk han ikke det. Camilla

Det kan være at helsesøsters *blikk* gjorde at hun plasserte Camilla i feil kategori. Hun var ung alenemor, og det kan ha vært kjennetegn som gjorde helsesøster skeptisk. Dermed ble det vanskelig å skape en dialog, for mammaen hadde ikke tillit til helsesøsteren.

I dag opplever Camilla en annen kommunikasjon med helsesøster. Hun tilhører en annen helsestasjon og går til helsesøster Mia. Hun kommer for sin egen og barnets del, ikke for å tilfredstille helsesøsters krav. Dermed legger hun selv premissene, og tar større del i å gjøre det til et fruktbart samarbeid. De opplevelsene hun forteller om fra dagens helsestasjon hjelper henne derimot til å utforme sin egen rolle, i samarbeid med helsesøster. Hun blir møtt med respekt for den hun er og det hun gjør, og opplever det som trygt. Å bli støttet på at det de allerede gjør er bra, gir selvtillit og trygghetsfølelse hos mødrene. Å få snakket om seg og barnet, og tenke når man går at alt er bra med oss, ser ut til å være nok for at disse mødrene blir trygge. Når andremann kommer, kan det se ut til at mange mødre bærer med seg tryggheten de utviklet gjennom erfaringene med den første.

Du er så mye tryggere når du får nr 2, det blir ikke det samme. Men så er det jo to helt forskjellige barn. Jeg kan ikke sammenligne dem i det hele tatt, de finnes ikke like på en flekk. Han der sov jo ikke før han var to år, og hun her har jo sovet 12 timer hver natt siden hun kom til verden. Så det blir ikke sånn som sist gang, at man trenger så mye. Men det er greit å få bekreftet, å gå ned og si at sånn og sånn er det, og de sier at det er helt greit. Det er fint, selv om det er nummer to. Camilla

Som andregangsmamma stoler Camilla i større grad på seg selv, og hun er trygg på at hun også kan komme til helsestasjonen med problemer. Hun setter ord på det jeg tolker at mødrene setter stor pris på; at man kan fortelle hvordan man gjør omsorgen for at helsesøster skal si at det er bra. Det har betydning å få slike tilbakemeldinger, selv om man er trygg i utgangspunktet.

De skaper den tryggheten som gjør at du tør å ringe ned, for det er jo da du har behov, første gangen. Det er jo ikke nå, nå hadde jeg virkelig ikke hatt noe problem med å ringt og sagt at kan dere ikke se på det, vær så snill. Men det torde jeg ikke da. Da ringte jeg heller legevakta, når han var syk. For de var mye hyggeligere, disse mannfolka. Camilla

Hvis man bare sitter igjen med et inntrykk av at helsesøstrene sitter med makten, og mødrene føler at de hele tiden blir kontrollert, er det lite sannsynlig at det skapes et miljø som støtter opp under mødrenes selvtillit. Det kan man lese ut av Camillas tidligere opplevelser. For å unngå en modellmaktsituasjon unngikk Camilla å diskutere sine problemer. Og det viser til forskjellen mellom å møte helsesøstre fra gammel eller ny fase. Jeg ser ikke tendenser til makt i de beskrivelser som her gis om helsesøstre fra den nye fasen. Det kan tenkes å være fordi den makten de utøver er mer skjult, men det kan også tyde på at man har oppnådd mer likeverdig samhandling.

### **5.3.2 Samspill**

Relasjonen mellom foreldre og barn blir sett som avgjørende for barnets utvikling, som jeg tidligere har presentert. For å sikre at barnet vokser opp og utvikler en god psykisk helse har helsestasjonen en intensjon om å styrke samspillet mellom foreldre og barn. For mine informanter er det vanskelig å gi gode beskrivelser av hvordan deres helsesøster får dette til. De nevner ting som at barnet skal ligge på magen eller ryggen, og liknende, fordi de ikke forstår helt hva samspill er. Jeg har likevel tatt det med som et eget tema i analysen, fordi dette var en sentral del av hva jeg vektla i intervjuguiden, og jeg prøvde virkelig å finne svar på det. Og når alle tre helsesøstrene, som mødrene har gått hos, vektlegger samspill som en av deres viktigste oppgaver så er det interessant at mødrene ikke opplever det slik. En mor, Tove, var veldig trygg på at hun kunne det som var nødvendig, og hun mente det var unødvendig med noe spesiell fokus på samspill.

Det har jeg ikke tenkt så fælt på, vet du det kan jeg nesten ikke svare på. Men det, ja når han var mindre så var det hvordan han helst skulle ligge litt på magen og litt på rygg, for å trene opp nakken. Ja, og sånne ting. Det er liksom sånt man gjør likevel. Tove

En annen mor sa:



Det var vel et sånt møte som gikk litt på babymassasje, men det var en sånn felles samling, vi var vel en 6-7 mammaer. Men i kontrollene så har hun ikke tatt opp noe om det. Jenny

Frida sa at helsesøster hadde tatt det opp, men så mener hun at det lærerike var et hefte om ernæring, så hun forstod kanskje ikke helt spørsmålet.

Ja, og brosjyrer har vi fått. Veldig mye bra informasjon. Den boken som vi har fått om kost og ernæring, hva som er anbefalt. Rutiner og sånne ting, det synes jeg har vært veldig nyttig. Frida

Camilla er av dem som vet hva samspill er, og setter ord på hva helsesøster har kommentert. Det har vært skryt av hvor ”oppvakt” barnet er. Camilla går til helsesøster Lina, og er selv barnepleier. Kanskje hun selv har styrt samtalen inn på temaet. Foreldrene husker muligens mer av hvilke kommentarer man har fått rundt samspill hvis de selv hadde fokus på det i utgangspunktet.

Ja, hun er jo veldig kvikk, har vært det hele tiden, det har vært skryt av hvor godt et forhold det er, og hvor mye hun får med seg til å være så liten. Senest i går sa de at de kunne ikke ha tenkt seg at hun var under 6 mnd, fordi hun både hopper og er såpass kvikk. Men det har vel noe med rytmen hennes å gjøre, det sier de også. Hun sover jo 12 timer om natta, og er veldig mye våken om dagen. Og det er ofte at de barna kommer fortest. Sånn på alle plan. Så sånt har vi prata om, ja. Og også ellers når vi har vært der, jeg vet ikke hvem som har tatt opp noe, det kjennes bare som å ha glidd i gjennom en samtale. Det er ikke noen sånn forhørfølelse. Det er bare som å ha sittet å skravla, og jeg vet ikke hvem som har tatt opp hva. Camilla

Camilla skildrer samtalen som hyggelige, og at de ikke bærer preg av at helsesøster styrer temaene. Hun føler seg ikke kontrollert, bare at helsesøster er en hyggelig samtalepartner. Og hun bruker deres forklaringer, når hun forklarer til meg hvorfor jenta er så kvikk. Det er på grunn av rytmen hennes, sier de. Hun er litt stolt av det skrytet de har fått, og bærer deres forklaringer videre. Jeg tolker det som et eksempel på hvordan kunnskap kan overføres ved hjelp av positive kommentarer. Da blir mødrene lydhøre.

Trude er den som har fått med seg mest om samspill. Hun er nok også en av de mest kunnskapsrike informantene. Hun kjenner til mye av teorier og kunnskap om barneomsorg etter å ha lest mye litteratur på området.

Jeg husker at hun tok opp empati, at allerede nå kunne vi begynne å øve på det. Jeg husker ikke hvor gamle de var, de var kanskje sånn 8 eller 10 måneder. Da kom vi fort

over til å snakke om de som hadde eldre søsken, så hun mistet egentlig kontrollen over temaet. Og de som ikke hadde flere barn, det var kanskje ikke så interessant for dem. Men der syntes jeg hun var god da, med de større barna. Trude

Trude har gått til to ulike helsesøstre, den siste av dem er hun ikke fornøyd med. Tidligere gikk hun til Kari. Hun mener at denne siste helsesøsteren demonstrerer manglende forståelse for hvordan de bør snakke om sønnen, som er tilstede. Og helsesøsteren var heller ikke forberedt på hvilken bakgrunnshistorie gutten hadde.

Og da ble hun veldig nervøs, og oi nå må jeg visst sette meg ned å lese litt her, og først så ville hun at jeg skulle forklare henne det. Og det syntes jeg ble veldig ubehagelig, for sønnen min var 4 år og han var tilstede, og han trenger ikke å få høre alt. Og i hvert fall ikke på den måten. Han kan få det i små doser, tilpasset hans språk og måte å ta inn ting på. Han er jo klar over at han sliter, og han merker at han innimellom ikke løper like fort som de andre og sånn. Men hvordan jeg forklarer han det, er ikke som jeg skulle forklare helsesøster det, og siden det var 4 års-kontroll og to år siden han hadde vært der burde hun vært forberedt. Trude

Denne mammaen ser ut til å være mer opptatt av samspill enn helsesøsteren, i alle fall i denne situasjonen. Man burde kunne forvente mer av en helsesøster, enn at hun hadde tenkt å snakke om vanskelige temaer for gutten, i hans nærvær. Denne mammaen ser ikke ut til å være under noen form for modellmakt i forhold til helsesøsteren. Hun har merket seg at hun på enkelte områder er mer kunnskapsrik enn helsesøsteren, og det gjør at hun ikke forventer at helsesøster skal sitte inne med all gyldig kunnskap. Bråten beskriver hvordan det vil motvirke modellmakt hvis den andre parten ser at den såkalte eksperten ikke er like sterk på alle områder, og i dette tilfellet satte moren seg i mot helsesøsters anmodning om å fortelle guttens bakgrunnshistorie, fordi hun innehar kunnskap om hvordan man bør unngå å gjøre guttens problemer større for han selv.

Selv om det ikke er så mye informasjon om den nyeste helsesøsteren, så tolker jeg henne som et eksempel på overgangsfasen fordi hun ikke klarer å leve opp til det de nye retningslinjene medfører. Disse setter krav til helsesøsters kompetanse, hun skal kunne tilpasse seg de enkelte foreldre og barn, være oppdatert på kunnskap og være en god samtalepartner. Men Trudes beskrivelse handler mer om at helsesøsteren er usikker og aldri ”helt med” i situasjonen.

### 5.3.3 Kunnskap

De råd som formidles til foreldrene fra helsesøster skal etter dagens retningslinjer i stor grad være basert på og tilpasset foreldrenes egne erfaringer. Hvilken kunnskap er det mødrene oppfatter at helsesøstrene gir dem?

Det blir jo sånn at når de sier noen ting, så i hvert fall i starten så var jeg sånn at da må jeg gjøre det sånn fordi at hun er jo ekspert. Jeg vet ikke, men jeg tror i hvert fall at hvert barn er forskjellig og jeg kjenner mitt barn bedre enn det hun gjør, så jeg vet ikke om jeg skal si at de er ekspert, veileder kanskje. Jenny

Dette sitatet er interessant i forhold til modellmakt, og jeg tolker det som at når du er nybakt mamma så er du mest usikker, og veldig mottakelig for helsesøsterens innflytelse. Da har helsesøster de sterkeste modellene, det vil si at hun sitter inne med kunnskap som hun har lang erfaring i å bruke. Men så blir mødrene gradvis mer kjent med barnet sitt, og mødrenes ”modeller” blir sterkere i takt med at erfaringene øker. Hvor sterke modeller mødrene har vil antagelig påvirke hvordan samtalen foregår. Det er først når mødrene kan litt om feltet, at det vil bli muligheter for en informasjonsutveksling. For mødrene vil mange situasjoner være ukjente i starten, og de har ikke klare kategorier å forstå det helsesøster sier ut fra. Etter hvert får mødrene selv en mer erfaringsbasert kunnskap å putte informasjon i sammenheng med. Mødrenes kompetanse som kjenner av barnet sitt skal være gyldig kompetanse, slik helsestasjonen fremstår i dag. Tove sier at mye av det hun lurer på finner hun ut av gjennom andre kanaler enn helsesøster.

Vi har hatt lite problemer, eller lite sykdom og det har liksom ikke vært noe. Ingenting, ikke kolikk, ikke noe spiseproblemer og ikke med søvn så. Det har ikke vært noe utenom det, vi har jo venner og familie som har barn så. Så det kommer helt an på hva det er. Det blir jo at man prater med de som har unger på samme alder eller eldre, det blir jo gjerne det. Men det har egentlig vært så lite alvorlig som jeg har lurt på, for å si det sånn. Mer sånn små ting. Og litt leser jeg jo av litteratur. Tove

Hvis hun lurer på noe har hun bøker å lese i. Men hun har stor tillit til at den kunnskapen hun får gjennom helsesøster, og tror den er mer omfattende fundert. Og hun tror at helsesøster i mye større grad enn hun selv kan sette kunnskapen inn i en større helhet.

De har jo en helt annen kunnskap. Ikke minst med tanke på ting som jeg gjør, hvilke konsekvenser det kan få for atferd og såne ting, med grensesetting og sånt. Tove

Camilla, som selv er barnepleier, mener derimot i større grad at hun selv kan finne frem til den kunnskapen hun trenger.

Jeg har bøkene mine, vet du. Jeg har internett og jeg slår opp i bøkene. Ja, og jeg har jo venninner, og sitter og pludrer i vei. Så det blir vel svart på spørsmål, og man backer hverandre opp litt sånn uten at man merker at man spør. Camilla

Den eneste som sier noe om hvilke teorier og fagpersoner helsesøster støtter seg på, er Trude. Hun er fornøyd når hun ser at hun får råd som er basert på ”formell kunnskap.”

Det er jo tydelig at de er glade i Jesper Juul, det kommer de alltid tilbake til. Og det er jo mest for de som spør etter litteratur, så anbefaler de ofte Juul. Det har i hvert fall 2 av de helsesøstrene jeg har spurt gjort, også hun her siste. Det har vært noen konkrete ting jeg har spurt om, nå kom jeg plutselig på litt mer, så har hun vel brukt veldig sånne forklaringer som at barnet ber om oppmerksomhet, du skal bare vise at du ser det. Jeg vet ikke om jeg synes det har vært så veldig hjelpsomt, men det er nå en teori da. Så da har hun kommet med noe man kan prøve. Og det også kanskje funker bedre på de som er litt større. Trude

Hun påpeker at det er greit at de rådene hun får er basert på teori. Det tolker jeg som at det blir enklere for mødrene å forholde seg til de råd de får, for da kan man lete opp og lese mer om temaet selv. Teori kan ikke sees som en fasit, men noe man kan prøve ut. Og helsesøstrene har sannsynligvis prøvd ut teoriene tidligere ved å gi samme råd til mange andre, og fått tilbakemeldinger på hvordan det har gått.

### **5.3.4 Kontroll**

Retningslinjene vektlegger at samtalene i stor grad skal være brukerstyrte. Foreldrene skal kunne få veiledning på det de spør etter, samtidig som at helsesøster skal være i stand til å fange opp de familier som ikke fungerer så godt. Camilla sier hun er glad for de nye retningslinjene.

Jeg synes det er veldig befriende, for da får du ikke alle de rådene du ikke vil ha. Men der du vil ha råd der spør du. Og du vil ikke ha alle de andre rådene, på det du synes du greier deg bra på. Det synes jeg er mye greiere enn at de trer alle disse rådene ned over deg. Da føler du deg mislykket da, om de skulle sitte der med et skjema, for sånn føltes det med førstemann, at de hadde et sånt skjema. Og dette skal vi snakke om, og du skal svare! Camilla

Camilla skildrer den gamle fremgangsmåten ved at den gir all makt til helsesøster og ingen likeverd mellom partene. Men ulike foreldre ønsker seg ulike tilnærminger. Er man veldig trygg i det man gjør, trenger man kanskje ikke så mye tilbakemeldinger. Dette viser hvordan hun opplever det som legitimt å motta råd på det hun selv har spurt etter, men hvordan det blir mye vanskeligere når hun ikke har spurt om råd. Andre er likevel ikke kritiske til kontroll.

Frida var opptatt av at det som ikke fungerer skal fanges opp, slik at helsesøster får en kontrollfunksjon kombinert med å skulle gi råd i forhold til praktiske spørsmål. Både Frida og Tove vektlegger hvordan det er viktig at helsesøstrene kontrollerer at alt er bra.

Å følge oss opp så de ser at han har rett utvikling, og viktig at de ser at foreldrene gjør det de skal med barnet, så det ikke blir misskjøtsel eller sånne ting. Ser at vi har det bra, det er vel det viktigste. Frida

Tove finner støtte i det at helsesøstrene mener hun gjør ting korrekt. Tove er lite opptatt av kontrollfunksjonen, men samtidig ligger den litt implisitt i det hun sier:

Jeg synes det er veldig viktig at de er der som et rådgivende organ, ja veiledende. Jeg synes jo det er veldig trygt å vite at de finnes der. Og det med at vi har fått oppfølging ved å ha vært der jevnlig, ja med vekt og vaksiner. Tove

Hos Camilla vekker kontroll sterke følelser, hun bruket begrepet ”sjekking”. Det viser til hvor viktig det var for denne mammaen å selv velge hvor stor grad av involvering hun skulle ha med helsesøsteren.

Alt det er borte, det var det som var så grusomt første gangen. Jeg føler ikke at jeg blir sjekket opp. Jeg kom hjem fra sykehuset, og ble ringt opp og spurt om jeg hadde det bra. Og jeg sa jeg har det bra. Dere kommer om dere vil. Fordi det følte jeg veldig første gangen, at plutselig stod de bare der i døra. Og jeg tenkte herregud der står oppvasken, og jeg har ikke støvsugd på et par dager og sånn. Denne gangen ringte de bare, og når vi sa vi hadde det fint så sa hun da trenger jeg vel ikke komme. Og jeg sa nei, ikke for min del. Og så ble jeg litt paff, og hun la på. Hoh, de sjekket meg ikke mer enn på telefonen. Så det var veldig betryggende, at de ikke tvang seg på meg. For det følte jeg veldig sist, at jeg ble påtvunget dette mennesket jeg ikke kjente. Camilla

Det sentrale i å styrke selvtillit og selvfølelse, som kan være avgjørende for å mestre et godt samspill med barnet, tolker jeg at Camillas tidligere helsesøster ikke lyktes med. Helsesøsters personlighet kan også være avgjørende for hvordan hun formidler bakgrunnen for å komme på hjemmebesøk, noen vektlegger kanskje husarbeid som en måte å vise at man er ansvarlige omsorgspersoner.<sup>22</sup> Ved å legge fokus på lengde og vekst skyves sentrale aspekter ved barneoppdragelsen i bakgrunnen. Det handler om å sjekke detaljer som kun er viktige hvis barnet ikke er sunt og friskt. Dette mener jeg kan knyttes til Bertil Rolfs todeling av praktisk kunnskap for å gripe forskjellen mellom kunnskap man må beherske, en teori jeg presenterte tidligere. Å kontrollere den fysiske utviklingen refererer til de regler som hører inn under

---

<sup>22</sup> En annen mor har fortalt meg at da hennes helsesøster ringte og spurte om det passet at hun kom på hjemmebesøk sa hun samtidig at hun ville bli svært bekymret hvis huset var støvfritt og oppvasken tatt. For hvis de koste seg med den lille ville de ikke ha tid til å vaske hus.

elementær praktisk kunnskap. Det er mindre krevende å utføre en slik rolle, enn å støtte og føre en dialog, som involverer mer av den enkelte person, når man skal utforme en rolle. Det krever kvalifisert kunnskap, noe kanskje ikke alle er like gode på.

Du får mer inntrykk av at det er din egen unge nå. Første gangen så følte det som om noe jeg hadde på lån, og nåde meg hvis det ikke gikk som de hadde tenkt. Ja, han vokste da opp og ser ikke så verst ut store gutten. Men det var mye mer skremmende da. Og det kan jo ha noe med at jeg var førstegangsforelder. Camilla

Dette er en normalfungerende mor, men hun opplevde helsesøsters tone som så belærende og kontrollerende at hun ”gikk på tærne” for å tekkes henne. Det leder inn på symbolsk makt og modellmakt. Denne mammaen mistet følelsen av å vite hva som var best for hennes gutt. Selv om det er åtte år siden, var det under de nye retningslinjene at dette foregikk, og man ser hvordan helsesøsteren tilhørte den gamle fasen med kontroll og fraværende dialog. Camilla følte at hun hadde gutten på lån. Nå er det helt annerledes, og hun ønsker i større grad å bli invitert til samtale med helsesøster. Jeg antar at helsesøsteren ikke hadde fått endret seg i takt med retningslinjene. Hun handlet ut fra sin habitus, og det ga seg utslag i praksis som skulle vært forlatt. Camilla følte ikke at hennes erfaringer fikk noen verdi; helsesøster ville diktere hennes praksis. Sagt på en annen måte ville hun få gjennomslag for sin makt.

Helsesøster har et ansvar for å ikke spille på mødres sårbarhet når de kommer med sine erfaringer og problemer. Hvis en mor er litt usikker i sin foreldrerolle, er det viktig å følge de nye retningslinjene for å få henne inn på et spor hvor hun klarer å se hva hun er god til.

Jeg grudde meg til disse fæle kjerringene skulle fortelle meg hva jeg hadde gjort for noe galt den her gangen. Og han var alltid for lang, og alltid for tynn. Og jeg husker da han var 9 måneder og jeg brast i gråt og sa: hva skal jeg gjøre med den her ungen, skal jeg legge han i ei rullepresse, satt jeg og gråt. For å få han til å passe inn i skjemaene, liksom. Men sånn er det ikke nå. Camilla

Åtte år etter hun var i kontakt helsesøstrene husker hun kun kritikken, og man kan undre seg over hvordan helsesøstrene kunne mene at det var et godt utgangspunkt for at hun skulle mestre sin mammarolle. For å skape en trygg og empatisk relasjon mellom mor og barn, må mor klare å ta ansvaret, som jeg skriver om i avsnitt 4.4.2. Resultatet av en slik form for kritikk som hun ble møtt med vil ofte bli dårlig selvtillit og selvfølelse. På den annen side, hvis helsesøster ”kontrollerer” hvordan man tar seg av barnet, kan det tenkes at man går styrket ut av situasjonen når hun har kontrollert, og du bare får positive kommentarer. Man

kan få en følelse av å ha blitt ”godkjent.” På spørsmål om hun nå føler seg styrket i sin morsgjerning ut fra møtene med helsesøster, svarte Camilla:

Ja, det synes jeg. At de kan si at ja, det er fint. Hver gang. For det er det de gjør. Jeg kom ned og sa at jeg får henne ikke til å spise middagsmat. Men det trenger du vel ikke, sa de. Nei! Hun liker ikke middagsmat. Bare sånne enkle småting, for det er sånn du trenger. Og det er ikke så lett å få det andre steder, det er tryggest der nede, disse skal jo kunne det. Da er det ekstra trygghet når de sier det er greit. Camilla

Selv om hun tror at helsesøsteren hun hadde da hun fikk sin førstefødte ville henne godt, så fikk hun ingenting godt ut av det. Hun var redd hver gang, og jeg tolker det at hun følte ubehag som et tegn på at helsesøster hadde for mye makt. Camilla følte at hun lå under for helsesøsters makt, og hun så ikke muligheten til å få positive erfaringer.

Når du er 21, og de på 50 forteller deg at sånn kan du ikke gjøre det, så å nei. For babyen er jo det kjæreste du har, og du vil at alt skal gå rett. Så det var veldig ekkelt. Hun var dommer og jeg var tiltalt for ett eller annet grusomt hver gang. Altså, det var sikkert godt ment. Men du er 21 og du tar deg veldig nær av det, og du har nettopp fått ditt første barn og er veldig følsom. Camilla

Helsesøstre skal få til en dialog. Camilla ble i stedet pådyttet råd og krav til hvordan hun skulle stelle barnet. Helsesøstre hadde ikke sagt på en direkte måte at de mente hun trengte hjelp, og det er vanskelig å vurdere hva som var deres hensikter. Jeg tolker situasjonen for åtte år siden som at hun fikk ekstra mye råd fordi helsesøstre oppfattet henne som ung og uerfaren. En slik behandling knytter an til det jeg ser som illegitim kontroll. Moren oppfattet ikke relasjonen som preget av gjensidig respekt. Hennes erfaringer med barnet ble ikke satt på linje med helsesøstrenes, men hun valgte likevel å stole på seg selv, noe som forteller at hun ikke underkastet seg den makten helsesøster hadde. At hun skulle stole på seg selv, var egentlig helsesøstrenes oppgave å støtte opp om, i stedet følte hun at det ble på tross av dem. Dette var en potensiell modellmakt-situasjon som ikke fikk tatt helt overhånd fordi Camilla ikke ville ta inn i sin praksis alle de råd hun fikk. Hun mente å kunne mye om sitt barn selv, og valgte å stole på egen intuisjon.

Du går på kontroll med ungen nå, og ikke deg selv. For det følte jeg veldig, nå skal de kontrollere meg! Her så er det mer sånn, du skravler om ungen og får ikke den ekle følelsen i magen, når du går inn der. Nå, om ungen har en flekk på t-skjorta så tror ikke jeg de legger merke til det. Men det var jeg veldig oppsatt på forrige gang, åhhh nå synes de vel jeg er en dårlig mor igjen. Så nå er det mer sånn ei dame med erfaring, kjennes det ut som når man går dit. Camilla

### 5.3.5 Råd

Jenny gir et bilde av at hennes forhold til helsestasjonen er basert på å få råd og tips, og at helsesøster passer på at hun følger opp det hun mener er viktig for barnet.

Egentlig så synes jeg at jeg har hatt mest nytte av å spørre de. Å stikke innom å spørre, eller ringe hvis det er noe. Jenny

Jennys oppfatning av helsesøster forstår jeg som at hun ser henne som nyttig å ha hvis det oppstår små praktiske problemer, men at helsesøsters plikter stanser der. Hun er likevel positiv til at helsesøster kunne tatt opp flere temaer sånn at hun fikk enda mer kunnskap om god barneomsorg.

Sånn i starten så har du jo ingen, de to første månedene. Og da har du masse spørsmål og er en helt fersk mamma, så er det ikke så lett å vite hvem andre man skal spørre. Man går jo ikke til legen for å spørre om sånne enkle ting. Jenny

Jeg finner ikke her, eller hos de andre, mye tegn til motstand mot helsesøstrenes råd og anbefalinger. Når de faktisk ber om råd angående et problem så ser de ut til å være åpne for å følge de råd de får. Det synes å være skapt en situasjon hvor helsesøsters ekspertkunnskap er legitim. Det sentrale blir da å formidle den på en åpen og styrkende måte, uten å benytte seg av et skjult ”pensum” som skaper usikkerhet. Og Jenny føler hun får råd som er tilpasset henne og barnet.

Jeg har liksom ikke følt at de har sagt at alle barn skal gjøre sånn og sånn, jeg har ikke følt det sånn. Jenny

Jenny nevner kun ett råd spesielt, og det er at hun begynte å legge gutten mer på magen når han skulle ligge på gulvet, etter råd fra helsesøster.

Jeg synes de har snakket veldig mye om hvor viktig det er at de skal ligge på magen og at de ikke ligger med hodet hele tida på en side, det synes jeg de har terpa veldig mye på. Jenny

På spørsmål om det ga henne dårlig samvittighet, benekter hun det delvis.

Nei, men selvfølgelig i og med at de gjentatte ganger nevner det så stresser du jo litt ekstra med det. Det er jo ikke vondt ment. Jeg er jo for så vidt enig i at det var riktig, men at jeg ikke helt tenkte at det var så veldig å stresse med, men det er jo veldig



viktig, men jeg var jo ikke uenig, og det har jeg vel heller ikke vært. Jeg synes de gir bra råd, det er ikke noe spesielt å være uenig i, det er ganske allmenne råd.

Jenny

Denne mammaen har tatt rådene til seg uten å føle at de ødela for hennes følelse av mestring som mamma. Når man blir bedt om å endre vaner uten å ha spurt om det, som denne moren som blir stresset på å legge gutten mer på magen, kommer en viss motstand til syne. Men hun valgte likevel å gjøre det fordi hun oppfatter at de vil kun det beste for henne og barnet. Nettopp gjentakelsen av rådet hadde avgjørende betydning for å gi rådet kraft. Symbolsk makt virker uten at de som ligger under for det er seg det bevisst, men de overtar andres overbevisning. Jeg tolker Jennys respons som et eksempel på helsesøstrenes symbolske makt.

En annen mor skildrer hvordan hun mener helsesøster har vært til lite hjelp når hun har spurt om råd. På spørsmål om det var ting hun hadde spurt om råd for, nevnte hun søvn.

Søvnproblemer sånn om natta, og legging og sånne ting. Det var en gang jeg var ganske fortvilt, så jeg sa jeg vet ikke hva vi skal gjøre.' Og det vet ikke jeg heller', svarte hun. Det var liksom ikke det at jeg kom for å ta opp det med henne, men det var litt sånn tullete å svare på den måten. Hun kunne jo bare spørre, har du prøvd det eller komme med noen sånne konkrete forslag. Og det var også en gjentakende greie, at det jeg hadde å ta opp var det med søvn, og hun fulgte det aldri opp. Så til slutt så bare gidder jeg ikke mer. Jeg bare spør andre mødre i stedet for helsesøster, liksom. Trude

Helsesøster skal følge opp de temaer og behov som mødre kommer med, men i stedet unnlot hun å gå inn i problemet. Som tidligere nevnt, mener jeg denne helsesøsteren representerer overgangsfasen, jmf figur 1. Hun mestrer ikke "reglene" for veiledning, som beskrevet med begrepet kvalifisert praktisk kunnskap.

Tove kommenterer at hun er fornøyd, men at hun ikke har hatt noen problemer. Bare en gang har hun henvendt seg til helsestasjonen for å få hjelp. Det var da eldste datteren skulle starte hos dagmamma. Det var en vanskelig utfordring, for jenta nektet å finne seg til rette.

Jeg var ganske fortvila til slutt, ei veldig viljesterk storesøster. Men det har gått over det nå... nå er hun jo 4 år, alt er litt lettere når man kan forklare ting, de forstår ting litt annerledes. Tove

Tove sier at hun på telefon fikk råd om å fortsette å gjøre det hun hadde startet, etter at alle helsesøstre seg i mellom hadde diskutert hva som var å anbefale. Også hun setter ord på

hvordan det å få råd er trygghetsskapende. Også i denne situasjonen har hun spurt etter råd, og da opplever hun det som bra, eller legitim kontroll, tolker jeg det som.

Da fikk jeg det råd å fortsette som vi hadde gjort, det rådet ble gitt av ei helsesøster, i samråd med de andre på helsestasjonen akkurat den dagen, så det var liksom flere som var involvert. Og jeg føler ikke at de sitter der som et overordna organ som liksom synes de kan mye, det er jeg som synes de kan. Det er ikke noe sånn altså. Ikke noe sånn: hør på meg nå, dette kan vi bedre enn deg. Nei, og den helsestasjonsservicen har jo alltid vært der så det er bare noe man synes hører med. Og som jeg synes er trygt.  
Tove

Andre ønsker seg helsesøster som en rådgiver, og som forteller hva hun synes er gode og dårlige måter å gjøre ting på. Trude synes ikke det er nok at helsesøster bare hører etter, hun ønsker at helsesøster skal ha en rolle hvor hun vurderer mødrenes praksis. Tidligere har jeg vist hvordan Trude ønsker seg en helsesøster som styrker mødrene i troen på seg selv, og får dem til å føle seg unike. Her taler hun for at helsesøster skal ha en rolle hvor hun også skal endre på mødrenes praksis. Samtidig som hennes utsagn kan virke selvmotsigende, så åpner hun opp for en rolle som gir helsesøstrene et større spenn enn det retningslinjene gjør. Og kanskje er det mer en slik helsesøster mange foreldre ønsker seg.

Det går vel på å ta opp generelle ting og ting som hun ser ved den enkelte. Ja, selvfølgelig ting som er direkte helseskadelig, der kan hun være helt klar på at sånn bør man ikke gjøre. Ellers så synes jeg for så vidt at det er rom for å gjøre ting på sin egen måte. Hun har liksom ikke sagt så mye, det er vi som snakker. Og det er jo greit nok det og, det synes jeg jo for så vidt har vært likt for alle de helsesøstrene vi har vært borti, at de gir rom for at vi prater. Jeg kommer jo ikke dit for å ha en medsøster å prate med, det gjør jeg ikke. Hun skal jo være fagperson. Og hun bruker veldig mye eksempler fra sine egne barn, og det er også greit nok, jeg skjønner jo at man fort blir revet med i samtalen, selv om man har barn og det som fag. Men å skille mellom når er det et spørsmål, når er det klienten eller hva man skal kalle det, trenger hjelp eller ønsker faglig råd, og når er det bare småprat. Det synes jeg de bør være faglig dyktige nok til å klare å skille på det. Det synes jeg ikke hun klarer. Hun liker å prate. Trude

Hun sier altså at hun ønsker seg både generell informasjon og råd tilpasset sin egen og barnets situasjon etter behov. Men hun savner at helsesøster klarer å fange opp hva det er hun trenger hjelp og støtte på, og mener helsesøstren i stedet blir en passiv lytter. Det viser nettopp til den vanskelige balansegangen mellom å være brukerorientert og samtalepartner, heller enn ekspert, som helsesøstrene tidligere betraktet seg som. For å klare å gi råd kreves det av helsesøster at hun både er en god lytter, og klarer å tilpasse den kunnskapen hun sitter med til

den aktuelle situasjonen. Det er kjennetegn ved en kompetanse som knytter an til begrepet kvalifisert praktisk kunnskap.

#### **5.4 Oppsummerende diskusjon; bilder av helsesøster**

Samlet sett kan mødrene gi ett bilde av at helsestasjonen i dag fungerer for dem ved at den gir dem trygghet på at de er gode mødre. Hvis helsesøster utfører rollen sin på en måte som kategoriseres som i overgangs – eller den nye praksis er mødrene fornøyd. Det vil si at helsesøster gir råd på en måte de oppfatter som legitim. Hvis mødrene selv etterspør kunnskapen er de åpne for råd, og de opplever det ikke som påtrengende. Da viser helsesøstrene at de behersker reglene for sin rolle, ved å ha skapt en relasjon som kan styrke mødrene.

En personlig utforming av den kunnskap som formidles ligger som krav for kvalifisert praktisk kunnskap. Det å nå frem til mødrene på en måte som de opplever som bra setter krav til denne kunnskapen. Er det nettopp mangelen på en legitim form for kunnskapsformidling som spiller inn i de tilfeller helsesøster og mødre ikke finner tonen? Mødrene forventer at helsesøster kontrollerer at alt er bra med dem og barnet, og hvis hun sier at alt er bra, tar de som et tegn på at de er ”gode nok” mødre.

Mødrenes beskrivelser av sin helsesøster mener jeg kan relateres til hvordan helsesøster praktiserer de ulike rolleelementene. Kombinasjonen av kontroll og empowerment er sentral. At den nye fasen preges av empowerment-ideologi og en mindre uttalt kontrollfunksjon kan være et utslag av dagens rådende retningslinjer. Som jeg har vært inne på har dagens mødre mer utdanning og bedre muligheter til å orientere seg i litteratur og søke informasjon på internett enn tidligere generasjoner har hatt. At helsesøster utformer sin rolle annerledes kan derfor også være et resultat av at mødrene etterspør en annen veiledning enn tidligere.

Frida og Tove sin helsesøster representerer overgangsfasen. Helsesøsteren har praktisert sin rolle slik at mødrene beskriver det å komme til helsestasjonen som trygt og godt. Mødrene mener at de ved å komme til kontroll blir tryggere, for da vet de at alt er bra. De sier at helsesøsters oppgave er å gripe inn når barn ikke får god nok omsorg, og ved at hun ikke har noe å utsette på dem, føler de at de klarer oppgaven.

Camilla sin tidligere helsesøster representerer den gamle fasen, og deres praksis gjorde at Camilla følte seg redd og styrt på helsestasjonen. Fokus lå på kontrollaspektet, ikke på trygghet og støtte av mødrenes egne erfaringer. Men helsesøsteren hun har i dag er tydeligere på nettopp trygghet og støtte. Hun har også vektlagt samspill, og skrytt av det gode samspillet Camilla har med barnet sitt. Helsesøsteren hun nå har er hun trygg på, og hun sier at hun derfor ville tørre å ta opp de temaer hun trenger støtte på. Mens den forrige helsesøsteren ga henne en følelse av å bli forhørt, er hun nå fornøyd med den tryggheten hun opplever sammen med helsesøster. Hennes historie kan sees som en skildring av forskjellen på illegitim og legitim kontroll. Måten helsesøsters rolle er utformet på gir ulike opplevelser for mødrene.

Trude beskriver også to ulike helsesøstre. Hun er veldig fornøyd med den hun har hatt frem til nylig, beskrivelsen av hennes praksis gjør at jeg plasserer henne som ny. Hun beskriver henne som opptatt av å styrke selvtilliten til mødrene, og at hun er veldig flink til å gi dem troen på seg selv. Den helsesøsteren hun nå går til oppfatter hun som både usikker og utrygg på den kunnskapen Trude mener hun skal besitte. Hvis hun spør, får hun verken råd eller støtte, mener hun. Hun klarer ikke å lytte og samtale godt nok til å fange opp hva mødrene trenger, og hun representerer derfor en overgangstype. Hun prøver å følge de nye retningslinjene, men hun klarer ikke å kombinere dette til en god rolle. Jenny mener hun får svar hvis hun spør, men hun er ikke imponert over den kunnskapen helsesøstrene kommer med. Hun ønsker seg egentlig mer informasjon fra helsestasjonen. Slik Jenny opplever at helsesøster praktiserer sin rolle, betyr ikke kontakten så mye. Hun har ikke troen på at hun kan få svar på alt hun lurte på hos helsesøster.

Men i tillegg til å gi svar på det mødrene spør om, kan helsesøstrene forventes å bidra til å bygge en god relasjon mellom mor og barn. Ved å bevisstgjøre mødrene på hvor viktig relasjonen er kan de bidra til å bedre også barnets psykiske helse, hvis de klarer å forbedre mors praksis i de tilfeller den er dårlig. Foreldre kan ikke gis hele ansvaret for relasjonen mellom dem og helsesøster. Som jeg tidligere har diskutert, viser Solsvik til at helsesøsteren er nødt til å påta seg ansvar for relasjonen fordi de kan tenkes å ha best muligheter til å skape fruktbare samtaler. Men det viktige blir da å gjøre dette på en måte som ikke skaper mer makt til helsesøsteren i situasjonen. Men det kan gjøres ved at helsesøster tar ansvar for å formidle kunnskap om samspill og måter for foreldre å forstå seg og barnet i en større sammenheng. Hvordan helsesøster beskriver sin praksis kan vise om hun er seg bevisst sin rolle.

## **Kap 6 Helsesøstres erfaringer: holdninger og handlemåter**

Kari, Lina og Mia er alle godt voksne damer, og de har vært helsesøstre i noen år nå. Kari jobber på en helsestasjon på østkanten, i en storby. Den er i følge helsesøsteren preget av en høy andel innvandrere og sosiale problemer. Hun har organisert møtene med foreldre som gruppekonsultasjoner.

Lina og Mia arbeider i en småby, og er mer bekymret for om de ikke klarer å se de problemer de tror må skjule seg bak fasadene de møter hos mødrene. De har frem til nå truffet mødrene individuelt, men ønsker å legge om til gruppekonsultasjoner.

### **6.1 Helsesøstrene**

Helsesøsteren i storbyen mener hun får tilgang til de problemer foreldrene sliter med, hvis hun bare klarer å selge seg selv godt nok til dem. Det kan tenkes å være en forskjell på hvilken rolle mødrene tilskriver helsesøsteren. I storbyen er det kanskje lettere å forholde seg til henne som en fagperson som man kan stole på, og støtte seg på. I småbyen er forholdene mer gjennomsiktede, og mødrene har høyere terskel for å oppsøke helsesøster med sine problemer. Jeg ser på helsesøsteren i storbyen som et uttrykk for gesellschaft-preg, hun kan ha en ”renere” yrkesrolle, fordi hun ikke samtidig er en del av nabolaget.<sup>23</sup> Helsesøstre i småbyer antar jeg vil være mer helsesøster hele døgnet, i alle sammenhenger, enn det en helsesøster i en storby trenger å være. Hvordan de selv mener de skaper sin rolle og benytter sin kunnskap vil jeg nå drøfte.

#### **6.2.1 Trygghet og styrking**

Mødrene skildret hvordan de ble tryggere av at helsesøster sa at alt var bra, og en mor nevnte at helsesøsteren hadde vært så flink til å støtte opp under følelsen av å være en god mor.

Hvordan vektlegger helsesøstre å skape trygge mødre, og hva legger de i trygghet?

---

<sup>23</sup> Gesellschaft og gemeinschaft refererer til et idealtypisk skille mellom to former for menneskelig sosialt samvær, som ble utarbeidet av Ferdinand Tönnies. Gesellschaft refererer til en samværsform eller samfunn, preget av en beregnende planmessig dimensjon, og bærer med seg premisser for bytte mellom atskilte aktører. Som et puslespill av spesialiteter som utfyller hverandre kan man tenke seg et slikt samfunn. Da hører en kontrollørrolle med på ulike nivåer i offentlige byråkratier, hvor helsestasjonen utgjør ett nivå. Man ville tenke seg å finne tegn på følelsesnøytralitet, og allmennorientering og ytelse innen et slikt samfunn (Bråten 1998: 126).

Kari sier hun er opptatt av empowerment, at folk er spesialister på eget liv.

Hvis man har en problemstilling, hvordan komme i havn, med brukeren som spesialist på seg selv? Jeg tenker mye sånn at man må ikke være verdensmester i å være mor her på helsestasjonen. Jeg prøver å selge det også, dette med å skulle lykkes så veldig, å skulle være noe annet enn det man er. Når mødre har med søsken, så synes jeg det er fint. Og jeg sier at de kan godt få lov til å være med, selv om de skriker og har en dårlig dag. Det er livet. Ofte på t-banen så må man proppe de med saft og boller, de skal synes og ikke høres. Her så er det ikke sånn. Det har også noe å si hvilke verdier vi har her, tenker jeg. Kari

Dette er interessant i forhold til perspektiver om makt. Kari legger opp til at de skal tørre å være seg selv, og hun legger til grunn at hver enkelt er herre over egen situasjon, hun skal ikke definere hva som er best. Da ville hun hatt definisjonsmakt i relasjonen. Hun sier klart fra hva hun mener er gode måter å gjøre ting på, men er samtidig opptatt av å støtte foreldrene på at de skal være trygge på hva de gjør og på barnet sitt.

De har mange spørsmål, så vi diskuterer dem. Og så når vi er ferdige så spør jeg gjerne til slutt: har jeg sagt noe du ikke visste på forhånd? Så ler de egentlig litt av det, og sier ”jeg har bare sagt at jeg er enig i alt du har sagt, ikke sant?” Og så ler de, så er vi enige. Så oppsummerer vi. Det å sammenfatte, det tenkte du og det gjorde du. Nå har du gjort det 2 ganger, det virket som det funket, er det noe du vil fortsette med? Ikke sant, hjelpe til å strukturere erfaringene. Være fornøyd med det de har gjort, og bli inspirert til å fortsette. Og ungen er fin, ungen var ikke verre enn andre unger. Også kan man gjøre noen feil, vanlige foreldre, sånn som sikkert du og, gjør mellom 20 og 40 feil hver dag, og det lever de fint med. Ja, vi overser og tolker og småkjefter litt, og det er en del av det å være forelder. Kari

Hun hjelper dem med å strukturere sine egne erfaringer, og mener at hun samtidig støtter mødrene på at det de gjør er korrekt. Innbakt i denne støtten ligger det tydeligvis også en selektiv mekanisme, for hun nevner ting som hun er enig i hvordan de gjøres, og støtter det. Hun støtter ikke det *hun* mener de bør gjøre annerledes. Det virker for meg at det er i nettopp slike situasjoner at det ”skjulte pensum” gjøres gjeldende. Helsesøstrene kan unnlate å diskutere teorier og oppfatninger som de baserer seg på, og de ”vrir” foreldre inn i det sporet de ønsker dem *uten* å diskutere det med foreldrene. Ved å bare gripe tak i det positive skjuler de at målet er å gjøre noe med det negative.

Helsesøster Mia har store forventninger til forbedringer når de nå skal gå over til gruppebaserte møter på hennes helsestasjon. Og hun mener at de skal få til en støtterolle også i en slik setting.

Vi ønsker å oppnå med de gruppene at foreldrene i fellesskap, ja, for alle foreldre har veldig mye å komme med sjøl, med erfaringer. Noen har barn fra før, noen er førstegangsfødende, alle har ulike erfaringer, og ved å dele dem med hverandre så tror jeg det blir veldig mye nyttigere enn det vi sier, faktisk. Så kan vi heller støtte dem på at ja, det høres jo ålreit ut. Mia

Det kan tenkes å sette krav til brukerkompetansen, å mestre deltakelse i slike grupper på en måte som gjør at man får tatt opp sine egne problemstillinger, og at man faktisk klarer å være ærlig hvis det er noe man synes er vanskelig. Hvis noen for eksempel har problemer med å nekte barnet saft når det maser etter det, kan det være vanskelig å fortelle om det. Det er ikke så lett å sitte i gruppen og si at man ikke klarer å nekte barnet saft, siden man vet at det bryter med anbefalingene. Brukerkompetansen settes sannsynligvis mer på prøve i grupper, enn i samtale med bare helsesøsteren. I grupper må du beherske både gruppesettingen, og forstå hvilken rolle helsesøster innehar i forhold til deg selv.<sup>24</sup>

Det har de siste tiårene skjedd en endring i kvinners tilknytning til arbeidslivet, det er langt færre hjemmeværende enn tidligere, og det setter større krav til at de som er hjemmeværende må knytte kontakter utover sine nærmeste naboer. Det er en fin mulighet å gjøre det via helsestasjonsgrupper, for da er de fleste åpne for å treffe andre som er i samme situasjon som dem selv, samtidig som de har tid til det på dagtid.

Og jeg tenker de gruppene, der er jeg tydelig, det er mer helse i et nettverk enn å høre på min helseinformasjon. Så å få til det sosiale, jeg er også klar på at det er en grunn til at man går i gruppe. Kari

For å skape trygge mødre, som får til å skape gode relasjoner mellom seg og barnet, trenger mødrene både nettverk og trygghet på at de er gode til det de gjør. Kari sier det så enkelt som at det er helse i nettverk. Det leder an til neste avsnitt om samspill, for det er også mye helse i godt samspill.

### **6.1.2 Samspill**

Mødrene syntes det var vanskelig å fortelle hva de hadde lært om samspill på helsestasjonen. Helsesøstrene derimot, er svært opptatte av det. Karis tilnærming til samspill handler om å

---

<sup>24</sup> Uformelle samtaler med helsesøstre på en helsestasjon støtter opp under min antakelse. De har prøvd ut gruppebaserte treff i ett år, og sier at da har de som var vanskelige å få i tale ved individuelle treff, blitt helt tause. Det er de ressurssterke, og fra før av tryggeste, som styrer diskusjonene.

støtte og kommentere hva foreldrene gjør bra allerede, og hun forsøker å bevisstgjøre mødrene på hvor viktige de er.

Jeg tenker barn er også kompetente. Altså empowerment for barn. Få mye av samspillet, beskrive hva som skjer, fortelle hva de formidler. Hvor viktige mødre er, når de kommer bort og tar på dem. Hva sier barna før de får språk? Hva tåler de? De forteller hva de trenger. Kari

Hun beskriver både teoretiske og praktiske sider ved samspill. Og hvis hun får dette til slik hun sier, tenker jeg at hun mestrer retningslinjenes intensjon, om å informere og støtte mødre i deres situasjon. Og det knytter an til å mestre den ”kvalifiserte praktiske kunnskapen” som jeg diskuterte i avsnitt 4.7.

Helsesøster Lina mener at hun har blitt mer oppmerksom på samspill og nettverksbygging i den senere tid.

Nå har vi gått veldig inn på det med samspill. Altså, det har vi gjort tidligere og, men nå har vi vektlagt det enda mer, ved å sette opp et par ekstra treff på helsestasjonen. Så, i og med at jeg også driver med den videreutdanningen da (Marte Meo), det er jo også i tiden, i media og overalt, så det er vel egentlig hovedfokuset føler jeg nå. Og det med også å skape nettverk, for de nybakte foreldrene. Det får vi jo særlig høre fra de nyinnflyttede, de sier noe om det. Lina

Mammaen Camilla har Lina som sin helsesøster, og hun fortalte at samspill har vært oppe som samtaletema. Hun hadde fått kommentarer på at datteren var veldig kvikk og at kontakten mellom mor og barn så ut til å være svært god. Lina sier at hun i større grad føler at hun blir en veileder, når hun får sjansen til å treffe mødrene i grupper, fremfor individuelt.

Jeg tror også at vi nå kanskje har gått litt mer bort fra det å bare sitte å dosere og gi råd, nå skal du gi sånn og sånn grøt, og så og så mye. Det blir en helt annen måte når det blir gruppe, og jeg føler at vi mer veileder dem. Det er klart at noen ganger så ringer de og vil ha konkrete råd, men den rollen tror jeg har blitt mindre. Lina

Lina skildrer hvordan hun mener ulike settinger setter ulike krav til hennes rolle. I en gruppesetting tolker jeg at hun tar i bruk kvalifisert praktisk kunnskap. Det med å støtte og føre en dialog mener jeg er eksempler på kvalifisert kunnskap, som krever mer enn den elementære som er mer konkret og bundet av konkrete regler. Lina beskriver sin rolle frem til nå som å ha vært mye preget av å gi konkrete råd og ”dosere” sin kunnskap. For henne er det kanskje nødvendig å endre konteksten for å endre sin egen praksis. Jeg har tidligere hevdet at



helsesøstres habitus kan styre deres praksis, uavhengig av endringer i retningslinjer. Omstrukturering av de ytre rammene for Linas rolle medfører kanskje økt bevissthet om det indre. Og muliggjør slik endring, fordi helsesøster blir seg mer bevisst på egen rolle. Men mestrer helsesøster en ny form hun slik skildrer?

Helsesøster Mia formidler en forståelse av samspill som noe man enten har - eller ikke. Hun tenker seg at det henger sammen med mødrenes egen oppvekst.

Når man ser det (samspillet) er det lettere å forstå det. For noen blir det veldig elementært, for det er sånn man gjør. Men noen har det ikke inne. Og har kanskje ikke opplevd det sjøl. Og aldri lært det. Mia

Her beskriver hun det som Bråten har kalt ”sirkulær gjendanning.” Mia er inne på noe spennende når hun sier at noen kanskje aldri har opplevd det sjøl. Det var vanskelig å få svar på hvordan de helt konkret prøver å endre på det, men i de tilfeller de ser tegn til dårlig samspill får mødrene ekstra oppfølging. Solsvik mener, som nevnt i avsnitt 4.1.1, at det er viktig å følge opp godt samspill for å bygge opp en positiv selvfølelse hos barna. Det henger igjen sammen med forebygging av psykiske problemer. ”Emosjonelle minner” er et begrep fra Bråten som beskriver hvordan barnets opplevelser av omsorg i barndommen vil prege dets handlinger senere i livet. Å få samspillet til å fungere bra kan gi positive virkninger gjennom hele livsløpet. Helsesøster Kari mener å ha et blikk for hvordan samspillet mellom mor og barn fungerer.

Jeg ser det og, mye av helsesøstertjenesten er å observere for å gripe inn hvis noe ikke er som det skal. Og som regel gjør jeg ingenting, for de fleste er det ingenting med. Men på samspill, så kan du tenke deg der hvor det er å være obs er hvis mor og far har lite utdanning, innvandrere, hvor det har vært depresjoner, det å ikke eie leiligheten sin, men være stadig vekk på leiemarkedet, det er på en måte risikofaktorer. Men de kan jo være flinke for det. Kari

Den siste kommentaren, ”de kan jo være flinke for det,” mener jeg forteller om hennes skepsis til de som faller inn i denne gruppen. Jeg tolker at hun møter dem med en ”blikk” for hva de representerer. Som jeg tidligere var inne på under avsnitt 3.1 så er utgangspunktet for dialogen at helsesøsteren har en tilnærming til situasjonen basert på sin erfaring og forståelse av mennesker. Helsesøster kan tenkes å ha en forståelse av at noen kategorier foreldre kan ha samspillsproblemer og trenger ekstra oppfølging. Det er mer som ligger til grunn for forståelsen av den enkelte mor, enn akkurat det moren forteller helsesøster. For helsesøster Kari er kontrollaspektet en del av hennes rolle. Hun beskriver sin oppgave som å være å

observere, og gripe inn hvis noe ikke er som det skal. Hun sier altså at hun er en kontrollør, selv om hun ikke bruker det begrepet. Liv Finstad (2000) skriver om ”politiblikket” og hvordan de blir trent opp til å gjenkjenne avvikerer. Innenfor Karis forståelse er det de med for eksempel lav utdanning eller innvandrere. De blir parallellen til dem Finstad omtaler som ”slasken,” det vil si kjenninger av politiet. En utfordring med et slikt blikk kan være å se kjeltringen som opptrer som normal, eller en som har kjennetegn som en kjeltring, men egentlig er normal. ”En slask trenger ikke ha begått en lovstridig handling, men kan se ut som en person som minner om dem politiet ofte kommer i kontakt med, og/eller befinner seg på steder hvor det vanker slask. (Finstad 2000: 89) Den samme mekanismen kan det tenkes at helsesøstre benytter seg av når de vurderer foreldre.

Når politiblikket ser etter ”slask” ser politiet derfor etter noe eller noen som bryter med en forventet norm. Det er noe som ikke stemmer, som ikke befinner seg på den antatte rette plass, og som derfor vekker oppmerksomheten. Først når oppmerksomheten er fanget, begynner analysen av den eller det man ser (Finstad 2000: 91).

En slik forståelse anvendt på helsestasjonen vil innebære at helsesøstre utvikler et ”blikk” for det som forventes å kjennetegne de som er gode mødre, og de som ikke er det. Kari satte ord på hva som vekker hennes blikk. Jeg antar derfor at det for mange av helsesøstrene finnes et slikt blikk, og at det kanskje bringer med seg risiko for feiltolkninger.

### **6.1.3 Kontroll**

Helsesøstres primære formål er forebygging av barn og unges helse. Det er en uttrykt intensjon at de skal oppdage psykiske og somatiske avvik. Men siden de bare unntaksvis kommer i kontakt med det de identifiserer som barn i faresonen vil man kunne anta at deres selvforståelse preges av befatningen med det velfungerende (Basberg 2004: 39). En slik selvforståelse kan kanskje forklare hvorfor helsesøstrene poengterer så sterkt at de ikke ønsker å bli sett på som kontrollører. Jeg ønsker å bruke skillet mellom legitim og illegitim kontroll som et bakgrunnsbilde til å forstå dette avsnittets diskusjon. Mestrer helsesøstrene å skape en rolle hvor kontroll oppleves som legitim for alle parter? Motsetningen mellom tillit og kontroll er sentral for å forstå dette skillet; forskjellen på legitim og illegitim kontroll dreier seg kanskje om tillit eller fravær av tillit. Hvis mødre ikke har tillit til helsesøster vil hennes ”kontroll” lett oppleves som illegitim.

Jeg må ofte selge meg på en sånn måte at de ikke tror at de er her til kontroll. Hvis du er enslig mor, du må ikke være verdensmester i å være mor når du er alene, det er ikke sånn at jeg sjekker alenemødre ekstra. Jeg må få den tilliten, men så er det ofte hvis det er noe økonomiske misligheter oppi det så blir det en mur, fordi de har så mye å skjule. Det hindrer dem i å bruke helsestasjonen. Det er mange sånne forhold en må ta inn i rekken. Kari

Det ser ut til at helsesøster forsøker å forstå mødrene mest mulig ut fra deres egne premisser. Hun har mange mødre med helt ulike rammer for sin barneomsorg, og da er det nødvendig å fange opp mest mulig informasjon av det som er tilgjengelig, for å kunne bistå den enkelte. Hun mener at hun er mer opptatt av å veilede enn å presentere egne råd. For å motvirke modellmakt fra helsestasjonens side er det viktig at mødrene får slippe til med sine erfaringer og synspunkter og at disse danner grunnlaget for samtalen. Jeg tolker Karis beskrivelse av hvordan hun går frem som at hun forsøker å basere seg på mødrenes erfaringer. Men hun er opptatt av å ”få tilliten” til mødrene. Det tolker jeg som at hun også er opptatt av å få ”plassert seg selv” slik at hun når frem med det hun ønsker. Det kan være en form for symbolsk makt, idet hun forsøker å skape seg en posisjon slik at det hun sier ikke oppfattes som det ville gjort hvis hun ikke hatt deres tillit. Kanskje ville makten blitt synliggjort hvis hun ikke var god til å skape seg en legitim rolle først?

Helsesøster Mia ønsker at de ikke skal bli oppfattet som en kontrollinstans, men mener at de ofte blir det.

Men det vi kanskje merker er at vi for enkelte foreldre kanskje blir sett på som, kanskje ikke kontrollinstans, men litt et sted hvor du skal ha babyen din veldig pen og ren, ting skal være veldig bra. Foreldrene er litt redde for å ta opp ting som kan være vanskelige for dem, de kan være redde for hvordan vi vil reagere. At de ikke er gode nok foreldre, og det er veldig synd for det er kanskje den delen vi gjerne ønsker å ta fatt i, og jobbe med. Jeg tror det at foreldre er opptatt av at alt skal være veldig bra når de kommer til oss, og det som ikke er så bra, det snakker de lite om. Og der er vi kanskje ikke flinke nok sjøl til å ta opp ting, slik at det blir naturlig å snakke om det.  
Mia

Mias beskrivelse av foreldres syn på helsestasjonen tolker jeg som et uttrykk for helsestasjonens symbolske makt. Frykten for hvordan deres praksis vil bli definert og oppfattet på helsestasjonen er så stor at foreldrene heller unngår å gå inn på vanskelige områder. For helsesøstrene er det derfor en utfordring å klargjøre sine kontrolloppgaver, slik at de oppfattes som legitime av foreldrene. Ved å benekte eller skyggelegge sine kontrolloppgaver kan man i stedet risikere at foreldrene blir usikre på hva som ligger i

helsesøstres oppgaver. Åpenhet om oppgaver og arbeidsmåter kan være en vei til tillit og bedre samtalevilkår. Og en måte å kunne samtale om oppgaver som foreldrene synes er utfordrende.

Helsesøster beskriver hvordan de fremdeles oppfattes som en kontrollinstans.

Fortsatt så ser vi det at mange vegrer seg for hjemmebesøk fordi de tror vi har en sånn kontrollfunksjon. Sånn som de drev før i tida (drar fingeren over bordet for å sjekke om det er støv) så det sitter nok noe igjen. Og mange kaller det fortsatt kontroller. Jeg prøver i hvert fall å kalle det konsultasjoner. Lina

Hun ønsker å endre på oppfatningen om at hun kontrollerer, og et virkemiddel for det er å forsøke å gjøre de formelle kodene rundt samtalen mer nøytrale. Mødrene i materialet mitt kaller konsekvent det å gå til helsestasjonen som ”kontroll.” Mødrenes forventninger til helsesøsters rolle samsvarer ikke med den rolle helsesøsteren selv ønsker å posisjonere seg i. Mødrene møter opp med barnet, slik at helsesøsteren kan kontrollere at alt er bra med barnet, og dermed med sin egen rolle også. Og helsesøsteren vet at hun ikke har klart å fri seg fra kontrollposisjonen.

De føler fortsatt, i hvert fall noen, at vi har den kontrollfunksjonen. Men det ser jeg ingen vits i at vi skal ha den heller, for vi har med voksne, selvstendige mennesker å gjøre. Fortsatt så kan jeg gå på Kiwi å handle, og de sier at dette skulle ikke du ha sett, hvis de har kjøpt 4 cola og 2 grandiosa. Fortsatt er det sånn altså. Det er en rolle jeg absolutt ikke ønsker å ha. Lina

Lina mener at for mange representerer hun en kontrollinstans også på fritiden sin, som når hun møter noen på matbutikken. Ved at hun bor og jobber i en småby treffer hun på mødrene på butikken eller på restaurant og lignende. Selv tenker hun at hennes rolle som helsesøster kun er i arbeidstiden, noe som kan sammenlignes med en tidsavgrenset rolle i et gesellschafft-samfunn. Men for mange foreldre er hun i helsesøsterrollen uansett om hun jobber eller har fri. Hennes beskrivelse av hvordan hun oppfattes kan tolkes som et tegn på at hun lever i et småby-samfunn preget av gemeinschaft, at rollen i andres bevissthet ikke har så klare avgrensninger som hun forestiller seg.

Hvem som skal få styre hvilke tema som skal diskuteres eller ikke, er helsesøster Mia i tvil om. Hun har en liste hun skal gjennom, mens mødrene ofte har egne ting de er opptatte av. Listen består av punkter for hva de skal undersøke i forhold til hvert barn, for å kontrollere at alt er bra. Mia sier at de ikke har en kontrollfunksjon, men at de skal ha sett ting.

Det er en lang liste, men det nytter ikke å gå inn på hvert punkt. Det ville også vært dumt, for har du noe på hjertet en dag så er du ikke interessert i å snakke om mat. Hvis du sitter midt i en ekteskapskrise, så opptar det deg ikke da. Og sover barnet ditt godt så opptar det deg ikke. Det viktige er å finne ut hva er det du har på hjertet? Men samtidig så har vi jo, ikke kontrollfunksjon, men vi skal jo ha sett ting. Mia

Bråten (1998: 156) sier at avhengig av hva slags briller vi setter på oss, vil vi få vi øye på forskjellige sider ved det kompliserte samvirke av prosesser som kommer i stand i kraft av systemhelheten, og som samtidig bidrar til stadig gjendanning og omdanning av virksomheten. Hvis man ønsker å sette relasjoner og samtalen i fokus, er ikke formell kunnskap og kontroll rette fremgangsmåten. Mia sier altså, sett gjennom mine briller, både at hun kontrollerer, men så sier hun at hun ikke egentlig har en kontrollfunksjon. Hun velger å si at hennes oppgave er å ha sett ting, og det betyr vel en form for kontroll. Det kan altså være en vanskelig balansegang mellom å skulle både kontrollere og være samtalepartner. Motviljen mot å ville si rett ut at de også har en kontrollfunksjon kan tolkes som en følge av deres intensjon om å være en samtalepartner.

#### **6.1.4 Kunnskap**

Helsesøstre har utdanning og erfaring som gjør at de ofte kan oppleves som kunnskapsrike. Foreldre i dag er i stor grad også kunnskapsrike. Det kan likevel tenkes å være et skille mellom partene, i det at helsesøsteren har mye mer erfaring i å kombinere praktisk og teoretisk kunnskap. Det har de gjerne jobbet med i mange år. Når de møter en mor som har fått sitt første barn antar jeg at de kan ha ulik forståelse av hvordan kunnskapen skal forstås. Jeg ønsker å belyse hvordan de betrakter kunnskap.

Jeg er opptatt av empowerment, at folk selv er spesialister på livene sine, at folk vet veldig mye og har mange tanker. Og det er kjempespennende å bli kjent med. Kari

Ett utgangspunkt for å forstå mødrenes kunnskap er ideen om empowerment. Kari slutter seg til ideologien om at folk selv er spesialister på livene sine. Dette gir et utgangspunkt for å senere diskutere hva hun mener med at foreldre trenger hjelp til å ”bygge på sin positive praksis.” Det ligger en forståelse om at noe er gode måter å gjøre foreldreoppgaven på og andre er det ikke. Karis utsagn kan bety at hun mener folk vet veldig mye, men at på enkelte områder kan hun mer.

Helsesøstrene vektlegger tillit som det sentrale i relasjonen til mødrene. For å oppnå det, beskriver Kari at hun må ”selge sin kunnskap” på en slik måte at mødrene opplever at de har behov for henne. Helsesøster Kari sa det slik:

Og jeg får også tilgang til folks sårbarhet, Vi har jo verken piller eller resepter, så det eneste jeg selger er kunnskap og evne til tillit. Kunnskap og medmenneskelighet. For det er relasjonen som er viktig, å få et godt forhold til de som er her Kari

Jeg tolker det Kari sier som at hun ønsker å oppnå tillit for slik å få bedre gehør for sin kunnskap. Og hun vektlegger altså kunnskapen som sentralt for det hun holder på med. Dette tolker jeg som en antakelse hun har om at hvis hun klarer å skape tillit og trygghet, gir det mottakelighet for den kunnskap hun har å tilby. Selger-metaforen tolker jeg som at hun er seg bevisst utfordringen med å skape tillit. Den må hun jobbe bevisst med for å oppnå, den er ikke nødvendigvis der i utgangspunktet.

Det ligger også her et slags ”skjult pensum” som helsesøster sitter inne med, hun bruker metoder for å nå frem med det hun ønsker. Det krever mye av foreldrene hvis de skal klare å reflektere over hva helsesøster søker å oppnå, og at hun har sine metoder for å oppnå det. Jeg tolker dette som tendenser til et skjult pensum, som knytter an til at møtene kan få preg av en modellmakt-situasjon. Kanskje er Habermas sitt begrep om instrumentell handling det som best dekker Karis handlemåter? Det gjelder hvis man følger tekniske regler for handling, og vurderer utbyttet av en samhandling sammen med komplekse situasjoner og hendelser for å oppnå suksess. Habermas kaller handlingen strategisk hvis man følger regler preget av rasjonelle valg, og tar med i betraktningen hvordan man influerer avgjørelsene til en rasjonell opponent, for å oppnå suksess. Kommunikative handlinger er det hvis personene som er involverte er koordinerte, ikke gjennom egosentriske kalkuleringer av suksess, men gjennom handlinger for å oppnå forståelse (Habermas 1984: 286). Jeg vurderer de handlinger Kari beskriver som rettet mot å oppnå suksess, ikke bare forståelse. Det kan sees som helsesøsters strategi for å løse konflikten mellom hjelper og kontrollør.

Retningslinjene for helsestasjonen ble endret på midten av 90-tallet. Kari var en erfaren helsesøster da de sist ble endret. Hun oppfatter seg som en som skal veilede i jungelen av kunnskap, og hun skaper gjerne en rolle hvor hun legger frem sin oppfatning av tilgjengelig kunnskap. Kari beskriver de endringene som har foregått det siste tiåret slik:

Det har jo blitt en mye større dreining mot det pedagogisk-psykologiske miljø; samspill, flere typer nye familier. Og folk etterspør kunnskap på en helt annen måte. Tidligere henvendte jo ikke folk seg så mye til helsestasjonen, nå lurer de på mye mer. De har ikke så mange å spørre, og det finns jo ingen riktige svar lengre. De kan jo velge som i et supermarked, og mange blir usikre. Kari

Dette er interessant, for det ser ut til at kunnskap bidrar til økt etterspørsel etter mer (og bedre) kunnskap. Og Kari setter ord på noe svært sentralt, det at man ikke alltid finner svar selv om man forsøker å lese seg frem til kunnskap. Ved hjelp av bøker og andre kilder kan man finne informasjon om det meste man måtte lete etter, men man får ikke ett konkret svar, tilpasset sin egen og barnets situasjon. Som et eksempel kan man tenke seg at en mor har et barn som ikke vil legge seg om kvelden, og barnet er kjempesint selv om mor er konsekvent og følger de råd som gis i bøker og forskjellige oppslagsverk. Hvis man prøver å gjøre de tingene det står der, og det likevel ikke virker, vil konkrete råd være mer betryggende. Og ikke minst er det mye hjelp i at helsesøster sier at man gjør det rette, og at det bare tar litt tid. Da blir moren tryggere på seg selv, og står ikke i fare for å gi opp de metodene hun har startet på. Det foreldre mangler selv om de har tilgjengelig litteratur, er nettopp det Kari sier at hun ”selger”; *medmenneskelighet* og *kunnskap*. En kunnskap som presenteres med tanke på person og situasjon når den blir etterspurt, har potensial for å skape en trygghet hos mødre som andre kilder ikke er i stand til. Og det skaper ikke den usikkerhet hos foreldrene, som kan oppstå hvis de ikke vet hvilken kilde de skal stole på. De får i stedet presentert helsesøsters utvalg av kunnskap, hennes informasjon i forhold til det aktuelle temaet. Det betyr ikke at det ikke finnes kunnskap som kunne vært mer riktig. Men for mange av foreldrene er det greiere å forholde seg til et skjønnsmessig utvalg av tilgjengelig kunnskap der rådene som gis også kan ta i betraktning det særegne ved deres situasjon.

Kari opplever ikke så mange situasjoner hvor hun og mødre mener å sitte med forskjellig kunnskap, men nevner som eksempel tilfeller hvor innvandrere kan være redd for det norske.

Noen fundamentalistiske somaliere sier min datter skal ikke lære et ord norsk før hun begynner på skolen, det er skolens ansvar. Klart det smeller litt da. Men da sier jeg noe om at ofte så går det dårlig med de barna. Kari

Hun ønsker å overbevise dem om at det beste er å følge hennes råd, hvis det skal gå bra med barna. Det kan vurderes som at hun ikke følger retningslinjene. I retningslinjene står det at det skal vises respekt for de normer og verdier hver enkelt familie har, men denne helsesøsteren

har vel lagt et sett med ”norske” verdier og normer til grunn for hva som skal betraktes som ønskelig, og hun forstår innvandreres kultur ut fra en slik brille. Dette er et eksempel på hvordan de normer og verdier som foreldre vektlegger ikke alltid vil oppfattes å være til beste for barnet. Da er det vel best at helsesøster sier i fra om det? Det etterlater likevel et viktig spørsmål; hvem skal få definere hvilken kunnskap som skal legges til grunn? Uansett hva man mener svaret er, vil krav til respekt for foreldrenes verdier være sentrale. Og måten det formidles på må velges deretter. Jeg forstår Karis praksis slik at den utfordrer ideen om respekt. Også på andre områder er hun opptatt av å få gjennomslag for ”sin kunnskap.”

Kari er opptatt av at foreldrene skal være seg bevisste på hvilke føringer de legger for barneoppdragelsen sin, for eksempel ved måltider.

Jeg tar litt undervisning i forskjellen på selvtillit og selvfølelse. På dette med å være flink. At ris kan være like skadelig som ros. Og at de er gode bare fordi de *er*, de må ikke prestere noe hele tiden. Og knytte samspill opp til mat. All denne liker ikke, vil ikke spise- et barn som ikke spiser opp grøten sin er like flink som en som spiser den opp. Du skal ikke spise fordi mor vil ha deg til å spise. Bli kjent med seg selv, at maten er en del av livet. Og hvis barnet ikke spiser, hvordan er det å være et barn med to voksne som nistirrer på deg når du skal spise. Hvem får matlyst? Kari

Hun sier her at hun gir litt undervisning, hun er altså ikke redd for å være eksperten og bruke sin ekspertkunnskap. Implisitt i slike påstander som hun kommer med ligger det at hun tror foreldrene kan gjøre dette på en bedre måte hvis hun forteller hvordan. Hun setter det på spissen ved å spørre om hvem som får matlyst når de blir nistirret på. Hun vet hva som er best?

Kari beskriver en problematisk situasjon i mange familier, måltidet. Jeg tolker det ikke slik at fremgangsmåten er eksempel på å bygge på andres erfaring. I stedet oppfatter jeg henne som opptatt av å få gjennomslag for sin kunnskap. Hun sier at hun også forsøker å få tak i foreldrenes holdninger og erfaringer. Det kan også være at hun ønsker å vite hva foreldrene tenker om sine vaner for lettere å kunne endre dem. Det knytter an til symbolsk makt, som jeg tidligere har diskutert, for jeg tolker det slik at helsesøster ikke er interessert i å bygge videre på foreldrenes erfaringer. Men samtidig kan det også forstås som et forsøk på å løse opp i en situasjon som hun tidligere har gode erfaringer med å gi råd om. Hun vil sjekke om de gjør ting slik hun anbefaler, og hvis ikke, så klarer hun lettere å overbevise dem hvis hun kan snakke konkret om deres situasjon. De er under innflytelse, uten at de skjønner det. Jeg ser



også tegn til modellmakt, i den forstand at helsesøster ønsker å overføre sin kunnskap til mødrene, uten at mødrenes kunnskap blir sett på som likeverdig. Slik beskriver Kari det:

Få tankene deres, hvis du skal ha til en endring i forhold til mat, så tar det tid. Du forandrer ikke holdningene dine til hvordan hanskes et sint barn ved å få informasjon. Ja, du må rundt og få hente ut hva mor tenker og hva hun vil, og hva hun er villig til å teste ut. Hva hun synes, hvordan det er å ha et sint barn? Hvordan hanskes en 3-åring som slår seg vrang. Hvordan gjør man det? Hvordan er det å være 3 år og sinna? Det er jo hundrevis av emner som kan være interessante, det kan være ganske mye latter i disse samtalene. At barnet ikke gjør det for å være slem. Kari

At jeg mener både symbolsk makt og modellmakt kan komme til uttrykk i de metoder Kari beskriver trenger ikke stå i veien for en forståelse av Kari som en sannsynligvis ”flink” helsesøster. Kombinert med hennes forsøk på å styrke mødrene i troen på seg selv kan det godt være at foreldrene er fornøyde med henne, og at det gir gode helsemessige resultater. Kari vektlegger verdier som er forankret i barneoppdragelsesteori. Verdier som forståelse og empati i forhold til barnet, og som er i tråd med det synet hun ellers formidler om at hun ofte bruker Jesper Juuls anbefalinger.

### **6.1.5 Råd**

Det er ofte når du har et lite barn, så er man veldig forelder, det er veldig vanskelig å være objektiv og gjøre riktig, sånn er det mye lettere for meg å gi råd til et hvilket som helst barn, det er mye lettere det enn å gi råd til barnebarnet mitt. For hun er jeg mormor til, og i hvert fall til mine egne barn. Kari

Kari beskriver sin forståelse som at det er lettere å vite hva som er ”riktig” hvis man kan se oppgaven fra litt avstand. Det tenker jeg er hennes forståelse av hvorfor helsesøstre er bedre enn foreldrene til å se hvilke løsninger som er å foretrekke. Men hun knytter også an til teorier om barneoppdragelse. Hun er inspirert av Jesper Juul og opptatt av å se det positive i barnet; barna er ikke ute etter konflikter, de vil bare utvikle seg. Juul har et perspektiv som i stor grad er sprunget ut fra barnets forståelsesevne og behov for å bli forstått. Hans vektlegging på at ”når barn kommer i 3 års-alderen utvikler de en sterk selvstendighetstrang og foreldrene blir trassige” innebærer at barnet sees som naturlig godt og ikke trassig. Her forteller Kari hvilke tema hun mener er vanlig å trenge hjelp til:

Dette å gi mat og være sammen. Det er mange som sier at barnet er utspekulert. Jeg prøver å se det positive i ungen. Barn vil ikke ha konflikter, barn vil bare utvikle seg. Og hvordan være en god leder for dette barnet? Hva trenger det, hva funker og hva funker ikke? Jeg hadde nettopp en som spurte meg i dag, om språk og en 2-åring. Han vil ikke si navnet sitt, og jeg spør: hva heter du? Og han vil ikke si det, at han heter Emil. Og det var blitt bekymringer blant familie og venner fordi han ikke vil si noe. Jeg driver ikke alltid med empowerment, og dette gikk veldig fort i en pause, men jeg sier sånn at hvis man har prøvd noe 100 ganger og ikke det funker, slutt med det. Bekreft barnet ditt på at du vil ikke si hva du heter, og det er greit. Og støtte barnet, det barnet er jo i sin fulle rett. Dette å presse barn, hva er det du egentlig gjør? Og hva er det du egentlig sier? Hva tillegger man barnet? Dårlig språk og økte bekymringer. Det er mange måter å bekrefte han på, han kan være en kjempefin gutt, og han hadde tydeligvis en god språkforståelse. Man må komme seg ut av endel av de konfliktene som er uttrykk for noe annet. Kari

Ut fra hvordan hun presenterer en situasjonsforståelse for de som spør om hjelp, kan man se at hun gir dem sin situasjonsfortolkning, og hun legger et klart råd igjen til foreldrene. Ikke gjør som du har gjort, men forsøk å bekrefte barnet, det er det hun formidler. Hun sier at hun ikke alltid driver med empowerment. I det legger hun tydeligvis at hun noen ganger gir råd som ikke bygger på det foreldrene sier er deres praksis.

Andre helsesøstre forstår retningslinjene som at dette blir litt for konkret og ikke fullt ut en dialog. Det er ikke mødrenes erfaringer som legges til grunn, når hun slik gir dem kjappe råd ut fra sin forståelse. En forståelse man ser er svært farget av Juuls perspektiv. Kari sier at hun prøver å la mødrene få spillerom til å operere ut fra egne premisser, men for å få det til må hun jobbe litt med seg selv.

Klart det er vanskelig. Klart det er lett å komme med råd. Det er lett å si: gjør sånn og gjør sånn! Ikke gi ungen din saft! Det triller ut. I stedet for: hva synes du er bra å gi barnet ditt å drikke? Har du tenkt noe over hvor mye væske et barn trenger? Det kan være mange måter å gi helseinformasjon på. Veiledning kan være både informasjon og undervisning. Jeg skal jo ikke underslå at jeg er en ekspert. Kari

Kari gir konkrete råd og mener det ligger i hennes rolle at de noen ganger triller ut. Men i sitatet gir hun også en malende kontrast. Det hun spontant vil si, men at hun tar seg i det og spør etter mødres tanker i stedet. Jeg tenker at Karis habitus henger litt igjen i hvordan forventningene til hennes rolle var tidligere, men samtidig så er bevisstheten hennes med på å styre henne inn i rollen slik retningslinjene i dag legger til grunn. Mia skildrer en forståelse av sin rolle når det gjelder å gi råd som i sterkere grad knytter seg til foreldrenes egen problemforståelse.

Vi får mye søvnproblemer, problemer med å få pusset tenna, problemer med spising, sånne ting. Ofte synes jeg at de ser problemet selv, at de ikke klarer å høre barnet skrike, de klarer ikke la han stå å skrike i 5 minutter om kvelden. Da må man kanskje gå en runde med seg selv, og bli bevisst. Vi prøver å støtte på at det er ikke farlig å la ungen skrike littegrann, og styrke dem på at hvis de virkelig vil dette så får man det gjerne til. Og hvis tida ikke er helt moden så vent litt, og prøv igjen senere. Mia

Når de spør direkte gir Mia ganske klare oppskrifter på hva hun anbefaler, når det gjelder konkrete ting som søvn og mat. Jeg mener å fange opp en ulik tilnærming til slike typiske temaer, mellom Mia og Kari. Mia er mer opptatt av at foreldrene får det til hvis de bare prøver litt mer i det sporet de selv har vært inne på. Kari er mye mer tydelig på sine egne metoder. Hun spiller bevisst på mødrenes erfaringer når hun deretter anbefaler sine egne måter, for å oppnå ønsket resultat. Jeg tolker det som at det ligger en indirekte kritikk av foreldrene når Kari presenterer slike problemsituasjoner på en ironisk måte.

Men hvordan få et barn til å spise for eksempel, det kan være: jo du skal ikke gi noe mellom måltidene, du skal gi faste måltider, og ikke gi kjeks og saft mellom måltidene. Det funker ikke. Jeg må jo inn på at ja barnet ditt spiser ikke, har du noen tanker om hvorfor, når du er i butikken, hvem handler? Og bruke endel humor også, spørre hvem er det som er sjefen hos deg'a? Bruke litt humor på at de har altså fått en forvaltningssjef, en 2-åring som bestemmer over kjøleskapet. Kari

Ved å spørre om deres tanker, og ved hjelp av humor, forsøker Kari å få inn sin forståelse av hvordan foreldrene kan gripe situasjonen. Kanskje blir det en kombinert form for å gi råd og å bruke foreldrenes erfaringer som utgangspunkt. Hun lokker ut hvordan de pleier å gjøre det, og så forsøker hun å foreslå sine egne løsninger. Habermas sitt begrep om kommunikativ handling, som jeg presenterte tidligere, kan bidra i forhold til å vise at dette ikke er en ekte dialog hun beskriver, den er ikke herredømmefri, det ligger skjulte motiver under. Det er ikke en dialog som ønsket etter retningslinjene, det er den i stedet den modellmektige helsesøsterens premisser som får forrang.

Helsesøster Mia er bevisst på både utfordringen i å få til en diskusjon rundt det foreldrene lurte på, i stedet for at hun bare gir råd. Og utfordringen i å rette seg etter retningslinjer etter hvert som de endres.

Det som er aller viktigst er på en måte å prøve å møte dem på en slik måte at de føler det er et sted de kan komme til, å få veiledning på ting hvis de føler at det er ting de trenger å få veiledning på. Råd, hvis det er det de ønsker. For på de nyeste forskriftene

så er det veldig på det med veiledning, at vi nesten ikke skal, ja, før var det kanskje motsatt- at man bare ga råd. Nå er det kanskje bikka litt i andre retningen, at vi hele tiden skal høre hva de har å si. Men mange ønsker kanskje helt konkrete råd, og det kan gå på helt konkrete ting som bleieutslett. Noen steder må vi bare kunne gi konkrete råd, men viktigste oppgaven vår er å få til en dialog, å få styrket foreldrene på en måte, og troen på seg selv som foreldre. Mia

Nye retningslinjer og foreldrenes forventninger til helsestasjonen er kanskje ikke samsvarende. Mia beskriver hvordan hennes rolle nå ikke er ”å bestemme for foreldrene.”

Foreldrene tenker veldig tradisjonelt hva en helsestasjon er, ut fra det det alltid har vært. Så de forventer nok å få kanskje mer enn de får, tror jeg. For de forventer å få klare svar, og det er det ikke alltid det er på det de spør om. Det kan være mange riktige svar. Men samtidig så kan de mye sjøl, de kan gå inn på internett og finne svar der, og mange er veldig opplyste og kan mye sjøl. Jeg tror nok kanskje at mange forventer mer ren rådgivning, og blir litt misfornøyd fordi de får ikke et klart svar på et problem. Mia

Mia påpeker altså at foreldre er kunnskapsrike, men at det de søker fra helsestasjonen er mer spesifikk kunnskap. Som jeg var inne på under avsnittet om kunnskap, så kommenterer også Kari at det er mye informasjon foreldrene må forholde seg til. Kari var i større grad klar for å være en veileder for hvordan kunnskapen skulle forstås og brukes. Mia er ikke fullt så innstilt på å gi klare svar, men heller bruke foreldrenes erfaringer og gjøre dem trygge på at de vet mye selv. Jeg har forsøkt å belyse denne virkeligheten og ”tegne et bilde” av helsesøstrene i figur 1. For helsesøstrene skildrer ulike praksiser.

## **6.2 Helsesøstre i ulike faser**

Helsesøster Kari er den som tydelig eksemplifiserer overgangsfasen. Hun kjenner godt til retningslinjene, men hun er også klar på at hun vil benytte sin ekspertkunnskap. Hun hevder at hun ikke vil underslå at hun er en ekspert. Samtidig er hun veldig opptatt av å gjøre mødrene trygge på seg selv. Hun har arbeidet som helsesøster siden hun var ung på 70-tallet, og har kanskje ikke endret seg tilsvarende som retningslinjene.

Lina og Mia ligger nærmere opp til den nye fasen, i det at de ser seg selv mer som veiledere enn som eksperter. Det kan være mange riktige svar, sier Mia. Det tegner et bilde av forståelsen av kunnskap og praksis i den nye fasen. De har også sin personlighet og erfaring å bygge på i utformingen av rollen, men har funnet en annen vei enn Kari.

### 6.3 Oppsummerende diskusjon: klargjøringens betydning

For at begge parter skal kunne forstå hva samtalen dreier seg om må man klargjøre hvilke forventninger og krav som ligger som utgangspunkt. Helsesøstrene kan ikke si at de ikke utfører kontrolloppgaver, hvis de har retningslinjer som pålegger dem å kontrollere hvordan tilstanden er i de forskjellige familier. De er altså nødt til å forholde seg til at kontroll er en av deres oppgaver. Andre sentrale oppgaver er å styrke foreldrene i troen på egen omsorgsevne – og praksis. Selv om disse oppgaver kan oppleves som vanskelige å utføre samtidig kan det å skyggelegge at det faktisk er en kontroll legge grunnlaget for illegitime kontrollmetoder og maktutøvelse. Hvis det finnes et skjult pensum kan det være et tegn på at feltet ikke er preget av den åpne dialogen som er ment ut fra retningslinjene. Men det kan også bety at deler av helsesøsters rolle er bygget rundt kunnskap som ikke er så lett å sette ord på. Problemer kan oppstå hvis den kunnskapen de ikke setter ord på egentlig er i strid med retningslinjer og hvordan de sier at de handler.

En måte å åpne feltet på er å klargjøre hva slags intensjoner som ligger til grunn for treffene mellom helsesøster og foreldre. For mange mødre kan det sikkert virke unødvendig, for de har egne forventninger og de føler seg fornøyd med det tilbudet som er. Hvis feltet domineres av skjult pensum og retningslinjer som ikke etterfølges er det mulig at de ville foretrukket alternativet med en helsestasjon hvor makt og kontroll ikke ligger i skjulte strukturer. Helsesøstre utformer sine roller på forskjellige vis. Som jeg har vist i figur 1 antar jeg at det er en sammenheng mellom ulike faktorer som kan tenkes å styre hva som blir den enkeltes rolle. Mødre er også forskjellige og det kan hende en helsesøster oppfattes veldig forskjellig blant mødrene. Kanskje vil mødres forskjellige karakteristikk forme hvordan helsesøster praktiserer sin rolle i møtet med den enkelte mor. Kanskje er helsesøster ”hyggeligere” mot de mødrene som er lettest å samarbeide med, og slik kan det skapes en ”negativ spiral” med de som krever mye. Den problematikken henger sammen med at de kanskje har utviklet et ”blikk” for hvem som trenger oppfølging, som igjen kan sees som en praktisk ferdighet innbakt i begrepet skjult pensum.

For å skape trygge foreldre er det kanskje effektivt med kontroll. For mødrene er opptatte av hvordan de blir trygge av at helsesøster har kontrollert dem og sagt at alt er bra. Informantene mine har neppe blitt utsatt for det helsesøster legger i kontroll. Helsesøster forstår kontroll som en oppgave knyttet til de som ikke mestrer sine omsorgsoppgaver, og mine informanter

er velfungerende mødre. De har ikke trengt noen ekstra oppfølging fra helsesøster for sin egen eller barnets del. Det kan tenkes at mange mødre opplever kontroll som nedverdiggende og vanskelig i de tilfeller hvor helsesøster eller andre instanser griper inn fordi de er bekymret. Hvis helsesøster har et kategoriserende ”blikk” kan en utfordring være at ikke alle som ser ”normale” ut er det og motsatt. Å finne frem til hvem som skal kontrolleres og ikke er ingen lett oppgave. Det finnes ingen lettvinntilgang til hvordan den enkelte fungerer, og derfor antar jeg at det i en tidlig fase av relasjonen mellom helsesøster og foreldre foregår en vurdering, som også kan kalles kontroll, av foreldre. Og at foreldrene for så vidt forventer det, men at de ikke vet hvilket ”skjult pensum” de blir prøvd i.

Når helsesøstre har vært i jobben en stund kategoriserer de kanskje uten å være seg bevisst hva det er basert på. De ser etter likhetstrekk i forhold til tidligere situasjoner, og det blikket som jeg tidligere har beskrevet kan det være at helsesøstre gjør bruk av når de skal tolke i nye situasjoner. De kan tenkes å bruke kunnskapen fra møter med andre foreldre når de skal tolke foreldre som de ikke har fått et helhetlig inntrykk av. For å bli i stand til å danne seg et bedre bilde snakker de med foreldrene, og kanskje stiller de noen spørsmål for å hente frem hvordan foreldrene tenker om ulike oppgaver. Slik kan de danne seg et bilde, men foreldrene har kanskje ikke fått muligheten til å være med og forme det i bildet i den grad de kunne ønsket. Hvis bildet er korrekt er det kanskje ikke så problematisk som hvis helsesøster ikke har klart å innhente en god virkelighetsforståelse av forelderens omsorgspraksis. Da oppstår det en større konflikt mellom den kontrollopgaven helsesøsteren har utført og samtalemotoden som hun har benyttet for kontrollere.

## **7.0 Avslutning:**

For å gi en forståelse av det jeg i starten tenkte meg som et dilemma mellom kontroll og dialog har jeg forsøkt å diskutere dette ut fra begge parters erfaringer. Partenes utfordring mener jeg ligger i at de må klargjøre sine forventninger og fremgangsmåter for å nå frem til en ønsket dialog. Da kan de unngå at samtalen preges av andre aspekter enn det de tror og ønsker. Denne konklusjonen har jeg kommet frem til gjennom oppgavens diskusjoner.

Partene har gitt utfyllende beskrivelser av sine erfaringer. En av mødrene beskriver kontrasten mellom kontroll og dialog ut fra to helt ulike erfaringer, nå og for åtte år siden. Mens hun første gangen følte seg ”styrt” og redd har hun denne gangen følt trygghet ved å kunne diskutere med helsesøster.

Det vil variere hva man får ut av treffene med helsesøster. Om det skaper tro på seg selv, usikkerhet eller trygghet. Mødrene verdsetter trygghet, og de mener at helsesøster gir dem det. En mor beskriver hvordan hun tidligere unnlot å fortelle om vanskeligheter for å beskytte seg mot det hun oppfattet som råd i strid med egne oppfatninger. Slik følte hun at hun beholdt makten selv. Det virker som at jo tryggere mødrene er, jo mer lyst har de på kontakt med helsesøster. Og ut fra mødrenes beskrivelser krever det ikke så mye for å gjøre dem trygge. De trenger bare å høre at det de gjør er bra.

Ved å plassere ulike helsesøsterpraksis som tilhørende i ulike faser har jeg forsøkt å beskrive helsesøsters ulike roller. Med helsesøstre i den nye fasen ser jeg lite tegn til maktutøvelse. Det kan være fordi makten er mer skjult, eller at samhandlingen i større grad er basert på likeverd. Tidligere var det en mer uttalt kontroll, mens nå er empowerment en styrende ideologi. Jeg har diskutert hvordan kontrollen kanskje viser seg mer indirekte nå.

Hvis helsesøster viser manglende forståelse eller kunnskap kan det tydeliggjøre for mødrene at helsesøsters kunnskap er svakere på noen områder. Slike situasjoner kan påvirke relasjonen slik at helsesøster ikke får en modellmaktposisjon, fordi hun ikke blir sett på som ekspert i like stor grad.

Det ser ut som at mødrene i starten er veldig åpne for den kunnskap helsesøster formidler, mens de etter hvert blir tryggere ved at de mener å kjenne barnet sitt best. Mødrenes kunnskap bygges opp for hver dag med barnet, så grunnlaget for dialog blir kanskje bedre og bedre i takt med barnets alder. Mødrene vektlegger at de også selv leser i bøker eller søker på internett hvis de lurer på noe, så de møter sjelden opp på helsestasjonen uten å ha undersøkt hva som anbefales. Men helsesøster ser ut til å kunne bidra ved å vise vei i jungelen av informasjon. For mange er det vanskelig å vite hvilke råd de skal følge, og derfor kan helsesøster være til god hjelp. Kunnskap som baseres på person og situasjon, og som etterspørres fra foreldrene, har potensial for å skape en trygghet som andre kilder ikke er i stand til.

Mødrene beskriver kontroll som trygghetsskapende. For en mor som har opplevd ”kontroll” nært innpå seg opplevdes det likevel som en stor belastning. Hun følte seg kontrollert, og ble utrygg og redd. Helsesøster kan i slike tilfeller oppleves å sitte med makten, og det kan stenge for mulighetene til å skape tryggere mødre gjennom dialog. Kontroll kan slik oppfattes som illegitim. Hvis situasjonen ikke innbyr til gjensidig respekt kan kontrollen i stedet gjøre mødrene usikre slik at de gir slipp på egen intuisjon.

Hvis mødrene spør helsesøster om råd blir hennes ekspertkunnskap mer legitim. Hvis kunnskapen formidles på en åpen måte uten et skjult pensum kan det være betryggende å vite at noen kan gi svar på det de lurte på. Hvis helsesøster i stedet ”misforstår” retningslinjene og unnlater å gi svar eller ville diskutere problemer kan mødrene oppleve helsesøster som unyttig. En mor hadde hatt slike opplevelser. Det kan tyde på at helsesøsteren tilhører overgangsfasen, og at hun ikke har klart å utforme en rolle hvor foreldre opplever å bli støttet. At helsesøster ikke skal sitte inne med alle svar betyr ikke at hun ikke skal belyse og hjelpe foreldre med de problemer de tar opp.

Mødrenes forventninger til helsesøster viser at de forventer at hun også vurderer om deres praksis er god eller dårlig. Hvis de kan stole på at de får beskjed hvis noe er ”dårlige måter” kan de være trygge så lenge de bare får ros. Hvis de bare skal få ros, og det negative oversees kan det skapes en situasjon hvor mødrene ikke vet om de er gode i sin omsorg eller ikke.

Helsesøstrene er opptatte av å styrke mødrene i troen på seg selv, og beskriver at brukeren skal sees som spesialist på seg selv. Verdien på helsestasjonen skal være slik at mødrene får muligheten til å være seg selv. Dette kombineres med at helsesøstrene støtter dem på det de mener fungerer godt. Helsesøster ønsker å strukturere foreldrenes erfaringer. I dette ligger det en risiko for at det selektive i struktureringen ikke foregår åpent og tydelig for mødrene, og at de havner inn under helsesøsters innflytelse uten å være klar over det. Når helsesøster bruker av sin erfaring kan hun farges av kunnskap hun ikke er seg bevisst; et skjult pensum.

Helsesøstrene ser på gruppekonsultasjoner som en god måte for foreldrene å få dele erfaringer med andre og slik bli tryggere. Det kan være at mange mister muligheten til å få diskutert sine erfaringer fordi de ikke mestrer en slik gruppedeltakelse. Brukerkompetansen som kreves i grupper setter høyere krav til selvtillit, initiativ og sosial kompetanse enn når man møter



helsesøster alene. Nettverksbygging er også en sentral fokus for helsesøstrene, og til det kan gruppekonsultasjonene være en egnet arena.

Helsesøstrene sier de er opptatte av samspill. Mest er de nok opptatte av å avdekke om det fungerer godt eller ikke, for å kunne gripe inn hvis noe er dårlig. De tenker seg at det er større risiko for dårlig samspill hvis mødrene ikke har opplevd det med egne foreldre, eller andre faktorer som lav utdanning, dårlig økonomi eller annerledes kulturell bakgrunn. Helsesøstre kan tenkes å se etter kjennetegn for å kategorisere foreldre etter hvordan de mestrer foreldrerollen. De utvikler et blikk for hva som er kjennetegn på god og dårlig foreldrepraksis. En utfordring kan bli å unngå feiltolkninger ved at mødrene kan ha ytre kjennetegn som ikke stemmer overens med deres praksis. Det kan tenkes å være vanskeligere å se ”dårlig praksis” hos en mor som ikke har de ytre kjennetegn som er typiske for hennes praksis, for eksempel en mor som er pent kledd og har et kostbart hjem, men har en dårlig omsorgspraksis.

Helsesøstrene forsøker å skape tillit i relasjonen. Mødrenes erfaringer benyttes for å gi inntrykk av respekt for deres praksis. Hvis helsesøster ønsker å endre på en mors praksis vil hun lettere få det til hvis hun først har oppnådd hennes tillit, for da er moren mer lydhør. Det kan også være at tilliten bidrar til at helsesøstre får makt i situasjonen. Helsesøster kan inneha symbolsk makt fordi den usynliggjøres ved at hun først hadde skapt seg en legitim rolle. For å skape tillit i samsvar med premisene for dialog kan åpenhet om oppgaver og arbeidsmåter være en løsning.

Helsesøstrene ønsker ikke å si rett ut at de kontrollerer. De formelle kodene rundt samtalen tones derfor ned, og de vil heller fokusere på positive elementer i sin rolle. Noen ganger har foreldre andre normer og verdier enn helsesøster formidler. Da er spørsmålet hvem som får definere hvilken kunnskap som skal legges til grunn. Respekt for foreldrenes verdier og normer er et sentralt mål for foreldreveiledning, og formidling av kunnskap og råd må ta hensyn til det. Å bli ”påtvunget” helsesøsters kunnskap eller råd vil være det motsatte av en likeverdig relasjon.

Hvor konkret en helsesøster skal gå inn for å gi råd gir helsesøstrene ulike beskrivelser av. En helsesøster sier at hun ikke alltid bruker empowerment-metoden, men heller gir klare anbefalinger basert på egen kunnskap. Andre helsesøstre mener at deres rolle i større grad må preges av å hjelpe foreldrene til å se sin egen situasjon tydeligere, og slik bli i stand til å selv

ta avgjørelsene. De ulike betraktninger om hvordan de skal gi råd kan sees i sammenheng med hvilken fase de kan kategoriseres i. I den nye fasen er foreldres erfaringer utgangspunkt for samhandlingen. I den gamle- og overgangsfasen kan det se ut til at helsesøsters ekspertkunnskap i større grad dominerer. Noen ganger kan det være at foreldres forventninger er mest i tråd med sistnevnte tilnærming.

De fleste av mine informanter beskriver at relasjonen til preges av tillit. Dette til tross for helsesøsters motsetningsfylte roller. Det viser at helsestasjonen sannsynligvis når frem til mange slik den fungerer i dag. Oppgaven min var ikke å undersøke om den fungerte eller ikke, men jeg ønsket å påpeke hva som kan være gode metoder og hva som kan gjøres bedre.

Ved å klargjøre hvilke mulige konflikter, dilemmaer og paradokser som ligger i de nye retningslinjene kan man finne den løsningen som fungerer best for de forskjellige foreldre. Retningslinjene skal utformes slik at de best mulig legger til rette for å bygge gode relasjoner, både mellom foreldre og helsesøstre og mellom foreldre og barn, og da er det viktig å se på hvordan dagens praksis oppleves.

Jeg har sett på hvordan helsesøstre og mødre erfarer relasjonen seg i mellom. For å gå dypere inn i temaet ville det være interessant om videre forskning kunne se på hvordan dagens gruppestruktur legger forholdene til rette for dialog. Mødrene kan tenkes å stille med ulike forutsetninger for å delta i gruppesamtaler. Hvordan gjør endringen av samtaleform i retning av gruppestruktur helsesøster i stand til å utføre sine oppgaver med å ivareta alle foreldre? Og hvordan innvirker det på fedres deltakelse når de med dagens praksis lett blir i mindretall? Ved å undersøke nærmere hvordan man best kan møte foreldre vil flere kunne bli møtt på den måten som best ivaretar deres behov og styrker deres omsorgspraksis.



## Referanseliste:

Aanderaa, Berit (1998), "Målet er å bli klokere sammen! Foreldreveiledning i barnehage og skole" i Thorleif Bugge og Liv Gjems (red): *Time out! Bilder fra nye pedagogiske landskap*. Bergen: Fagbokforlaget.

Andrews, Therese (2002), *Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*. Bergen: Hemil-sentret.

Andrews, Therese og Wærness, Kari (2004/04), *Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket?* Sosiologisk tidsskrift.

Basberg, Cecilie E. (1999), *Omsorg i fengsel?* Oslo: Pax Forlag.

Basberg, Cecilie E. (2004/01), *Vanskelig feltilgang – noen metodologiske refleksjoner over et avkortet feltarbeid*. Sosiologi i dag.

Bourdieu, Pierre (1995), *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax.

Bourdieu, Pierre (1996), *Symbolisk makt, artikler i utvalg*. Oslo: Pax forlag.

Bremberg, Sven (2004), *Nya verktyg för föräldrar – förslag til nya former av föräldrastöd*. Statens Folkhälsoinstitut, Sverige.

Bråten, Stein (1998), *Kommunikasjon og samspill - fra fødsel til alderdom*. Oslo: Tano Aschehoug.

Finnvold, Jon Erik (1994/22), *Brukerkontakter i helsesøstertjenesten, : en utvalgsundersøkelse*. SSB-rapport.

Finstad, Liv (2000), *Politiblikket*. Oslo: Pax Forlag.

Gundersen, Tonje (1998), *Når kirurgen er kvinne*. Hovedoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo.

Habermas, Jürgen (1984), *The theory of communicative action. Volume two*. Cambridge: Polity press.

Hauge, Inger Marie (1982), *Helsestasjonen og familien med det nyfødte barn. Psykisk forebyggende arbeid med helsestasjonen som utgangspunkt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Heilmann, Mari Rysst (2000), *Alle sier forskjellig*. Hovedoppgave i sosialantropologi. Institutt for sosialantropologi. Universitetet i Oslo.

Hundeide, Karsten (2004), *Ledet samspill fra spedbarn til skolealder*. Oslo: Vett og Viten

Hundeide, Karsten (2004), "Om barns sensitivitet og lojalitet overfor andre: kontraktmessig kongruens" i *Dialog, selv og samfunn*. Ivar Frønes og Tone Schou Wetlesen (red) Oslo: Abstrakt forlag.

Korsnes, Olav, Andersen, Heine og Brante, Thomas (red) (1997), *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, Steinar (1997), *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal.

Nærde, Ane (1992), *Erfaringer med gruppebasert helsestasjonskontroll*. Hovedoppgave i psykologi. Institutt for psykologi. Universitetet i Oslo.

Polanyi, Michael (2000), *Den tause dimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap*. Oslo: Spartacus forlag.

Rolf, Bertil (1991), *Profession, tradition och tyst kunskap: en studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Gytting: Nya Doxa.

Schön, Donald A. (1995), *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot: Arena.

Solsvik, Anne (2004), "Likeverd i barneoppdragelsen" i *Dialog, selv og samfunn*. Ivar Frønes og Tone Schou Wetlesen (red) Oslo: Abstrakt forlag.

Tjelflaat, Torill og Midjo, Turid (2000), *Foreldrekompetanse – et tema for læring?* rapport nr 7 i skriftserien til Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge. Trondheim.

Thagaard, Tove (1998), *Systematikk og innlevelse*. Bergen – Sandviken: Fagbokforlaget.

SSB-rapport (1998/nr 11), *Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten?*

Strømfors, Gus (2004/nr 1), *Faglig refleksjon over egen praksis. En metode for å utvikle gode læringsarenaer*. Rapport fra Rusmiddeletaten. Oslo.

Wetlesen, Tone Schou (2000), *Å gi videre: kultur og oppdragelse i familien*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wetlesen, Tone Schou (2004), "Foreldreveiledning- ekspertdominans eller dialogisk samhandling." i *Dialog, selv og samfunn*. Ivar Frønes og Tone Schou Wetlesen (red) Oslo: Abstrakt Forlag.

Widerberg, Karin (1995), *Kunnskapens kjønn: minner, refleksjoner og teori*. Oslo: Pax Forlag.

*Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (1998/2) Oslo: Statens helsetilsyn.

Andre kilder:

<http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/bondevikII/bfd/taler/004051-990676/dok-bn.html>  
(lesedato: 02.10.2006)

\*Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

\* Antall ord i oppgaven er 38 986



## **Intervjuguide-helsesøstre**

Hvordan oppfatter du din rolle som helsesøster for foreldre som har nyfødte eller små barn?  
Vil gjerne vite din erfaring med hvordan samtalene foregår. Og tanker om samfunnet i dag, hvordan er helsesøstres rolle i dag sammenlignet med tidligere?

Hvorfor bli helsesøster:

Utdanning (etterutdanningskurs ol):

Antall år som helsesøster:

Antall egne barn:

Dine foreldres bakgrunn:

Antall søsken:

Gift/enslig:

### **1. Forventninger til samtalen**

- Ønsker du å bli spurt om råd, og hvordan gir du evt råd? Konkret eller ved å diskutere seg frem til løsninger?
- Er enkelte tema mer naturlig å gi konkrete råd om, mens andre er lettere å åpne opp for diskusjon? (Har du eksempel innenfor foreldreveiledning?)

### **2. Temaer som tas opp**

- Følger du et fast mønster eller er temaene mest avhengig av hva foreldrene tar opp?
- Hva er de vanligste temaene, utenom lengde, vekst etc?
- Hvordan legger du opp samtaler rundt grensesetting og familiens vaner?
- Er noen tema vanskeligere enn andre?
- Diskuteres barneoppdragelse ofte og i så fall hva er i fokus?
- En beskrivelse av siste samtale

### **3. Støtte - hvordan gjøres foreldreveiledning?**

- Er det vanlig å fokusere på hvordan du kan gjøre foreldrene tryggere?



- Har du ulike strategier for usikre vs trygge foreldre?
- Refleksjon rundt hvordan gå fra ekspertrolle til brukerorientering; hvordan involvere forelderen?

#### **4. Ekspertkunnskap**

- Er det ofte nødvendig å foreslå endringer i foreldrenes vaner?
- Hva vektlegger du som det sentrale i barneoppdragelse? (fleksib- og regelmessighet)
- Hvordan ser du på din egen rolle vs foreldrene, ekspert eller mer en samtalepartner?
- Endringsaspekt, andre erfaringer og problematikk nå?
- Fra utdanning og kurs, hva tar du særlig i bruk?
- Kjennskap til programmet? Hvorfor bruk-ikke i bruk?

#### **5. Utbytte**

- Er det stor variasjon i hvordan samtalene fungerer?
- Har du noen ”knep” for å få flyt i samtalen?
- Strekker tiden til, eller må samtalene avsluttes før de er ”ferdige”?

#### **6. Samspill**

- Hvordan undersøker du evt hvordan samspillet mellom barn-forelder fungerer?
- Praktiske øvelser, som f.eks rollespill?
- Hvilke muligheter mener du ligger i barsel-grupper og hvordan organiserer du dem?
- I hvilken grad er gruppene avhengig av helsesøsters innsats for å fungere?
- Hvilken rolle har du under barselgruppe-treffene, bruker du ”undervise” eller delta la foreldrene styre tema? (kommer ledet samspill-programmet til nytte her?)

### **Intervjuguide-foreldre**

Kjønn:

Alder:

Antall barn:

Utdanning:

Trivsel i foreldrerollen:

Deltakelse i barselgrupper:

### **1. Forventninger til samtalen**

- Hvordan forventer du at helsesøster skal behandle deg?
- Hvordan ønsker du at helsesøster skal bidra for å gjøre deg bedre rustet til foreldrerollen? (konkrete råd, arrangere gruppemøter, annet?)
- Hva er helsesøsters viktigste oppgaver i forhold til deg og barnet?

### **2. Temaer som tas opp**

- Hva er det vanligst å snakke om?(utenom mål og vekt etc)
- Pleier du å ha spesielle tema du på forhånd ønsker å ta opp?
- Har dere problemer, som søvnvansker, spising, grensesetting etc?
- Opplever du at samtalen er basert på dine ønsker om innhold eller at de følger et visst mønster?
- Opplever du at det er tid nok til å rekke det du ønsket?

### **3. Støtte**

- Har du følt press til å ”prestere” som forelder i møte med helsestasjonen?
- Er noen tema vanskeligere enn andre, f.eks hvis man ikke har fulgt opp helsesøsters råd?
- Hvem søker du oftest råd hos? (helsesøster eller venner/familie/barselgruppe)
- Føler du deg tryggere i det du forlater helsestasjonen enn da du kom?
- Settes det spørsmålstegn ved dine vaner? (Er det greit?)
- Har kontakten med helsestasjonen utvidet ditt sosiale nettverk?

### **4. Ekspertkunnskap**

- Opplever du enighet eller mellom deg og helsesøster i samtaler og diskusjoner?
- Er det du eller helsesøster som vet best hva som passer for ditt barn?
- Opplever du helsesøster som ekspert eller står dere på likefot?

## **5. Utbytte**

- Får du svar på dine spørsmål?
- Er du fornøyd med utbyttet av samtalene, forløp de slik du hadde tenkt før du kom?
- Er det ting du gjerne skulle hatt mer informasjon om?

## **6. Samspill**

- Har du fått noen praktiske råd eller informasjon for å bli bevisst på hvordan du og barnet fungerer sammen?
- Hva kan du huske å ha fått informasjon om som du senere merket var nyttig for deg?
- Hvordan opplever du å delta i barselgruppe? (Utveksling av informasjon og kunnskap eller mest et forum for å treffe andre)
- Opplever du at helsesøster er opptatt av å legge til rette for at du og barnet skal trives med hverandre og med andre i nærmiljøet, og at hun har tid og ressurser til å klare det?

