

Lene Selle

Forståelser av barns utvikling:

En kvalitativ studie av helsestasjonskontroller for spedbarn i Norge.

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i Psykologi

Veileder: Berit Overå Johannesen

Desember 2019

Forståelser av barns utvikling:
En kvalitativ studie av helsestasjonskontroller for spedbarn i Norge.

Lene Selle
Profesjonsstudiet i Psykologi
Hovedoppgave
NTNU
Trondheim, 2019
Veileder: Berit Overå Johannesen

Sammendrag

Helsestasjonen 0-5 år er en av de store forebyggende arenaene for barn og unge, og blir trukket frem som essensiell for tidlig intervensjonsarbeid (Helse og omsorgsdepartementet, 2007). Helsepsykepleiere er kjernepersonellet ved helsestasjonen, og er den eneste kategorien av helsepersonell som har forebyggende helsearbeid som hovedansvar (Skogen, Smith, Aarø, Sigveland & Øverland, 2018). Formålet med denne studien var å se på hvordan det forebyggende arbeidet foregår ved helsestasjonenes rutinemessige kontroll for barn fra 0-2 år. Jeg har sett på hva som var fokuset og målet til slike kontroller, og hva slags råd og veiledning helsepsykepleiere ga småbarnsforeldre. Datamaterialet ble samlet gjennom observasjon og lydopptak av åtte kontroller ved fire ulike helsestasjoner, med fem forskjellige helsepsykepleiere. Materialet bestod også av intervju med foreldrene. Diskursanalysen viste at måten helsepsykeleierne konstruerer forståelsen av barns utvikling i samtalen med foreldrene, samsvarer med «distal style». Denne stilen har blitt trukket frem som en vestlig foreldrestil der psykologisk autonomi blir sett på som en viktig utviklingsoppgave (Lamm et al., 2014). Det helsepsykeleierne formidlet var helt i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer til helsestasjon 0-5 år, og det var et stort samsvar i det de fem helsepsykeleierne formidlet til familiene. Dette samsvaret gjør det svært sannsynlig at funnene i denne studien også er representative for det som kommuniseres av helsepsykeleiere ved andre norske helsestasjoner. Basert på funnene virket det forebyggende arbeidet ved helsestasjonen hovedsakelig til å være knyttet opp mot styrking av foreldrene, og barn-foreldre dyaden.

Forord

Da jeg først begynte på profesjonsstudiet for seks år siden, savnet jeg fort samfunnsperspektivet i fagene mine. Jeg lurte på hvor samfunnsengasjementet mitt skulle passe inn i en rolle som fagperson og kliniker. En rolle jeg som nittenårig førsteårsstudent tenkte måtte oppfattes så politisk nøytral som mulig. Men mennesket lever aldri i et vakuum, og politikk og samfunnsbetingelser er selve grunnstrukturen til hvordan vi får leve våre liv. Heldigvis skjønnte jeg dette relativt fort i studietidene. Senere har jeg fått bygd opp under samfunnsengasjementet og engasjementet for faget psykologi, sammen med en gjeng med likesinnede studenter. Her vil jeg særlig rette en stor takk til Psykologistudenter Uten Grenser. PUG er en organisasjon som jeg og seks medstudenter startet våren 2015, blant annet med et mål om at samfunns- og kulturperspektivet skulle vies mer tid i psykologiutdannelsene. PUG-gjengen og alle andre fantastiske mennesker jeg har møtt gjennom studietiden, dere har betydd mye.

Dette prosjektet har vært en lang, krevende og utrolig givende prosess. Det er mange som må takkes. Først og fremst, tusen takk til helsesykepleierne som lot meg få ta del i deres arbeidshverdag og som kom med innsikt rundt gjennomførelsen av prosjektet. Det har jeg satt utrolig stor pris på. En stor takk til alle familiene som lot meg ta del i kontrollene ved helsestasjonen, og som alle var så positive til å gi av deres tid og tanker. Til veilederen min, tusen takk for all støtte, varme, hjelp og gode faglige innspill. Takk for at du alltid har vært tilgjengelig og behjelpelig, men samtidig gitt meg stor frihet gjennom forskningsperioden. Til min familie og til mine nærmeste venner, takk for all støtte og kjærlighet opp gjennom årene. Dere betyr alt.

Oppgaven er skrevet på en slik måte at den kan være til nytte for helsesykepleierne og for andre interesserte. Dette betyr at jeg har fokusert på å skrive en lettfattelig oppgave som kan komme de fleste til gode. Oppgaven vil følge APA-stil 6. versjon, bortsett fra at jeg har valgt å la selv de setningsutdragene som bare består av en linje fra kontrollene stå i et eget avsnitt. Dette for at oppgaven skal være så oversiktlig og lettleselig som mulig.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon.....	5
1.1 Strukturen på oppgaven.....	6
1.2 Helsepsykeleiere og profesjonsutøvelse.....	6
1.3 Nasjonale retningslinjer for helsestasjonen 0-5 år.....	7
1.4 Sterk anbefaling – Samspill.....	7
1.5 Formålet med studien og forskningsspørsmålet.....	8
Teori.....	9
2.1 Utvikling i et livsløpsperspektiv.....	9
2.2 Tilknytningsteori	10
Metode.....	12
3.1 Forskerposisjon.....	12
3.2 Forskningsdesign.....	13
3.3 Utvalg og rekruttering.....	14
3.4 Datainnsamling.....	14
3.4.1 Observasjon og registrering av data	14
3.4.2 Intervju.....	15
3.5. Dataanalyse.....	15
3.5.1 Diskursiv psykologi	15
3.5.2 Konstant komparativ metode	16
3.5.3 Transkripsjon og det å bli kjent med dataene.....	16
3.5.4 Koding	16
3.5.5 Meningskonstruksjon og innhold.....	17
3.6 Forskningen sin troverdighet	18
3.7 Etske betraktninger.....	18
Resultater.....	19
4.1 Tilknytning, oppmerksomhetsregulering og samspill.....	20
4.1.1 Kommunikasjon.....	20
4.2 Emosjonsregulering og tolkning av barnet.....	24
4.3 Mat og vekst	27

4.3.2 Aspekter ved matsituasjonen: regulering og motorikk.....	28
4.4 Søvn og rutiner.....	29
4.5 Motorikk	31
4.6 Familien og systemet rundt.....	32
4.7 Den vestlige foreldrestilen.....	33
5.1 Intervju med foreldrene.....	34
Diskusjon.....	35
6.1 Refleksjon rundt profesjonsutøvelse.....	35
6.2 Diskursen om normalutvikling og skjevutvikling	36
6.3 Diskursen om det dyadiske samspillet.....	37
6.4 Diskursen om emosjonsregulering og det autonome individet	38
6.5 Psykologien, samfunnet og forebygging	39
6.6 Styrker og begrensninger ved studien.....	44
6.7 Implikasjoner for videre forskning.....	45
Avslutning.....	45
Litteraturliste.....	46

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide foreldre

Vedlegg 2: Etisk godkjenning fra NSD

Vedlegg 3: Eksempel på koding/fargekoding av datamaterialet

Introduksjon

I Norge har det vært en økende satsning på forebyggende arbeid de siste årene (Nilsen, 2014; Parton, 2006), særlig blant barn og unge (Kunnskapsdepartementet, 2016; NOU 2009:18, NOU 2012:5). På et politisk nivå er spørsmålet om barns oppvekst og utvikling også nært knyttet til samfunnet og velferdsstatens sin bærekraft. Fokuset og interessen for barnets helse er stor fra velferdsstaten sin side (Madsen, 2016). Statens mål er at borgerne skal bli sunne og friske, og selv bidra som arbeidskraft til velferdsstaten så lenge som mulig. Esping-Andersen (2002) trekker frem at de skandinaviske statene investerer enorme økonomiske summer i barn, og at barnet blir sett på som individuelle borgere heller enn som medlemmer tilhørende familien.

Et av de store forebyggende arenaene for unge, særlig i aldersgruppen 0-2 år, er helsestasjonen. Helsestasjonen er et gratis tilbud til alle barnefamilier, og har en viktig rolle i tidlig intervensjonsarbeid (Helse og omsorgsdepartementet, 2007). Helsesykepleiere som jobber med familiene på helsestasjonen, blir trukket frem som sentrale aktører for kommunens folkehelsearbeid (Mathisen, 2019). Helsesykepleiere er kjernepersonellet i tjenesten, men tjenesten skal også være bemannet med lege. Andre yrkesgrupper som fysioterapeuter kan også være en del av bemanningen. Helsesykepleiere er den eneste kategorien av helsepersonell som har forebyggende helsearbeid som hovedansvar (Skogen, Smith, Aarø, Sigveland & Øverland, 2018). Psykologer, min egen profesjon, har de siste årene også fått en mer sentral rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid (Halvorsen, 2019). Innen 2020 er det lovfestet at det skal være en psykolog i hver kommune (Fleiner, 2017). Utdanningen til psykologer skal i større grad enn nå legge opp til en profesjon som kan jobbe helsefremmende og forebyggende. Universitet i Oslo har allerede innført endringer til studieplanen fra 2018 av, for å imøtekomme behovet (Halvorsen, 2019).

På profesjonsstudiet ved NTNU har jeg merket meg det økte fokuset på forebyggende arbeid, særlig fra praksis- og arbeidserfaringer. Selv har jeg en stor interesse og nysgjerrighet for forebyggende arbeid. Jeg har tenkt at tanken om forebygging heller enn «brannslukking» er god, og potensielt kan spare mennesker for mye smerte. Samtidig har jeg også gjennomgående i løpet av studiet blitt klar over hvordan psykologien er god på å få fenomener til å omhandle intrapsykeiske aspekter ved individet, mens kultur- og samfunnsperspektivet ofte er fraværende i diskusjonen og fagene. Dette har gjort at jeg har hatt en tanke om at det kan være en svakhet ved det forebyggende arbeidet, og at man hovedsakelig ender opp med et fokus på individuelle faktorer. Da veilederen min presenterte

meg for et prosjekt som ville se på hva slags kunnskap helsesykepleierne formidlet til familier på helsestasjonskontroller om barns utvikling, tenkte jeg at det var et perfekt prosjekt for at jeg kunne fordype meg og se på hva slags innhold et slikt universalt forebyggende tilbud har.

1.1 Strukturen på oppgaven

Opgaven består av seks kapitler. Det første kapitlet tar for seg helsesykepleiere og deres utdannelse, de nasjonale retningslinjene for helsestasjonen 0-5 år, og formålet med studien. Kapittel to presenterer teori om livsløpsperspektivet og tilknytningsteorien, som er den teoretiske basen for mye av den norske og vestlige utviklingsforståelsen. I det tredje kapitlet presenterer jeg de vitenskapsteoretiske og metodologiske aspektene ved studien. Kapittel fire består av resultatene fra diskursanalysen av transkriberte lydopptak. I kapittel fem presenterer jeg analysen av intervjuene. I det siste kapitlet diskuterer jeg resultatene, samt retter et større blikk på forebyggingsperspektivet og psykologien i dagens samfunn. Deretter diskuteres styrker og begrensninger ved studien og implikasjoner for videre forskning. Avslutningen er en oppsummering av hovedfunnene.

1.2 Helsesykepleie og profesjonsutøvelse

Helsesykepleiere, tidligere kalt helsesøstre, er sykepleiere med videreutdanning i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres familie (Mathisen, 2019). For å bli helsesykepleier må du ha en bachelorgrad i sykepleie og minst ett års relevant yrkespraksis. Videreutdanningen tar ett år, eventuelt deltid over to år (Mathisen, 2019). I Nasjonal rammeplan for helsesykepleierutdanningen står det at utdanningen skal bestå av følgende hovedemner; individ, samfunn og helse, rammebetingelser, psykologiske, sosiologiske og sosialantropologiske emner, samt helsesykepleiertjeneste og yrkesutøvelse (Forskrift til rammeplan for helsesykepleierutdanningen, 2005, § 1). Ved NTNU består videreutdanningen for kullet i 2019 av emner som folkehelsearbeid for barn og unge, barn og unges helse og utvikling, introduksjon til forskning og tjenesteutøvelse, og kommunikasjon (NTNU, 2019). NTNU skriver at videreutdanningsprogrammet følger den nasjonale rammeplanen (NTNU, 2019). Disse emnene virker til å være representativt for andre studiestedene, da det ser ut som de fleste videreutdanningene består av emner om forskning, utvikling og helse, folkehelse, kommunikasjon og yrkesutøvelse (MET, 2019; INN, 2019). Det blir fremhevet ved alle studiestedene at det sentrale ved yrket er det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet, og at man er en sentral aktør i kommunens folkehelsearbeid (Mathisen, 2019).

1.3 Nasjonale retningslinjer for helsestasjonen 0-5

Innholdet i helsestasjonskontrollen er basert på Helsedirektoratet sin nasjonale faglige retningslinje for helsestasjonen og skoletjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Kapittel fire i retningslinjen omhandler helsestasjonskontrollen for barn fra 0-5 år. Her står det at alle barn mellom 0-5 år bør få tilbud om regelmessige konsultasjoner på helsestasjonen, og at helsestasjonen bør følge et standardisert program med 14 konsultasjoner og ett hjemmebesøk til nyfødte. Videre står det at målet med helsestasjonsprogrammet er:

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

(Helsedirektoratet, 2017, s. 29)

Det standardiserte programmet gir en beskrivelse av temaer som helsesykepleierne skal gjennomgå for hver av de 14 konsultasjonene. For tremånederskonsultasjon listes opp temaene amming, stimulering av språkutvikling, samspill, bevegelsesutvikling, søvn, barns miljø og sikkerhet 0-6 måneder, sosialt nettverk, stell/håndtering og foreldres trivsel og psykiske helse. På tremånederskontroll skal det også gis vaksiner i form av to sprøyter og en drikkevaksine.

De fleste av de samme temaene er tilstede på seksmånederskontroller, men stell/håndtering, stimulering av språkutvikling og nettverk er ikke med. Inn kommer temaene tannpuss, mobil- og skjermbruk og bruk av sosiale medier hos foreldre. Ved alle kontrollene står det øverst i det standardiserte programmet «*Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår*» (Helsedirektoratet, 2019).

1.4 Sterk anbefaling – Samspill

Helsedirektoratet kommer med konkrete overordnede anbefalinger til helsestasjonsprogrammet, i tillegg til å beskrive hvilke temaer helsesykepleierne skal gjennomgå på hver av kontrollene. Anbefalingen om «samspill: «Foreldre bør få veiledning

om samspill i alle konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet», er den eneste anbefalingen i programmet som det står at skal være en del av alle konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2017). Samspill er ikke bare en egen sterk anbefaling i helsestasjonsprogrammet; tanken om samspill som essensielt for barnets gode utvikling nevnes også i mange andre konkrete anbefalinger for kontrollene. For eksempel er det basen for hvorfor temaet skjerm- og mobilbruk har kommet inn i helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2017). Samspill blir også sett på som essensielt for å få til en god ammesituasjon, og veiledning av samspill blir trukket frem som forebyggende og avvergende for vold, overgrep og omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2017). Om psykomotorisk utvikling står det skrevet: «Et barns psykomotoriske utvikling er tett sammenvevd med følelsen av å være en egen person – opplevelsen av selvet. Denne utviklingen skjer i tett samspill med foreldrene» (Helsedirektoratet, 2017, s. 61).

Retningslinjene betegner samspill som kommunikasjonen mellom barn og foreldre. Videre står det at «Gjennom et inntonet samspill fremmes trygg tilknytning som innebærer at barnet opplever seg forstått og hjelpes til å bli i stand til å regulere sine egne emosjoner. Samspillet mellom foreldre og barn er av avgjørende betydning for fysiske, psykiske, intellektuelle og psykososiale utvikling» (Helsedirektoratet, 2017, s. 71). Retningslinjene referer til Deklyen & Greenberg (2008), og fremhever at anerkjennelse av barnets følelser fremmer trygg tilknytning, og at trygg tilknytning er vesentlig for utvikling av god psykisk helse. Det pekes på at hvordan barn blir møtt følelsesmessig forstås som «motoren» i tilknytningen mellom barn og foreldre. Videre skrives det at foreldrene til trygge barn har et klart fokus på barnets indre tilstand. Strategiene foreldrene bruker til å støtte barnet internaliseres og gjør at barnet fungerer fleksibelt i relasjoner, fremhever retningslinjene og referer til Brandtzæg, Smith & Torsteinson (2011). Hvor godt foreldrene klarer å bære følelsene frem til barnet selv er i stand til det, blir beskrevet som en forutsetning for barnets evne til selvregulering senere (Powell, Cooper, Hoffman & Marvin, 2013). Det er således klart av retningslinjene at relasjonen mellom foreldre og barnet er et sentralt fokus i helsestasjonsarbeidet, og at relasjonen betraktes som avgjørende for barnets utvikling.

1.5 Formålet med studien og forskningsspørsmålet

Denne hovedoppgaven er rettet mot forebyggende arbeid som involverer småbarnsforeldre og barn. Som tema for hovedoppgaven har jeg valgt å se på hvordan slikt arbeid foregår ved helsestasjonenes rutinemessige kontroll for barn fra 0-2 år. Nærmere bestemt ønsker jeg å se på hva som er fokuset og målet til slike kontroller, og hva slags råd og veiledning helsesykepleiere gir til småbarnsforeldre. Denne dokumentasjonen vil jeg

analysere for å bidra til økt forståelse av hvilke utviklingsnormer som er rådende i forebyggende arbeid med små barn, samt hvilke kulturelle ressurser og verdier profesjonsutøvere benytter seg av i sine samtaler om barnets helse og utvikling. Forskningsspørsmålet mitt ble dermed:

Hvilke forståelser av barns utvikling skapes i samtaler der helsesykepleiere møter småbarnsforeldre?

Teori

2.1 Utvikling i et livsløpsperspektiv

Livsløpsperspektiv er et viktig rammeverk for å forstå utviklingen av både fysisk og psykisk helse (Skogen et al, 2018). Livsløpsperspektivet fokuserer på alle de biologiske, psykososiale og atferdsmessige faktorene som påvirker et individ gjennom fosterlivet til alderdom (Ben-sholmo & Kuh, 2002). En rapport fra 2018 om psykisk helse og forebygging (Skogen et al. 2018), trekker livsløpsperspektivet frem som sentralt for godt folkehelsearbeid, og at i lys av perspektivet kan man argumentere for at det å forebygge uhelse hos barn og unge er særlig viktig. Man har sett at positiv helse og utvikling i tidlig alder er knyttet opp mot gunstig utvikling i barnealder, ungdomstiden og voksenlivet (Patton et al., 2016; Fryers & Brugha, 2013; Kudlova, 2004), og at individets helse som foreldre i sin tur henger sammen med neste generasjon sin utvikling (Skogen et al., 2008). Innenfor et livsløpsperspektiv blir det da viktig å finne frem til risikofaktorer for skjevutvikling, men også beskyttelsesfaktorer og hva som legger grunnlaget for god helse.

Skjevutvikling er nevnt i retningslinjene for helsestasjonen ved flere anledninger. Flere steder står det om viktigheten av forebygging av skjevutvikling, og et sted står det at «En trygg start kan forebygge skjevutvikling» (Helsedirektoratet, 2017, s. 44). Under anbefalingen om at helsesykepleiere bør samarbeide med en fysioterapeut blir skjevutvikling nevnt sammen med forsinket utvikling; «Forsinket utvikling eller skjevutvikling vil finnes hos ca. 5 % av alle barn under 5 år» (Helsedirektoratet, 2017, s. 63). Skjevutvikling som fenomen blir dog ikke forklart i retningslinjene, og generelt har det vært vanskelig å finne en definisjon på skjevutvikling, selv ved mye søking etter fenomenet.

Det forebyggende perspektivet og livsløpsperspektivet går hånd i hånd. Hvis man skal forebygge må man ha kunnskap om utviklingsforløpet, normer for normalutvikling og hva

som er indikasjoner på skjevutvikling. Her har utviklingspsykologien bidratt med mye kunnskap om risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer de siste årene (Sroufe, 2005; Sroufe, 2013), og relasjonen og tilknytningen mellom foreldre og barn har fått særlig mye oppmerksomhet.

2.2 Tilknytningsteori

Bowlby sin tilknytningsteori er hovedsakelig basert på empiriske observasjoner av barneinstitusjoner der han så store konsekvenser for barna som var separerte fra sine foreldre etter andre verdenskrig. Han konkluderte med at barn lengter like mye etter mors kjærlighet og nærvær som mat (Bowlby, 1969). Kjernen til teorien fremhever barnets og omsorgspersonens emosjonelle bånd, og separasjon fra omsorgsgiveren blir sett på som svært skadelig for barnets mentale helse (Bowlby, 1951). Teorien har et sterkt evolusjonistisk og biologisk holdepunkt, da Bowlby mente at babyer har et medfødt tilknytningssystem med et mål om nærhet til omsorgsgiver. Tilknytningsatferd som gråting er ifølge teorien tiltenkt å øke sjansene for overlevelse. Samtidig er omsorgspersonen tiltenkt å ha et eget system der målet er barnets overlevelse (Bowlby, 1973).

Mary Ainsworth sine eksperimenter i 1974 med fremmedsituasjonen og utvikling av tilknytningsstiler, har vært viktig for videreutviklingen og utbredelsen til Bowlby sin teori. Fremmedsituasjonen, et eksperiment der forskere observerer barnet sin atferd når moren forlater barnet med en fremmed i rommet for så å returnere, endte i et klassifiseringssystem av tre tilknytningsstiler: trygg, unnvikende og ambivalent. Senere ble desorganisert type også inkludert (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1979). Fremmedsituasjonen bidro til en ny anvendelse av tilknytningsteorien, og en vitenskapelig måte å måle tilknytning på som har endt i utallige studier (Keller, 2013). Ainsworth fokuserte på individuelle måter omsorgsgiver responderte til barnet på (Keller, 2013). Hennes arbeid bidro til at tilknytningsteorien fikk et enda større fokus på at barnet sin sosioemosjonelle utvikling er sterkt påvirket av at man har en varm, sensitiv og responderende omsorgsperson (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974). Med en dreining mot måling av tilknytning og observasjon av omsorgsgiver sin sensitivitet og samspill, har Bowlby sin tanke om at omsorgsevnen er instinktivt og medfødt kommet mer i bakgrunnen (Bowlby, 1969).

Tilknytningsteorien har fått enormt gjennomslag, også utenfor psykologiens fagfelt. Familieveiledningsprogrammer er ofte basert på tilknytningsteori, og de siste årene har også flere utdanningsprogram basert seg mer og mer på tilknytningsteori (Keller, 2013). Et veiledningsprogram som de siste årene har økt i utbredelse og er basert på tilknytningsteorien

(Madsen, 2016) er Circle of Security (COS), eller trygghetssirkelen. Hovedkonseptene i COS er Ainsworth sine ideer om trygg base og trygg havn (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2007). Omsorgspersonen skal være en trygg base som barnet kan utforske verden utfra, og en trygg havn som barnet kan komme tilbake igjen til når utforskningsbehovet er nådd, eller barnet trenger beskyttelse, støtte eller hjelp til regulering av emosjoner (Marvin et al., 2007). COS blir brukt i foreldreveiledning ved blant annet helsestasjoner (Hodne, 2017), og veiledning av barnehage og skoleansatte her i Norge (Brandtzæg, Torsteinson, Øiestad, 2012, 2016).

Et barn sin tilknytning er basert på flere faktorer, men ifølge tilknytningsteori er hovedfaktoren omsorgsgiverens evne til å respondere sensitivt og tolke barnets behov og signaler (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974). Studier i denne tradisjonen tyder på at barn med trygg tilknytning har høyere autonomi, er bedre til selvregulering, har sterke bånd med jevnaldrende og generelt er mer tilpasningsdyktige (Cassidy & Shaver, 2002). Videre antar tilknytningsteorien at tilknytningen din til omsorgspersonen i barndommen også har implikasjoner for senere mellommenneskelige relasjoner (Keller, 2013). Studier har vist at mennesker som blir klassifisert med trygg tilknytningsstil ved Adult attachment interview (AAI), oppgir sterkere uavhengighet, forpliktelse, tillit og tilfredshet i parforhold (Fraley & Davis, 2005; Simpson, 1999). Trygg tilknytningsstil som voksen målt via AAI er koblet til Ainsworth trygg tilknytningskategori (Fonagy, Steele & Steele, 1991), og man antar at barn med trygg tilknytning vokser opp til å bli voksne som danner trygge tilknytningsmønstre i sine relasjoner (Keller, 2013). Det ser dermed ut til at relasjonen til omsorgsgiver har en stor betydning for hvordan du senere knytter deg til mennesker, og danner grunnlaget for en mental modell for relasjon til andre (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011).

Kritikere av tilknytningsteorien har imidlertid trukket frem at det ikke er en universell teori, men en teori basert på vestlige verdier og tanker om hvordan en barndom skal se ut (LeVine & Norman, 2001). Keller (2013) skriver at det er mye evidens for at tilknytningsteori er basert på den vestlige middelklasse sitt konsept av utvikling, der det primære målet er individets sin psykologiske autonomi. Tilknytningsteori får også kritikk for at alt fokuset rettes mot omsorgsperson-barn dyaden, ofte da mor-barn (Quinn & Mageo, 2013). Studier gjort i kulturer der det er vanlig med deling på omsorgen for barna, har vist at det er gruppens omsorgskvaliteter som teller, ikke mødrenes (Quinn & Mageo, 2013). Videre fremheves det at kategorien trygg tilknytning er basert på vestlige verdier av autonomi, selvtillit og et ønsket om å utforske sitt miljø (Rothbaum, Weisz, Pott, Miyake, & Morelli, 2000). Tanken om at omsorgspersonen sin sensitivitet til barnet er avgjørende for god utvikling er basert på en

vestlig tanke om den oppmerksomme og støttende hjemmeværende moren (Quinn & Mageo, 2013).

Det er også kulturelle forskjeller i hvordan man forholder seg til barnet. Basert på empiri fra ulike samfunn har Keller og kollegaer foreslått to prototypiske foreldrestiler for regulering, «proximal style» og «distal style» (Lamm et al., 2014). Foreldrestilen «proximal style» har fokus på tett kroppskontakt og kroppsstimulering. Denne stilen blir hovedsakelig funnet i familier der tre eller flere generasjoner bor sammen, og formell utdanning ikke overskrider 7 år. Konseptet av selvet henger tett sammen med andre i et hierarkisk sosialt system, med en tidlig følelse av ansvar og handlingsautonomi (Lamm et al., 2014). Sosialiseringen har fokus på mål som lydighet, samt aksept av normer og hierarkier. Derimot har «distal style» mål som uavhengighet, selvbestemmelse og selvforbedring. Denne foreldrestilen eksisterer hovedsakelig i middelklassefamilier fra urbane vestlige industrielle eller postindustrielle samfunn. Her er fokuset på ansikt til ansikt- kontakt, objektstimulering og omfattende verbal kommunikasjon. Foreldrene har ofte et høyt utdanningsnivå, og tidlig oppnåelse av psykologisk autonomi blir sett på som en viktig utviklingsoppgave (Kağıtçıbaşı, 2005; Keller & Greenfield, 2000; Markus & Kitayama, 1991).

Tilknytningsteorien har fått svært stor betydning her i Norge, ved å påvirke omsorgsidealer for foreldrene (Madsen, 2016), forestillinger om foreldrestilen i den vestlige kulturen (Holmes, 2014), kunnskap om barnets beste (NOU 2012:5) og barnevernets vurderinger av barns omsorgssituasjon (Hennum, 2016). Det er stor enighet om tilknytningens betydning de første leveårene for senere utvikling (Madsen, 2016). Dermed har tilknytning også blitt et viktig aspekt av livløpsforskning og det forebyggende perspektivet, noe fokuset på samspill og foreldreveiledning i de nasjonale retningslinjene for helsestasjonen reflekterer.

Metode

3.1 Forskerposisjon

«Om mennesker definerer situasjoner som virkelige blir de virkelige i sine konsekvenser» skrev Thomas og Thomas (1928). Måten vi bruker språket vårt på former hvordan vi ser på verden, og bidrar til denne virkelighetskonstituerende effekten. Innenfor diskursiv psykologi er man opptatt av å studere hvordan språket i bruk former vår forståelse av virkeligheten, og hvordan diskurser kan påvirke og endre virkeligheten. Forskere innenfor diskursiv psykologi definerer seg tradisjonelt som sosialkonstruktivister. Noen

sosialkonstruktivister mener diskurser og språk konstruerer den sosiale verden, og at det ikke eksisterer en objektiv verden utenfor diskursene (Langdridge, 2006, s. 330). Andre mener det fins en ikke-språklig virkelighet som den språklige verden vi skaper oss hviler på (Parker, 1992, s. 38). Mitt utgangspunkt i dette prosjektet er at diskursene som helsesykepleierne og småbarnsforeldre tar del i rundt spedbarns utvikling viser til noe reelt og objektivt eksisterende som det er verdt å studere. Samtidig anerkjenner jeg at samtalene er med på å skape den samme virkeligheten, og har potensial til å endre den.

3.2. Forskningsdesign

Thomasteoremet sier at måten vi definerer virkeligheten på også skaper virkeligheten. Jeg vil se på hvordan barns utvikling konstrueres i samtaler der helsesykepleiere møter småbarnsforeldre. For å utforske dette har jeg valgt en kvalitativ tilnærming med en åpen metodikk uten forhåndsdefinerte variabler. Designet mitt er basert på at jeg observerer kontroller. Dataene har jeg registrert ved lydopptak og feltnotater, og hovedmaterialet er lydopptak av seks-og tremånederskontroller. Opptak av naturlige forekommende samtaler gir data med høy økologisk validitet, og innenfor diskursiv psykologi er dette gullstandarden. Analysene vil sentreres rundt lydklippene. Observasjonene og intervjuene med foreldrene etter kontroll er med på å kontekstualisere resten av datamaterialet slik at vi får en form for triangulering.

Proessen startet med at jeg i januar 2018 tok kontakt med førsteamanuensis Berit Overå Johannesen. Med utgangspunkt i hennes skisse til et forskningsprosjekt om helsekontroller av barn ved norske helsestasjoner diskuterte vi hva slags forskningsspørsmål og fokus jeg kunne ha på hovedoppgaven, og hva som kunne bidra til interessant og viktige funn på området. Vi kom frem til at datainnsamlingen sitt hovedmateriale skulle være lydklipp av helsestasjonskontroller, og at jeg skulle være tilstede på kontrollene som observatør, samt invitere foreldrene til intervju etter kontroll.

Deretter sendte jeg søknad til NSD der jeg hadde utarbeidet en intervjuguide til foreldrene, samt informasjonsskriv til helsesykepleierne og foreldrene etter NSD sin standard. NSD anbefalte prosjektet tidlig mai 2018. Prosjektet har ikke fokus på individuell helse og er dermed ikke fremleggingspliktig for REK (FREK, 2011). Videre ble det sendt søknad til den aktuelle kommunen om mulighet for å gjennomføre prosjektet, og søknaden ble godkjent og vurdert av kommunaldirektør for oppvekst og utdanning, samt kommunalsjef for den aktuelle etaten. I godkjenningen fikk jeg en kontaktperson i kommunen som skulle ta dette videre, og han kontaktet jeg på epost dagen etter. Deretter ble det satt opp møte med kontaktperson på

helsestasjonen, samt en helsesykepleier, der vi diskuterte hvordan prosjektet skulle gjennomføres og praktiske omstendigheter. Det ble bestemt at utfra formålet og problemstillingen til prosjektet var det tre- og seksmånederskontroller som var mest egnet for prosjektet. Avgrensingen til tre og seks måneder var basert både på innholdet i kontrollen, og den formen kontrollene hadde. Dette var kontroller uten lege eller andre profesjoner tilstede, og helsesykepleierne møtte foreldre/barn-dyadene enkeltvis.

3.3. Utvalg og rekruttering

Deltagerne i prosjektet bestod av fem helsesykepleiere, som alle jobbet på en av de fire helsestasjonene som ble valgt ut til prosjektet, og av åtte mødre og to fedre og deres barn i alderen 3-6 mnd. Av de åtte kontrollene jeg var med på, var det ved to anledninger både far og mor tilstede med barnet. Dermed ble det endelige utvalget av deltagerne i studien fem helsesykepleiere $N = 5$, og foreldre $N=10$ (hvor $N= 8$ var kvinner og $N= 2$ menn). Det var også $N= 8$ babyer tilstede under kontrollene, selv om de ikke var selvstendige deltakere.

Kommunen foreslo helsestasjonene som var aktuelle for datainnsamling og helsesykepleierne valgte ut familiene. Helsesykepleier ringte så rundt til foreldre de tenkte var aktuelle til prosjektet, og leste opp fra informasjonsskrivet. Deretter sendte de informasjonsskrivet til foreldrene. Hvis familien takket ja til at jeg kunne være tilstede under kontrollen, samt ta lydopptak av kontrollen, ble informasjon om sted og tidspunkt for kontrollen gitt videre til meg via helsesykepleieren. Foreldrene fikk også informasjon om at de ville bli invitert til et intervju etter kontrollen. På selve kontrollen gjentok jeg invitasjonen, samtidig som jeg understreket at dette var frivillig. Alle foreldrene sa ja til å sette av tid etter kontrollen for et intervju. Som tiltenkt fikk jeg aldri kjennskap til fullt navn eller andre personopplysninger vedrørende familien, og jeg var aldri i kontakt med familiene utenom det fysiske møtet på helsestasjonen.

3.4 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjort over en periode på tre måneder, på fire forskjellige helsestasjoner i Norge.

3.4.1 Observasjon og registrering av data

På selve kontrollen var jeg tilstede i rommet. Jeg plasserte meg slik at jeg hadde god oversikt, men fortsatt ikke var for tett på helsesykepleieren eller familien. Dette for at jeg ikke skulle unødvendig forstyrre kontrollen. Jeg tok notater fra observasjonen som jeg senere har

brukt til å kontekstualisere lydmaterialiet. Jeg hadde en åpen holdning til observasjonen og skrev ned alt jeg fikk med meg av objektiv art i rommet. Oppmerksomheten min var hovedsakelig rettet mot helsesykepleier og foreldrene. Jeg var ikke aktivt deltagende i samtalen, og var en stille observatør gjennom kontrollen. Lydsporet fra observasjonen ble lagret på en ekstern enhet (minnepinne), som var kryptert med koblingsnøkkel for å ivareta konfidensialitet. Det var bare jeg som hadde tilgang til klippene, og siden jeg transkriberte alt er det bare jeg som har hørt på selve lydfilen. Alt av opptaksmaterialiet ble slettet etter transkribering.

Ved kvalitativ forskning er forskeren i seg selv et viktig instrument, og det styrker prosjektet at jeg selv har vært involvert i alle deler av det.

3.4.2 Intervju

Alle åtte intervjuene med foreldrene ble gjennomført rett etter kontrollene, med varighet fra 10 til 20 minutter. Intervjuguiden var sentrert rundt to hovedtemaer, hva slags tanker foreldrene hadde rundt barneoppdragelse og tanker de hadde rundt forebyggende arbeid med barn. Intervjuguiden var semi-strukturert, og jeg var åpen for å følge deltagerne sine tanker og refleksjoner. Intervjuguiden er vedlagt i appendiks.

3.5 Dataanalyse

3.5.1 Diskursiv psykologi

Diskursiv psykologi er en mye anvendt form for diskursanalyse i dagens psykologi. Tilnærmingen ble først presentert av Potter og Wheterell i *Discourse and social psychology* (1987). I diskursiv psykologi rettes hovedfokuset på innholdet i det mennesker sier, og på at vi bruker språket til å konstruere vår felles verden (Langdridge, 2006, s. 315). Man får tilgang til innholdet ved å se på hvordan de språklige uttrykkene blir brukt i konkrete situasjoner. Situasjoner er rammer som lar oss forstå hva slags handlinger som utføres gjennom språket. Det som blir sagt mellom mennesker i konkrete situasjoner bidrar til å definere situasjonen, til å befeste eller utfordre normer og posisjoner, og til å åpne eller lukke handlingsmuligheter. Situasjonene må også forstås i lys av større samfunnsmessige sammenhenger.

De konkrete ytringene til helsesykepleierne og småbarnsforeldrene må tolkes i lys av en ramme som de får sin mening fra, og ytringene kan samtidig bidra til at rammene endres eller reforhandles. Her er både selve kontrollsituasjonen og de nasjonale retningslinjene rammer og kan gi mening til ytringene. Når jeg nå undersøker hva helsesykepleiere formidler i kontrollene til familiene, ser jeg på hvordan de snakker om utvikling innenfor rammene av

kontrollene og retningslinjene de forholder seg til, og hvordan de dermed er med på å konstruere den gjeldende forståelsen av hva god utvikling er.

3.5.2 Konstant komparativ metode

I prosessen med å analysere materialet diskursivt har jeg også brukt konstant komparativ metode. Dette er en metode som fokuserer på det å systematisk sammenligne data og finne mønstre på tvers av all datamaterialet (Charmaz, 2015). Jeg har brukt konstant komparativ metode for å identifisere mønstre og mening på tvers av datamaterialet jeg har. Dette inkluderer intervjuene, observasjonsnotater og kontrollene. Jeg har gjennom hele prosessen sammenlignet og analysert alt av transkripsjoner og observasjonsnotater opp mot hverandre.

3.5.3 Transkripsjon og det å bli kjent med dataene.

Det første steget i diskursivanalyse er å transkribere lydopptak (Langdridge, 2006, s. 319). Jeg transkriberte materialet selv. Dette er et godt utgangspunkt for å bli godt kjent med materialet, som er ett av de første elementene i enhver kvalitativ analyse (Langdridge, 2006, s.261). Jeg transkriberte materialet ordrett, uten å ha med ikke-verbale tegn som tonefall og pauser. Dette valget tok jeg basert på forskningsspørsmålet, da selve innholdet i det helsesykepleierne formidler har vært hovedfokuset, og dermed var en slik transkriberingsmetode tilstrekkelig. Jeg har lest transkripsjonene mange ganger, og hørt på lydklippene om igjen etter den første transkriberingen. Det å gå tilbake igjen til lydopptakene har fått meg til å se på materialet på en annen måte enn bare ved lesing av transkripsjonene, og har vært en forsikring om korrekt transkribering fra min side.

3.5.4 koding

Etter transkripsjon av materialet anbefaler Potter og Wetherell (1987) at man koder dataene. Videre skriver Langdridge (2006, s. 320) at diskursanalytikere koder dataene med hensyn til hva formålet med arbeidet deres er. I og med at jeg ikke hadde forhåndsdefinerte variabler valgte jeg deskriptiv og eksplorerende koding som første steg. Jeg kodet alle dataene linje for linje, så tett opp til materialet som jeg klarte. Dette valget tok jeg for å forsikre meg om at jeg ikke overså noe i datamaterialet. Det er dog viktig å påpeke at selv deskriptiv koding er påvirket av min erfaring, bakgrunn, kultur og forskningsperspektiv. Jeg startet med å kode opptakene fra tremånederskontrollene samlet, og deretter kodet jeg opptakene fra seksmånederskontrollene samlet. Et eksempel på den første runden med deskriptiv koding er

at «Hvordan går det med dere» ble til «åpent spørsmål fra helsesykepleier om hvordan det går».

Etter den første runden med koding, gikk jeg gjennom datamaterialet på nytt og fargekodet de deskriptive kodene etter samtaletema og initiativer og responser i samtalen. Eksempelvis var gul farge knyttet til steder i samtalen der «Helsesykepleier tar initiativ». Et annet eksempel var at grønn farge var utsagn tilknyttet motorikk. Siden jeg har data av naturlige samtaler mellom foreldre og helsesykepleier kan analyse av initiativ og respons gi et fruktbart blikk på hvordan temaene i samtalen konstitueres i dynamikken mellom de to. Dette gjorde at jeg eksempelvis kunne få en oversikt over at det hovedsakelig var helsesykepleierne som initierte de ulike temaene i samtalen, men også at de få gangene foreldrene introduserte temaer så fulgte helsesykepleierne det opp videre i samtalene.

Etter koding og analyse av hovedmaterialet, så jeg deretter på intervjuene. Her fargemarkerte jeg alt foreldrene sa om babyen og utvikling, for så å se etter mønstre på tvers av intervjuene og skrive om disse. Analysen av intervjuene blir hovedsakelig brukt til å styrke og kontekstualisere hovedmaterialet. Videre gjennom hele prosessen og kodingen har jeg brukt observasjonsnotatene mine til å kontekstualisere hovedmateriale.

3.5.5 Meningskonstruksjon og innhold

Diskursanalytikere mener at det hverken er mulig eller riktig å beskrive hvilke steg en videre analyse skal inneholde. Det viktige er at man bearbeider teksten på en god faglig måte (Langdridge, 2006, s. 320). Potter og Wheterell (1987) beskriver to komponenter i analyseprosessen, der den første er å se etter mønstre i materialet. Videre undersøker man funksjoner og effekter, da det er en grunnholdning innen diskursiv psykologi at språket har mange funksjoner. Diskursanalytikere ser på hva slags funksjon enkeltord og fraser har, og hva det sier om hva slags mening personen tillegger et objekt. Fokuset blir på konstruksjon av, og innholdet i det man sier.

Jeg begynte å se på dataene mer fokusert mot problemstillingen til prosjektet, som er å se på forståelsen av hvordan barns utvikling konstrueres i samtaler der helsesykepleiere møter småbarnsforeldre. Jeg gikk frem ved å se på alle referanser i talen til helsesykepleierne som omhandlet utvikling, både eksplisitt og implisitt, og plukket ut det som var mønstre på tvers av kontrollene. Noen sentrale utviklingstemaer utkrystalliserte seg på tvers av alle kontrollene. En del temaer som helsesykepleierne spurte om og brukte god tid på å utforske, var blant annet mat, søvn og samspill mellom foreldre og baby.

Analysen videre omhandler at jeg ser på hvordan helsesykepleier og mor snakker sammen om de aktuelle temaene og hvordan objektet «utvikling» konstrueres i samtalen. Koding av initiativ og respons viste at helsesykepleierne har en ledende rolle i interaksjonen og analysen tematiserer hvordan helsesykepleiere gjennom kontrollen formidler og snakker om utvikling. Dette vil deretter trekkes opp til en større diskusjon om hvordan retningslinjene setter premisser og gir mening til begrepet «utvikling».

3.6 Forskningen sin troverdighet

Troverdigheten til forskningen er både knyttet til kvaliteten på datamaterialet og til måten det blir analysert på. Datamaterialet i denne studien er opptak av naturlige samtaler, som gir høy økologisk validitet. Det øker også troverdigheten til forskningen at jeg var tilstede på alle kontroller og har observasjonsnotater som kontekstualiserer hovedmaterialet. Jeg har hatt fokus på grundige og gode analyser, og presentasjon av resultatene på en transparent måte. Forskningen har også troverdighet gjennom grundige redegjørelser for prosess og perspektiv fra min side. Videre har forskningen økt troverdighet siden jeg har vært tilstede i alle ledd i forskningsprosessen, og er godt kjent med datamaterialet og konteksten til materialet. Samtidig har jeg selv satt mitt preg på prosessen og resultatene. Som alle andre kvalitative forskere anerkjenner jeg min egen aktive rolle, og at jeg er preget av min bakgrunn, min interesse og mine verdier.

3.7 Etiske betraktninger

Det er mange etiske betraktninger som må inkluderes ved planlegging og gjennomføring av et forskningsprosjekt. Konfidensialitet, anonymitet og samtykke er sentrale temaer. Disse er ivaretatt ved å følge NSD sine retningslinjer og ved å utelukke informasjon som kan virke indirekte identifiserende ved presentasjon av forskningsresultatene. Etikk handler også om å være respektfull i sin fremtoning og ivareta deltakerne underveis i prosessen. Jeg har gjennom hele prosjektet forsøkt så godt jeg kan å ta etiske valg. Prosjektet har vært designet med tanke på at jeg skal vite så lite som mulig om foreldrene og spedbarna som deltar, og at helsesykepleierne skal føle seg ivaretatt. Med tanke på helsesykepleierne sin rolle har jeg vært klar på at min intensjon og mitt formål med oppgaven aldri har vært en evaluering av de som profesjonsutøvere. Min interesse har vært i innholdet i hva de formidler, og måten den profesjonaliserte kunnskapen møter småbarnsforeldrene og bidrar til deres hverdagsforståelser av egne barn.

Et bevisst etisk valg som jeg og en helsesykepleier i prosjektet tok sammen, var å ikke kontakte familier helsesykepleierne så på som «sårbare». Dermed ble familier som hadde belastninger i form av vanskelig hjemmesituasjon, utfordringer tilknyttet mental helse eller helseutfordringer med babyen eller familien, ekskludert fra prosjektet. Målet til dette eksklusjonskriteriet var å sikre at disse familiene ikke fikk en ekstra belastning, enten ved å ha meg i rommet, eller i det hele tatt ved å bli spurt om deltagelse. Jeg understreket at forskningen var frivillig, og ba helsesykepleierne formidle at et nei ikke ville ha noe innvirkning på deres videre kontakt med helsestasjonen. Dette ble også tydelig formidlet i informasjonsskrivet til foreldrene. Intervjuene i etterkant av kontrollene ga også foreldrene en anledning til å snakke mer med meg om prosjektet.

Resultater

Forskningsspørsmålet mitt var å se på hvordan forståelsen av barns utvikling konstrueres i helsestasjonskontroller der helsesykepleier møter småbarnsforeldre. Lyddopptak fra fire tremåneders helsestasjonskontroller og fire seksmånederskontroller var hovedmaterialet. Basert på dette materialet ble det klart at noen sentrale diskurser gikk igjen da helsesykepleiere snakket med foreldrene om utvikling. Disse diskursene blir presentert under. Jeg har kalt de tilknytning, oppmerksomhetsregulering og samspill, emosjonsregulering, mat og vekst, søvn og rutiner, motorikk, familie og systemet rundt og baby som et autonomt individ. I presentasjonen går jeg inn på både hvordan normer for hva god utvikling er kommer til uttrykk i helsesykepleiers bidrag, og selve innholdet i hva som formidles. Når jeg viser til samtaleutdrag fra kontrollene spesifiserer jeg i teksten om det er fra en tremåneders- eller seksmånederskontroll. Observasjonsdata og intervjuene støtter diskursanalysen som utspringer fra hovedmaterialet. Først presenterer jeg en kort beskrivelse av tre- og seksmånederskontrollene basert på mine egne observasjoner. Så presenteres diskursene og en oppsummering av resultatene. Mot slutten av resultatdelen blir sentrale diskurser fra intervjuene kort presentert.

Tre- og seksmånederskontroller

Før barnet og foreldre går inn til helsesykepleier måles hodeomkretsen, lengden og vekten til babyen. Selve kontrollen består av en samtale mellom helsesykepleier og familien. Samtalen foregår på et rom som ser ut som en blanding av et vanlig kontor og et lekerom. I

løpet av kontrollen setter helsesykepleier vaksiner, og observerer babyen når den ligger på matten. Det tas tre vaksiner, en drikkevaksine mot Rotavirus som babyen drikker i flytende form, og to sprøyter. Det ene stikket beskytter mot Pneumokokksykdom (PKV) og den andre mot Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt, Haemophilus influenzae-type B- og hepatitt B-infeksjon (DTP-IPV-Hib-Hep B).

Ved seks måneder måles også vekten, lengden og hodeomkretsen. Selve kontrollen består av en samtale mellom helsesykepleier og familien.

4.1 Tilknytning, oppmerksomhetsregulering og samspill

4.1.1 Kommunikasjon

Det var gjennomgående i kontrollene at helsesykepleierne snakket mye om hvordan babyen forholder seg til omverden og kommuniserer med foreldrene. Ved alle tremånederskontrollene i datamaterialet har helsesykepleierne tatt initiativ og både kommentert og stilt spørsmål angående bruk av blick i kommunikasjonen. Noen gang stiller de direkte spørsmål om blickkontakt som i dette eksempelet:

«Synes du det er lett nå, og få den her blick-kontakten med hun?»

Flere helsesykepleiere formulerte seg på en ganske lik måte. Bruken av ordet lett i spørsmålet gjør at helsesykepleierne kan få spesifikk informasjon om foreldrene synes det er lett å få kontakt med barnet, ikke bare om de får kontakt. Ved et så detaljert spørsmål kan de få informasjon om blickkontakt er noe foreldrene synes faller naturlig.

De tar også opp blick og kommunikasjon mer indirekte i samtalen ved å dele betraktninger rundt hvordan babyen bruker blikket til å undersøke omgivelsene, som ved en tremånederskontroll:

«Ser ut i rommet og undersøker omgivelsene med blikket, der er han også»

Her leser helsesykepleieren fra en brosjyre om barnets utvikling, om at babyen kan se ut i rommet og undersøke omgivelsene ved tre måneder. Ved å si «der er han også» gir helsesykepleieren foreldrene en bekreftelse på at babyen er der den skal være utviklingsmessig. Igjen viser dette at helsesykepleierne er opptatt av hva barnet retter blikket

og oppmerksomheten mot. Ved en annen tremånederskontroll bemerker helsesykepleieren hvordan babyen holder blikket:

«Hun holder blikket veldig lenge, ser du det?»

Her gjør helsesykepleieren det om til et spørsmål ved å spørre moren om hun ser det, noe som gjør at det også blir en forsterket anmodning til foreldrene om å være oppmerksomme på barnets blikk. Det som kan være betydningen av at babyen holder blikket, er at den da viser interesse for omgivelsene. I tillegg er blikk og interesse en viktig del av samspillet og kommunikasjonen med andre.

Ved to av kontrollene går helsesykepleierne så videre i samtalen ved å spørre om eller bemerke babyen sitt ansiktsuttrykk, som her:

«H: på ryggen er det artig ja, er det lett å få blikk-kontakt med han og sånt synes du, når dere er hjemme?»

Mor: ja

H: er han en sånn som gir mye smil, ler han?»

Her bemerker helsesykepleieren først at babyen synes det er artig på ryggen, for så å spørre om blikkontakt. Når mor svarer ja, spør helsesykepleieren om babyen er en som gir mye smil. Helsesykepleieren kobler sammen blikk, kommunikasjon og ansiktsuttrykk. Et annet eksempel fra en av tremånederskontrollene viser hvordan en helsesykepleier bemerker atferden til babyen og flere aspekter ved kommunikasjon:

«vettu, tre måneder vettu , så det ja, du kan prate litt med meg også du, også kan du smile også du, er jo kjempesvart respons da. Kommuniserer så godt, også får vi a mamma med i samtalen vi da. Ja hun er ganske sånn, flink da til å inkludere, klare mer enn å holde fokuset på meg. Ja, du klarer å få med mamma i dialogen også du.»

I dette utdraget fra samtalen er det en tydelig turtakingsdynamikk mellom helsesykepleier og baby, og et fokus på mor som en med-deltaker. Det at helsesykepleier fokuserer på å få med mamma i samtalen peker mot viktigheten av moren som dialogpartner for babyen. «Flink da til å inkludere» blir en diskurs rundt babyen som viser viktigheten av at babyen har en slik egenskap. Denne betraktningen ved babyen konstruerer også babyen som et individ som er

interessert i dialog. I dette utdraget nevner ikke helsesykepleier eksplisitt blikket, men det nevnes implisitt ved å snakke om babyens fokus. Det å prate om blikket til babyen er også å snakke om fokuset og oppmerksomheten til babyen, og omvendt. Diskursen om blikk, fokus og ansiktsuttrykk handler mer overordnet om oppmerksomhet og å se hvordan babyen regulerer oppmerksomheten. Dette er igjen koblet opp til kommunikasjon og samspill. Videre er hele diskursen en indirekte instruksjon til mor om hvordan hun kan kommunisere med barnet, måten helsesykepleier snakker til babyen på blir en slags modell for mor.

I helsesykepleier sin måte å snakke om kommunikasjon, kontakt og blikkontakt, ligger det en implisitt påpeking av viktigheten av dette for barnet sin videre utvikling. Spørsmål og bemerkninger rundt respons til babyen er også ofte en del av diskursen. Helsesykepleierne sammenligner babyen opp mot en norm for utviklingen, samtidig som de utforsker og samler inn informasjon om kommunikasjonen mellom mor og barn. Videre instruerer også helsesykepleieren mor i hvordan hun skal tolke babyen både indirekte og direkte. I dette utdraget fra en samtale instruerer helsesykepleier mor direkte om hvordan hun skal kommunisere med babyen:

«H: Det går fint, synes du hun lager mye lyd? Pludring og prater, du sa jo noe om at hun roper eller lager lyder

M: ja, eller sånn æææ og yyy, og noen ganger kan hun sitte og snakke sånn mmm mmm, litt mye sånn der.

H: ja, da vil du prat da vet du, ja men man kan jo godt svare henne med de samme lydene eller andre lyder eller

M: mm

H: også vente på svar ja»

Her er helsesykepleier tydelig overfor foreldrene om hvorfor babyen lager lyder; hun vil kommunisere. Videre gir hun mor en anmodning om at hun godt kan svare babyen med de samme lydene, også vente på svar. Her setter helsesykepleier fokus både på læringsprinsipper og på turtakings-dynamikk mellom mor og barn. Viktigheten av å gi babyen respons og ha en samtale med barnet fremheves. Hun er tydelig på hvordan mor bør tolke og respondere på barnet. Et annet eksempel på dette fra en tremånederskontroll:

«H: ja, sånn sier du ja, og at han faktisk på en måte lager lyder for at dere skal få det med dere ja»

Helsesykepleier er også her tydelig på funksjonen til babyene sine lyder overfor foreldrene. Hun bemerker at babyen lager lyder for at foreldrene skal få det med seg, og dermed indirekte instruerer foreldrene til å gi oppmerksomhet til barnet sine lyder.

Ved alle seksmånederskontrollene brakte helsesykepleierne inn spørsmål om foreldrenes tanker rundt mobil og skjermbruk i forbindelse med kommunikasjon:

«H: Og det er jo klart, telefonen er jo kommet for å bli, men når man tenker på hvordan hvor mye man bruker den foran ungene, og det der i forhold til det viktigheten for det samspillet

M: At de ikke blir avbrutt hele tiden ja

H: Det krever liksom en litt sånn, få litt bekreftelse og blick og, og at når man er på gulvet at man er på en måte til stede og ikke-»

Her snakker helsesykepleier eksplisitt om viktigheten av samspillet med tanke på mobilbruk. Når helsesykepleier nevner samspill, sier mor «At det ikke blir avbrutt hele tiden ja», og viser hva hun forstår med ordet samspill i denne sammenhengen. Når helsesykepleier nevner dette med å være på gulvet og være tilstede, virker hun til å implisere at det eksisterer en slags sosial kontrakt mellom barn og voksne om at de voksne er fullt tilstede med barnet når de er på gulvet. Ved en slik beskrivelse gir helsesykepleier også uttrykk for at dette er idealsituasjonen for barnet, og at det er en forventning fra barnet og helsestasjonen om at foreldrene prøver å oppnå dette.

Ved en annen seksmånederskontroll er helsesykepleier enda klarere på den potensielle konsekvensen av at idealsituasjonen ikke blir oppfylt og barnet ikke får oppmerksomhet:

«H: ja, mm. Det er litt sånn at man ser på filmer og ikke sant, der foreldrene sitter og ser med mobilen og hva det gjør med ungene. Og det viser på en måte at, hvordan de søker kontakt, også får de ikke kontakt, også blir de litt sånn usikker og, også gir de på en måte opp. Så det kan jo være, en mobil kan stjele så mye fra den oppmerksomheten som krever, eller som de ønsker i den tiden her»

Denne diskursen formidler igjen viktigheten av samspillet mellom foreldre og barnet for god utvikling. Mobilen blir sett på som noe som kan ta oppmerksomheten vekk fra barnet, og kan gjøre at barnet ikke får kontakt når de søker det. Det at helsesykepleier sier at barnet gir opp

hvis det ikke får kontakt, gir også en klar indikasjon overfor mor at det at barnet ikke får kontakt kan ha alvorlige følger og blir sett på som uheldig for utviklingen.

Alt i alt viser helsesykepleier sitt fokus på kommunikasjon mellom foreldre og barnet, altså samspillet, at det er essensielt for god utvikling at foreldrene er tilstede og ser barnet sitt behov for kommunikasjon med foreldrene. Dette kommer blant annet frem i fokuset på å bemerke barnets blikkontakt, lydene og det at barnet vil ha kontakt. Overordnet bemerker helsesykepleierne barnets oppmerksomhet og oppmerksomhetsregulering. Helsesykepleierne instruerer implisitt og eksplisitt hvordan foreldrene skal tolke barnet, og hvordan de skal respondere. Det at mobil og skjermbruk har blitt en del av alle seksmånederskontroller, viser igjen fokuset på samspillet mellom foreldrene og barnet som essensielt for god utvikling.

4.2 Emosjonsregulering og tolkning av barnet

Det er gjennomgående i datamaterialet at helsesykepleierne snakker mye om og tolker emosjonsuttrykkene til barnet. Mye av kommunikasjonen mellom foreldre og barn relateres av helsesykepleier til emosjonsregulering. Ved flere tilfeller gir de også direkte veiledning i hvordan foreldrene skal håndtere emosjonene til barnet, og funksjonen til emosjonsregulering. Av emosjoner som får mye plass i kontrollene er emosjonsuttrykk som smil og latter, og gråt, sinne og trøst. Et eksempel er fra en tremånederskontroll der helsesykepleier initierer en samtale rundt smerte og trøst:

H: Det er jo forsket på det, unger som opplever, det å ha vondt i magen, kolikk, mageknipe, ehmm, det som er avgjørende er foreldrene sin gode trøst. For det de erfarer da, okei, det er vondt. Mye senere i livet kan det være ubehagelig og vondt, men jeg får hjelp, det er noen som roer meg ned, det ordner seg sant?

M: ja riktig

H: Men den opplevelsen, ikke bevisst da, men den opplevelsen han får nå at han får vondt, men mamma og pappa er der, og ting blir bra igjen

M: Det stemmer, det har jeg ikke tenkt på

P: Nei viktig det

H: Det er sånn man får litt tillit til verden rundt seg.

Ved å vise til forskning understreker helsesykepleier sannhetsverdien i det hun sier, og gir det videre utsagnet enda mer autoritet. Helsesykepleier sier tydelig at det at foreldrene er der for barnet og trøster når han har det vondt, vil gi barnet en opplevelse av at ting blir bra igjen og

gi tillit til verden. I dette ligger det også et budskap til foreldrene om viktigheten av emosjonsregulering, og det er en direkte veiledning av foreldrene. I forklaringen spør hun foreldrene «det ordner seg sant?» hvorav responsen til mor er «ja riktig». Ved å legge inn et spørsmål i forklaringen bruker helsesykepleier språket til å sjekke at foreldrene følger med på det hun sier og bekrefter det. Det poengterer også viktigheten av det hun sier, samt bidrar til at moren gjør helsesykepleiers poeng til sitt eget.

Trøst kommer opp under flere kontroller, både ved bemerkninger rundt trøst og ved spørsmål fra helsesykepleier. Eksempelvis ved en tremånederskontroll:

H: han roer seg nå så fort til deg

M: mm (humrer) ja

H: ekspert på trøst

Det at helsesykepleier her kaller mor «ekspert på trøst», er en bemerkning som er et kompliment til mor og fremhever viktigheten av trøst. Ved en annen tremånederskontroll spør helsesykepleier mor og far om hvordan de opplever at babyen best lar seg trøste:

H: Hvordan opplever dere at han best lar seg trøste? Hva er det han trenger når han er?

I lys av konteksten til kontrollene blir spørsmålet til helsesykepleier undersøkende og det kan virke som om helsesykepleier her vil sjekke foreldrene sin forståelse av hva babyen trenger. Ved den samme tremånederskontrollen deler helsesykepleier sine tanker rundt emosjonsregulering og trøst:

«H: ja, jeg vil ikke avlede de med en gang for jeg synes de skal få skrike, for når de har vondt så må de få skrike også må de få trøst, men så kan man prøve, ja.»

Her er helsesykepleier direkte i kommunikasjonen sin ved å dele hva hun selv synes om avledning som strategi når babyen gråter. Ved å bruke ordet «må», både om at babyen må få skrike og de må få trøst, så er det en klar diskurs og instruksjon til foreldrene om hva babyen trenger og hvordan foreldrene da må respondere. Det at babyen må få gråte refererer også indirekte til at babyen må få uttrykke seg og sine behov. Videre snakker flere av helsesykepleierne om hvordan foreldrene skal respondere og tolke barnet. Som ved en annen

tremånederskontroll der foreldrene har tatt opp at et eldre søsken er i en periode der hun kan bli veldig sint:

H: Og da kan dere bare ignorere det, for da har det gitt en forklaring, og dere har bekrefta hu på følelse, og velger å ikke gi henne mer oppmerksomhet på den negative atferden dere egentlig vil ha bort da.

M: mm

I denne samtalen gir helsesykepleier en anbefaling til foreldrene om hvordan de kan håndtere og regulere emosjonene til det eldre barnet. Helsesykepleier snakker her om noe mer i retning av klassisk atferdspsykologi, der tanken er at man gir oppmerksomhet til den atferden man ønsker mer av, og mindre eller ingen oppmerksomhet til atferd man ikke vil ha.

Helsesykepleier sier at man først må ha forklart situasjonen for barnet og bekreftet barnets følelser, men at foreldrene så kan velge å ikke gi oppmerksomhet mot den negative atferden. Det å bekrefte og å sette ord på følelser er noe helsesykepleierne ofte nevner eksplisitt og implisitt når det er snakk om regulering av emosjoner.

Et annet eksempel på fokuset på emosjoner og tolkning av barnet er fra en seksmånederskontroll:

«H: Typisk for alderen også at de vil gjerne litt fram også kan de bli litt frustrerte også, når de ikke får det til på en måte»

Helsesykepleier snakker om hvordan det er typisk for den alderen at babyen kan uttrykke frustrasjon når han ikke får til å komme seg frem med kroppen, altså krabbe. Her gir helsesykepleier en forståelsesmodell for hvorfor babyen uttrykker frustrasjon, og indirekte instruerer moren i hvordan hun skal forstå barnet sitt emosjonsuttrykk.

Et annet eksempel fra en tremånederskontroll viser tydelig funksjonen til kommunikasjon og emosjonsregulering:

«H: når du er der med blikket ditt, nikk og smil og små kommentarer blir barnet trygt og kan utforske verden videre. Når han begynner å krabbe så kikker han bort, og det her går fint, bare fortsett du ikke sant, også, ja den her bekræftelsen»

Her leser helsesykepleieren fra en brosjyre som alle foreldrene ved helsestasjonen får utdelt, og som er ment som en foreldreveiledning om barnet de første årene. Det er en tydelig diskurs om at det å være tilstede og trygge barnet bidrar til god utvikling. Det er også en instruksjon til foreldrene om hvordan de skal trygge barnet for å bidra til at barnet utforsker verden. Denne brosjyren og helsesykepleiers utsagn er trygghetsirkelen (COS) i praksis, og sammenfaller helt med COS sin tilknytningsteoretiske bakgrunn. Videre er denne diskursen oppsummerende for forståelsesrammen helsesykepleier uttrykker om hvordan foreldrene skal kommunisere og regulere emosjonene til barnet.

4.3 Mat og vekst.

Amming er et sentralt samtaletema ved alle kontrollene, og ved seks måneder spør alle helsesykepleierne om babyen har begynt med fast føde. Generelt er ernærings situasjonen for babyen et tema som får mye plass i samtalen. Både ved at helsesykepleier spør om hvordan det går med ammingen/fast føde, men også ved at foreldrene ofte trekker frem amming/mat når de får spørsmål om hvordan det går. Ved de fem av åtte kontrollene der helsesykepleier har ledet med å spørre åpent om hvordan det går, har mor ved fire tilfeller svart med å si noe om babyen og mat. Et eksempel på dette er fra en seksmånederskontroll:

«H: mm, ja, hvordan går det med dere?»

M: Det går bra, men merker godt at han trenger litt mer mat nå»

Helsesykepleier spør hvordan det går med «dere», mens mor svarer med hvordan det går med babyen og inkluderer ikke seg selv i svaret. Videre tilsier mønsteret i responsen til mødrene at hvordan barnet har det er for de knyttet opp mot matsituasjonen.

Vekst er også noe som monitoreres og snakkes om ved alle kontrollene. Ved seks av åtte kontroller tar helsesykepleier initiativ til å se på vekstkurve. Ved to av tilfellene kommer det samtidig et spørsmål om matsituasjonen, som her ved en tremånederskontroll:

H: «Også har vi vekstkurven, der og har han fin tilvekst. Virker han fornøyd med måltider?»

Helsesykepleier bemerker her etter å ha sett på målene på vekstkurven at babyen vokser bra, samtidig som hun spør moren om babyen virker fornøyd. Spørsmålet konstruerer babyen som en aktiv agent som kan gi uttrykk for misnøye eller tilfredshet etter måltider. Et annet eksempel på dette fra en tremånederskontroll:

H: Den er grei. Sist vi snakket sammen så var det sånn at du full-ammet?

M: ja, det gjør vi enda

H: ja, det gjør dere enda. Trives både du og han med det?

M: ja

H: Er han stort sett sånn fornøyd? Virker han både mett og fornøyd sånn sett?

Dette er et utdrag fra samtalen der helsesykepleier først har innledet samtalen med om det er noe mor har tenkt på siden sist. Når mor ikke kommer med noe spesielt stiller helsesykepleier spørsmål angående amming. Etter at helsesykepleier har fått svar på at mor fortsatt fullammer, kommer spørsmål om mor og barn trives med dette. Det er tydelig at helsesykepleier ser på det som viktig å kartlegge ammesituasjonen. Ved «ja»-svaret til mor spør helsesykepleier igjen om det samme, men vinkler da spørsmålet til om babyen virker fornøyd og mett. Her konstrueres babyen som en aktiv agent som kan vise fornøydhet og metthet. Ved å spørre igjen kan hun også skape tvil om hvorvidt han faktisk er fornøyd, og posisjonerer det implisitt som et potensielt problem. Videre viser helsesykepleier sitt fokus at dette er et viktig aspekt av utviklingen til babyen.

4.3.2. Aspekter ved matsituasjonen: regulering og motorikk

Det er flere aspekter ved matsituasjonen som helsesykepleier snakker om, og som samtidig blir en diskurs rundt utvikling. Mat blir ikke bare fremstilt ved et ernæringsperspektiv, men blir også nevnt i sammenheng med motorikk. Som her ved en seksmånederskontroll:

H: joda begynne på fast føde og sånn, mm. Akkurat som mat og sånt, så er det veldig bra å få til motorikk der man lar de spise litt selv, og være litt nysgjerrig på maten og-

Her kommer helsesykepleier med en bemerkning rundt spising og motorikk, at det er veldig bra for motorikken at de spiser selv når de begynner med fast føde. Det skaper også bevissthet om at dagligdagse ting som å spise er knyttet til ulike aspekter ved utvikling og læring. Bemerkningen er også en veiledning av foreldrene, uten at helsesykepleier sier at dette er noe foreldrene må gjøre, men hun får klart frem hva hun selv tenker om temaet. Det å være nysgjerrig på maten blir også trukket frem som noe positivt, og her igjen kan man se hvordan helsesykepleier konstruerer babyen som en individuell aktør med agens og nysgjerrighet. Det

å spise selv blir også knyttet opp mot regulering og metthet, som ved en seksmånederskontroll:

H: mm, for det er i hvert fall, når de holder på med det selv så er det bra med motorikken, og samtidig hvis de spiser det selv så klarer de å regulere det litt med når de er mett og ja

Motorikk blir igjen nevnt som en positiv ting ved at babyen spiser selv. En annen ting som helsesykepleier trekker frem er at ved å spise selv kan babyen regulere matinntaket utfra sult. Det fremhever babyens agens og dets kontroll over egne behov. Ved en tremånederskontroll blir regulering igjen nevnt i tilknytning til mat:

H: Det er mer liksom, hvordan dere opplever han liksom, om han er fornøyd eller ikke

M: Vi synes han er fornøyd

H: Ja, ja, da fortsetter dere bare slik som dere gjør. At han følger det selvreguleringsprinsippet da, at han krever seg når han er sulten.

Helsesykepleier trekker her frem at det viktigste med ammingen er hvordan foreldrene opplever babyen, og om den er fornøyd eller ikke. Dette er en klar veiledning av foreldrene på temaet. Når mor sier de synes han er fornøyd, svarer helsesykepleier med en anbefaling om at de kan fortsette med det samme som før. Igjen er det snakk om regulering ved at helsesykepleier snakker om selvreguleringsprinsippet og igjen blir babyen konstruert som et individ som krever det han trenger. Babyen kan selv regulere matinntaket og egne behov.

Disse samtalene viser en større diskurs om utvikling som tilsier at målet er at barnet kan klare å regulere ernæringen selv, og rammer igjen barnet inn som en sterk individuell aktør i eget liv. Som ved emosjonsregulering er tanken at foreldrene skal bidra til regulering av barnet slik at det til syvende og sist kan regulere seg selv. Dette gjelder ved mat, søvn og emosjonssituasjonen. Dog ulikt fra emosjonsregulering får foreldrene i diskursen rundt mat og regulering en mindre aktiv rolle i reguleringsarbeidet. Her er det mer snakk om selvregulering. Babyen skal selv prøve seg fram og finne ut av dette med fast føde, og styre ammingen selv utfra eget behov. Ved kommunikasjon og emosjonsregulering får foreldre et større ansvar for reguleringen av barnet, mens med mat og vekst blir de mer instruert til å la barnet regulere seg selv.

4.4. Søvn og rutiner

I hver av kontrollene stiller helsesykepleier spørsmål angående søvn og hvordan natten er for foreldrene. Ved flere kontroller spør helsesykepleier samtidig om sammenhengende søvn, og ved alle tremånederskontroller blir det spørsmål om amming og søvn:

H: Ja, men hun får pupp flere ganger på natten fremdeles? Det er jo ganske

Ved å si «det er jo ganske», kan det virke som om helsesykepleier synes det å få pupp flere ganger på natten ikke er optimalt. Det inntrykket kan forsterkes ved at hun senere i samtalen, etter at mor har snakket om rutiner på søvn, konstaterer:

H: Men dere har jo fått til en ganske bra døgnrytme da, hvis det bare er mat en gang på natten

Her uttrykker helsesykepleier direkte at familien har fått til en bra døgnrytme gitt at det bare er mat en gang på natten. Det kommuniseres at det beste er mest sammenhengende søvn, noe det er flere eksempler på i datamaterialet. Ved en tremånederskontroll der mor har svart at hun som oftest får sammenhengende søvn på natten, bemerker helsesykepleier:

H: nei, men jeg tenker da at da har dere sikkert gjort noen veldig gode grunnleggende jobbing med søvnrutinene

Her konstruerer helsesykepleieren det å få god søvn som noe foreldrene kan kontrollere ved jobbing med søvnrutiner. Det er muligens derfor helsesykepleierne ved flere kontroller stiller konkrete spørsmål angående rutiner og døgnrytme. Videre blir også søvn sett på som noe man kan øve på, eksempelvis fra denne tremånederskontrollen:

H: ja, for du nevnte jo det sist at du ville øve han litt på sovingen?

Her tar helsesykepleier opp igjen tråden fra en tidligere kontroll om at moren ville øve han litt på sovingen, og stiller et spørsmål ment for å undersøke hvordan dette har gått. Det er en måte å tilkjenne at hun husker familien og er interessert i hvordan det går med dem. Det å ta opp igjen dette temaet signaliserer også viktigheten av det, og at det er noe helsesykepleier vil ha mer informasjon om. Det konstruerer søvn som noe man kan øve på og jobbe med, og noe

som da blir mye opp til foreldrene å legge til rette for. På tvers av kontrollene blir god søvn konstruert som noe som foreldrene kan ha en viss innvirkning på. Blant annet ved spørsmål om konkrete rutiner som signaliserer at søvnrutiner er viktig, ved bemerkninger og spørsmål rundt døgnrytme og ved at sovingen blir konstruert som noe man kan øve på. Samtidig som helsesykepleier ved en tremånederskontroll bemerker:

H: vi tenker jo at friske barn krever det de trenger, så hvis han velger å ta seg en litt lengre hvil da, så har han jo behov for noe mer da.

Her konstrueres babyen som en med aktiv agens. Ord som krever og trenger viser at helsesykepleieren ser på babyen som et autonomt individ som selv bør og kan regulere sine behov. Videre at dette er behov som foreldrene bør ta hensyn til. Dette står i en viss motsetning til at søvn også har blitt konstruert av helsesykepleierne som noe foreldrene kan ha kontroll over ved øving, rutiner og døgnrytme. Dette viser en mulig større problemstilling som foreldrene opplever ved at de skal sette grenser og kontrollere aspekter ved babyen sitt liv, men samtidig blir veiledet til å ta hensyn til babyens egen agens og behov.

Det er likevel et klart ideal ved natten som fremtrer gjennom kontrollene, og det er mest mulig sammenhengende søvn, med gode rutiner og god døgnrytme.

4.5 Motorikk

Motorikk er allerede nevnt i henhold til mat, men det er også et selvstendig tema som er gjennomgående ved alle kontroller. Generelt observerer helsesykepleier mye på motorikken til babyen. Hun stiller spørsmål, samt gir mange anbefalinger og råd tilknyttet det motoriske.

Ved alle tremånederskontrollene har helsesykepleier undersøkt babyen på matten, og en av helsesykepleierne oppsummerer selv hva de ser etter:

«ehh, det som jeg kikker litt på, på matten, er litt det her med hvordan han holder hodet sitt og om han trives, sånn både på ryggen og på magen egentlig.»

En av mødrene lurer på om barnet bør ligge ofte på magen:

M: er det ofte vi skal ha henne på magen?

H: Du kan gjøre det flere ganger i løpet av dagen ja. Også tenker jeg hun trenger ikke ligge så lenge, for da blir hun utålmodig og begynner å skrike.

Helsesykepleier gir her en instruks om at mor flere ganger i løpet av dagen kan ha babyen på magen. Denne anbefalingen om at babyen skal trene på å ligge på magen har alle helsesykepleierne kommet med på tremånederskontrollene. Videre har de alle også gitt rådet om å stabilisere babyen ved å ha en hånd på rumpen, som her:

H: «Også en hånd på rumpen også ta fram armen sånn så blir det lettere»

Ved seksmånederskontrollene blir motorikk hovedsakelig nevnt i forbindelse med krabbing, at helsesykepleier kommenterer eller stiller spørsmål om hvor aktiv babyen er på gulvet, og i forbindelse med mat og tannpuss. Et eksempel på dette fra en seksmånederskontroll:

H: «også er det det med sånn spisingen, la de spise litt selv, i forhold til motorikk og, de er jo i den fasen nå at det skal jo utforskes gjennom munn og de liker å holde i»

Igjen blir behovene og agensen til babyen fremhevet av sykepleier, her ved det å sette fokus på at babyen er i en fase der de både skal og liker å utforske. Generelt ved seksmånederskontrollene er det en dreining mot å snakke om hendene til babyen, da særlig i forbindelse med tannpuss og spising.

4.6. Familie og systemet rundt.

Generelt tar diskurser om amming, søvn, emosjonsregulering, kommunikasjon og tolkning av barnet mye plass i kontrollene, og familien og systemet rundt barnet er en mindre del av samtalene. Et klart unntak er spørsmål rundt søsken fra helsesykepleier. Seks av de åtte familiene som deltok i denne studien hadde mer enn ett barn, og ved alle disse kontrollene ble søsken et tema. Ved fem av kontrollene er det helsesykepleier som tar initiativ til å snakke om søsken. Som her ved en tremånederskontroll:

H: Jeg ser jo at når han får litt sånn tiden så vil han begynne å svare. Ja får han en respons fra storesøskene også?

Helsesykepleier konstaterer at hun ser at når babyen får litt tid så vil han begynne å svare. Det viser fokuset på kommunikasjon, og er en observasjon som konstruerer babyen som klar til å respondere og delta i samtale. Så spør helsesykepleier om hvordan de andre søsknene forholder seg til babyen, da spesifikt om han får en respons fra dem. Spørsmålet kan gi informasjon om hvorvidt babyen blir snakket til og får oppmerksomhet fra søsknene. Det at helsesykepleier spør om dette kan også gjøre moren oppmerksom på at hvordan søsken forholder seg til babyen er et tema helsesykepleier ser på som viktig. I et annet utdrag fra en seksmånederskontroll spør helsesykepleier:

H: Synes hun det er stas hun (navn) med lillebror?

Her utforskes det hvordan søsknene forholder seg til hverandre. Når helsesykepleier nevner søsken i kontrollene er det hovedsakelig for å spørre hvordan de forholder seg til det å få en ny bror eller søster.

Bortsett fra spørsmål vedrørende søsken, tar helsesykepleier opp ting rundt familien ved noen andre tilfeller. Ved to av seksmånederskontroller spør helsesykepleier om permisjon, og ved en av kontrollene der far var med, spurte helsesykepleier om arbeidet hans. Ved to andre kontroller ble hverdagsliv og nettverk et større samtaleemne, men da var det mødrene som initierte tematikken. Utenom spørsmål angående søsken er det påfallende at i de to tilfellene det blir snakk om nettverk og familie er det mødrene som initierer tematikken, dette til tross for at nettverk er satt opp som tema for tremånederskontrollene av Helsedirektoratet. Samtidig er det mulig nettverk og familie hadde vært et større tema i kontrollene hvis dette var noe helsesykepleier var klar over kunne være utfordrende for familiene.

4.7 Den vestlige foreldrestilen

Diskursanalysen viser at forståelsen av barns utvikling som konstrueres i samtalene er tett opp til «distal style» som har blitt trukket frem som en vestlig foreldrestil (Lamm et al., 2014). Helsesykepleierne har et fokus på blikkontakt, ansiktsuttrykk og viktigheten av verbal kommunikasjon med barnet, noe som samstemmer med beskrivelsen av denne foreldrestilen. Videre konstrueres babyen kontinuerlig som et selvstendig individ, der helsesykepleierne i samtalene fremhever babyen agens, behov og evne til å kreve det de selv trenger. Dette er i tråd med at den vestlige foreldrestilen har mål som selvbestemmelse og uavhengighet, der psykologisk autonomi blir sett på som en viktig utviklingsoppgave (Kağıtçıbaşı, 2005; Keller

& Greenfield, 2000). Diskursen rundt emosjonsregulering er et tydelig eksempel på målet om psykologisk autonomi. Alle helsesykepleierne har et fokus på viktigheten av at babyen får behovene sine møtt, og at foreldrene anerkjenner og regulerer emosjoner, slik at barnet senere i livet kan regulere emosjoner selv.

5.0 intervju med foreldrene

Ved spørsmål om hva foreldrene tenkte var viktig for en god barndom, trakk alle foreldrene frem det å være tilstede med barnet. Foreldrene snakket her om det å støtte barnet, høre på barnet og å vise interesse. Omsorg, kjærlighet og trygghet var beskrivende ord som gikk igjen. En av mødrene snakket mye om emosjonsregulering og viktigheten av å møte og akseptere alle følelsene til barna sine. Dette så hun også på som veldig viktig for forebyggende arbeid, spesielt psykisk helse i voksen alder.

Mat og søvn ble nevnt som temaer i alle intervjuene på spørsmål om diskusjonstemaer de snakket med andre foreldre om. I tre av intervjuene ble det også nevnt at de snakket mye om hvor barnet er i utviklingen. Om smil, krabbing og andre «utviklingsspørsmål» som en av mødrene kalte det. Tre av mødrene snakket om sunn og god mat som noe de tenkte var viktig for barna, og to av dem sa at de kunne bekymre seg for om barna fikk i seg sunn nok mat. Videre nevnte de barnehagen sin rolle i dette. På spørsmål om bekymringer de eventuelt hadde hatt rundt barnet, fanget svaret til en av mødrene essensen til de øvrige intervjuene:

«Jeg tror det er det der med å strekke til, man er liksom, redd for å ikke gi de alt de trenger.»

Et gjennomgående tema foreldrene snakket om var om babyen og barna var fornøyde og hadde det bra, samt om de som foreldre gjorde «nok». Basert på alle intervjuene var det klart at foreldrene tenkte at en av deres viktigste oppgaver var å bidra til at det gikk så bra som mulig med barnet. Flere trakk frem helsestasjonen som bra nettopp fordi de ga et svar på hvordan barnet sin utvikling gikk, og flere av mødrene nevnte muligheten for å sette inn tiltak tidlig dersom man så at det var noe som ikke var som det skulle.

På spørsmål om tanker rundt forebyggende arbeid, svarte tre av mødrene noe om mobbing. Flere nevnte helsestasjonen som et forebyggende tiltak. I noen av intervjuene ble det svart at de ikke hadde noen tanker rundt temaet, og at de syntes det var et vanskelig og stort spørsmål. Noen foreldre svarte på et individnivå, med at de selv måtte være flinke til å se og tolke barnet, og være tilstede.

Intervjumaterialet viser at mye av det helsesykepleierne snakker om, nemlig amming, søvn, emosjonsregulering og tilstedeværelse, er temaer foreldrene selv trekker frem som viktige. Dette er også temaer de snakker med andre foreldre om. Basert på beskrivelsene deres legger de også stor vekt på deres egen rolle i babyen sitt liv. Flere nevner bekymringer rundt om de tolker barnet «korrekt», og gjør nok som foreldre.

Diskusjon

Diskusjonsdelen vil starte med en refleksjon vedrørende profesjonsøvelsen til helsesykepleierne, og det spesielle ved helsestasjonskontrollene som en kontekst for samtalen. Her argumenterer jeg for at både innholdet og formen i det de fem helsesykepleierne kommuniserer tilsier at funnene kan være generaliserbare til andre helsestasjoner og helsesykepleiere. Deretter vil jeg diskutere de tydeligste diskursene på tvers av kontrollene, diskursen om normal og skjevutvikling, diskursen om det dyadiske samspillet, diskursen om emosjonsregulering og det autonome selvregulerende individet. Til slutt, basert på funnene, vil oppgaven ta det opp på et høyere samfunnsnivå og diskutere forebygging og rollen til psykologi i dagens samfunn.

6.1 Refleksjon rundt profesjonsøvelse

Helsesykepleierne har en gjennomgående undersøkende stil, og stiller en god del spørsmål til familiene. Noen av de retoriske spørsmålene kan sees på som en indirekte veiledning. De kommer også med klare anbefalinger, og indirekte og direkte instruksjoner til foreldrene. I løpet av kontrollene benevner ofte helsesykepleier aspekter ved atferden til babyen eller snakker direkte til babyen. Her kan de selv være en modell for hvordan foreldrene skal forholde seg til babyen, samt at når helsesykepleier kommuniserer med babyen er foreldrene også mottaker av den kommunikasjonen. Det er et spenn i hvor direkte helsesykepleierne er i sine anbefalinger og veiledninger. Fra mer indirekte og utforskende utsagn, til de mer sjeldne tilfellene der helsesykepleierne sier akkurat hvordan familien skal gjøre ting, eller gir klare råd. Selv indirekte veiledning og utforskende spørsmål kan gi et sterkt signal til familiene i denne konteksten der familier møter eksperter, og der de er på en kontroll for barnets helse.

Samtalene mellom foreldre og helsesykepleier er møter mellom profesjonsutøvere med ekspertise på småbarn og representanter for småbarnsfamilier. Denne konteksten er viktig å poengtere da den er med på å gi mening til det som blir sagt og gjort. Maktbalansen er

her i profesjonsutøver sin «favør», slik at samtalen mellom en helsesykepleier og en mor må forstås på en annen måte enn en tilsvarende samtale mellom eksempelvis to mødre. Det helsesykepleier sier får en større autoritet for foreldrene, og selv en benevnelse fra helsesykepleier rundt babyen sin atferd kan gi et sterkt signal til mor eller far om hvordan de skal tolke barnet, eller hva de skal ha oppmerksomhet mot. Thomasteoremet sier at måten vi definerer virkeligheten på også skaper virkeligheten. Jamfør teoremet, er helsesykepleier med på å konstruere virkeligheten i disse samtalene, og implementerer bestemte definisjoner av hva som er god utvikling.

I de åtte kontrollene som ligger til grunn for denne studien var det stort samsvar i hva helsesykepleierne kommuniserte til familiene. Det de formidlet var også helt i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer til helsestasjon 0-5 år. Dette samsvaret gjør det svært sannsynlig at funnene i denne studien også er representative for det som kommuniseres av helsesykepleiere ved andre norske helsestasjoner.

6.2 Diskursen om normalutvikling og skjevutvikling

I diskursen om normalutvikling ligger også antagelsen om skjevutvikling og at det representerer en risiko. Selve uttrykket skjevutvikling blir ikke definert i retningslinjene til helsestasjonen og virker til å bli brukt om hverandre med forsinket utvikling (Helsedirektoratet, 2017, s. 63). Det har generelt vært vanskelig å finne noe konkret om hva skjevutvikling innebærer. Dette i seg selv kan også vise utfordringene ved kartlegging av skjevutvikling, det virker ikke til å være bred enighet om hva fagtermen består av.

Forebygging av skjevutvikling er en av helsestasjonen sine primære oppgaver, og her gjør helsesykepleierne en bred kartlegging. Ved både tre- og seksmånederskontrollene måles babyens vekt, hodeomkrets og lengde. Helsesykepleierne stiller mange utforskende spørsmål rundt psykososial og motorisk utvikling, samt mat- og søvnsituasjonen. Retningslinjene sier at en del av helsesykepleierens arbeidsoppgaver er å oppdage skjevutvikling, forebygge og å henvise videre til annen instans ved behov (Helsedirektoratet, 2017). Den undersøkende stilen til helsesykepleierne i datamaterialet er grunnet i deres retningslinjer om at en av deres viktigste funksjoner er å oppdage skjevutvikling og sette inn tiltak for å rette opp eller forebygge videre skjevutvikling. Dette kommer tydelig frem i kontrollene ved at det hovedsakelig er de som tar initiativet til å utforske et tema. De stiller ofte oppfølgende og mer konkrete spørsmål, for at foreldrene skal utbrodere. Her driver helsesykepleierne med en form for kartlegging av situasjonen til familien, med bakgrunn i retningslinjene.

For at man skal vite hva som er normalutvikling må man ha normer for normalitet, og ofte har man også kartleggingsverktøy skapt for å identifisere risiko. En av diskursene der det er tydeligst at helsesykepleier gjennomfører en kartlegging etter normer er diskursen om motorikk. Eksempelvis i tremånederskontrollene observerer helsesykepleierne babyen på matten, og utfører noen tester. Dette for å identifisere mulige avvik i den psykomotoriske utviklingen til babyen. Dette er i tråd med helsestasjonsprogrammet, der det står at ved tremånederskontroller skal helsesykepleier se på psykomotorisk utvikling, oppmerksomhet, kontaktevne og responsivt smil (Helsedirektoratet, 2019). For helsesykepleierne er det en kontinuerlig vurdering av skjevutvikling, og de utforsker og ser etter risikomomenter for familiene.

Nært knyttet til risikovurdering er uttrykket «tidlig innsats». Tidlig innsats og forebygging har blitt et politisk satsningsområde. I forebyggingsarbeidet har individuelle risikovurderinger fått en stor plass, og normer om normalitet brukes ofte som målestokk (Hennum, 2016). Som profesjonsutøver blir det viktig her å reflektere over begrensningene til kartleggingsverktøy og dets prediksjon. En dreining mot risikovurderinger kan også føre til at instanser setter inn tiltak som det ikke er behov for, og kan unødvendig bekymre foreldre (Madsen, 2016). Samtidig gir fokuset på risiko og forebygging av skjevutvikling positive muligheter til å korrigere og sette inn tiltak som kan gi mennesket et bedre og mer fullverdig liv.

6.3 Diskursen om det dyadiske samspillet

Det er klart fra datamaterialet at helsesykepleierne fokuserer mye på kommunikasjon og relasjonen mellom foreldre og barnet, altså samspillet. Dette er i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer med dets fokus på samspill, med base i tilknytningsteorien. (Helsedirektoratet, 2017). I retningslinjene står det at «En av de avgjørende faktorene i barns tidlige utvikling er kvaliteten på samspillet mellom barn og foreldre. God tilknytning til foreldre beskytter, mens dårlig tilknytning hemmer en følelsesmessig utvikling og fremmer risikofaktorer» (Helsedirektoratet, 2017, s. 73). Basert på diskursen helsesykepleierne fører om utvikling, er det klart at de praktiserer og legger seg tett opp til retningslinjene her. I retningslinjene står det også «Foreldre til trygge barn har et klart fokus på barnets indre tilstand» (Helsedirektoratet, 2017, s. 74). Dette kan man også se i datamaterialet, eksempelvis snakker helsesykepleierne mye om barnets tilstand og gir sin tolkning av barnet sitt emosjonsuttrykk og verbale uttrykk. Videre tok helsesykepleierne opp temaet mobil og skjermbruk ved alle seksmånederskontrollene, et tema som er tatt inn i

helsestasjonsprogrammet fordi det blir sett på som en risiko for samspillet (Helsedirektoratet, 2019).

Et annet eksempel fra datamaterialet på tilknytningsteorien sin påvirkning på helsestasjonsarbeidet, er da en av helsesykepleierne leser om det å trygge barnet når barnet begynner å utforske omgivelsene, og som er COS i praksis. COS sin forståelse av trygg base og trygg havn er basert på tilknytningsteorien og Ainsworth sitt arbeid (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2007). Denne foreldreveiledningsbrosjyren var noe alle foreldrene fikk utdelt ved de fire helsestasjonene i datamaterialet. Selv har jeg opplevd at trygghetssirkelen har dukket opp som verktøy på skoler, i barnehager, på helsestasjoner, og senest på egen arbeidsplass i kommunen som forståelsesramme for en av brukerne. Det er tydelig utfra datamaterialet og retningslinjene til helsestasjonen at tilknytningsteorien har fått stor gjennomkraft i vårt samfunn. Med et slikt fokus på tilknytning og relasjonen mellom omsorgsperson og barn, både i datamaterialet og i retningslinjene, kommuniserer helsesykepleierne at foreldrene har en stor og viktig rolle i utviklingen til barnet, og derav et stort ansvar.

Dette ansvaret kan være krevende å bære til tider. Fra intervjuene kommer det frem at bekymringen som de fleste foreldrene nevner omhandler om de er gode nok som foreldre, og om de tolker barnet korrekt. Deres bekymringer kan være en naturlig del av at foreldrestilen som fremmes av samfunnet og helsestasjonen gir foreldrene et stort ansvar for mentalisering av barnets tilstand, og for å møte deres behov. En av de fremste internasjonale kritikerne av tilknytningsideologien, britisk sosiolog Frank Furedi (2002), mener at man som foreldre fort får dårlig samvittighet hvis ikke hele livet omhandler barna og deres behov. Samtidig er fokuset på det dyadiske samspillet viktig, nettopp fordi foreldrene sin rolle og deres ansvar i barnets utvikling fremheves.

6.4 Diskursen om emosjonsregulering og det autonome selvregulerende individ

Reguleringsarbeid er en gjennomgående diskurs helsesykepleierne har i henhold til mat, søvn og emosjoner. Ved søvn snakker helsesykepleierne mye om døgnrytme og rutiner, og formidler til foreldrene at de har ansvaret for dette, og at søvn er noe de kan være med på å regulere for barnet med gode rutiner. Samtidig blir det nevnt at barnet krever det den selv trenger. Ved seksmånederskontrollene når det er snakk om innføring av fast føde, har helsesykepleierne et fokus på at barnet skal få regulere matinntaket selv og oppmuntrer foreldrene til å la babyen få styre. Diskurser rundt reguleringsarbeid har et mål om det

autonome, selvregulerende individet, men ved diskursen rundt søvn og mat får foreldrene en mindre framtreddende rolle i reguleringsarbeidet enn ved emosjonsregulering.

Emosjonsregulering er en diskurs som er særlig fremtreddende som rammeverk for hvordan foreldrene skal forholde seg til barnet. Diskursen om emosjonsregulering er en del av diskursen om det dyadiske samspillet, da det er klart av helsesykepleierne sine utsagn at det er foreldrene sin oppgave å regulere emosjonene til barnet. Retningslinjene til helsestasjonen konstaterer også: «En forutsetning for selvregulering er at foreldre «bærer» barnets følelser til barnet selv er mer i stand til å håndtere dem» (Helsedirektoratet, 2017, s. 74).

Helsesykepleierne sine utsagn og deres atferd viser at emosjonsregulering omhandler tilstedeværelse med blikk, kroppskontakt, verbal forklaring på babyen sine emosjoner og anerkjennelse. Det er særlig mye fokus på ansikt til ansikt kommunikasjon med babyen, eksempelvis er dette hvordan helsesykepleier selv henvender seg til babyene ved kontrollene, og som blir en modell for foreldrene. Dette er i tråd med den vestlige foreldrestilen. Det er dog mye forskning som tyder på at en slik måte å regulere babyen på er primært noe foreldre gjør i vestlige kulturer, og er i tråd med å tenke på babyen som et autonomt individ (Lamm et al., 2014). Eksempelvis fant Keller et al. (1999) at foreldre i kollektivistiske jordbrukssamfunn i afrikanske kulturer i større grad brukte kroppskontakt og kroppsstimulering. Det er gjennomgående at språket helsesykepleier bruker også konstruerer babyen som et autonomt individ, med egne ønsker, reguleringsmekanismer og emosjoner. Babyen krever, ønsker og selvregulerer. Dette er noe diskursanalysen også kontinuerlig har synliggjort. Denne diskursen er en refleksjon av hvordan vi ser på utvikling og barndom, spesielt her i vesten (Ansell, 2017, s. 11-52). Samtidig viser krysskulturell forskning at det eksisterer flere måter å regulere og forholde seg til babyen på (Kâğitçibaşı, 2007, s. 175). Dette reflekteres ikke i retningslinjene til helsestasjonen, og heller ikke i diskursene til helsesykepleierne.

6.5 Psykologien, samfunnet og forebygging

Normer rundt barneoppdragelse er en refleksjon av kulturen man lever i. På et politisk nivå er spørsmålet om barns oppvekst og utvikling også nært knyttet til samfunnet og velferdsstaten sin bærekraft. Statens mål er at borgerne skal bli sunne og friske, og selv bidra som arbeidskraft til velferdsstaten så lenge som mulig. Esping-Andersen (2002) trekker frem at de skandinaviske statene investerer enorme økonomiske summer i barn, og at barnet blir sett på som individuelle borgere heller enn som medlemmer tilhørende familien. Barndommen blir da viktig å styre for å forebygge skjevutvikling (NOU 2012:5). Siden

foreldre og samfunnet vil at man skal oppdra sunne og kompetente individer, så benytter foreldrene en stil som står i tråd med deres kultur og samfunnsbetingelser (Rothbaum, et al., 2000). Her i vesten kan det konkretiseres ned til et fokus på at barna våre skal bli autonome og selvregulerende, med sterk selvfølelse og god selvtillit (Kağıtçıbaşı, 2005; Keller & Greenfield, 2000).

Hennum (2016) skriver at det finnes noen metafortellinger om dagens samfunn, blant annet risikosamfunn (Beck, 1992), fryktsamfunn (Furedi, 2006) eller kontrollsamfunn (Johansen, 2015). Hennum trekker frem at disse metafortellingene representerer ulike aspekter ved individualiseringsprosessen, og i sentrum for denne prosessen står individet som er anmodet om å følge ekspertenes råd om hvordan leve sunne liv for å bli en veltilpasset samfunnsborger (Foucault, 1979). Faircloth (2014) har trukket frem at vi i vår tid ser på barn som mye mer sårbare enn før, samt at vi ser på barneoppdragelse som noe foreldrene trenger ekspertise og viten om. Psykologien sin rolle i denne samfunnsutviklingen er interessant, og for faget og samfunnet er det viktig med et blick på påvirkningen psykologien har hatt, og har på dagens samfunn.

Psykologien har blitt trukket frem som den perfekte vitenskapen i det individualiserte vestlige samfunnet (Rose, 1996; Hennum, 2016). Som fag er psykologien en vitenskap som er god på å redusere fenomener til å omhandle intrapsykiske ting ved individet (Hennum, 2016). En fare med dette er at psykologien blir et verktøy som er god på å dekke over aspekter som sosial ulikhet, makt og klasseforskjeller (Madsen, 2016; Hennum, 2016). I en historisk studie fra Canada så Wong (1997) på hvordan psykologien ble brukt for å forklare en økning av illegitime tenåringsfødsler, ved å fokusere på tenåringers lave selvfølelse og sette inn tiltak for å øke denne. Det å bruke det psykologiske blikket som forklaringsmåte gjorde at det ble sett bort fra at de fleste tenåringsjentene kom fra fattige levekår og ble utnyttet av både arbeidsgivere og menn (Wong, 1997). Hennum (2016) trekker frem en lignende kritikk angående barnevernet. Det er hovedsakelig lavinntektsfamilier og lavere klasser som er i kontakt med barnevernet, og dette aspektet er underkommunisert i et barnevern med større og større fokus på tilknytningsrelasjonen (Hennum, 2016). Denne dreiningen er det flere som har påpekt, og Marthinsen, Lichtwarck, Fauske og Clifford (2013, s. 34) skriver i boken *Det nye barnevernet*: «Psykologer og behandlere får oppgradert sin tillit og betydning i barnevernet, mens det sosiale og samfunnsmessige ser ut til å nedtones». Madsen (2016) uttrykker en bekymring rundt hvorvidt en slik trend gjør at de sosialpolitiske hensynene som levevilkår og strukturelle forhold oversees.

Hvis man ser på psykologiens rolle i det norske samfunnet som helhet, kan man lure på om et fokus på det intrapsykiske gjør at vi psykologer generelt overser makt- og samfunnsstrukturer. I samfunnet de siste årene har det vært en dreining mot en satsning på forebyggende tiltak (Nilsen, 2014; Parton, 2006). Psykologer skal nå ut i kommunen, og det er lovfestet at hver kommune i Norge skal ha en kommunepsykolog innen 2020 (Fleiner, 2017). I kommunen skal psykologene primært drive med forebyggende arbeid og lavterskeltilbud. Psykologien skal også sterkere inn i skolen; folkehelse og livsmestring som fag er en del av den nye lærerplanen som trer i kraft i 2020 (Sanner, 2019). I en kronikk om livsmestringsfaget skriver Ole Jacob Madsen (2019, avsn.14) at «Livsmestring står i fare for å bli ytterligere en ting til som de unge skal mestre». Debattredaktør i Stavanger Aftenblad er kritisk til et lignende opplegg, ROBUST-programmet, som skal lære 13-åringer stressmestring og følelsesregulering, og skriver i en kommentar «Viss skolebarn blir meir og meir stressa av skolesystemet vårt, er det då barna vi skal endra?» (Sandelson, 2019). Hun avslutter kronikken ved å skrive «Men eg saknar systemkritikken. Særleg når ein i staden legg så stor grad av ansvaret for endring på enkeltmennesket. Det gjer enkeltmennesket sårbart. Også når tanken er å gjera det meir robust» (Sandelson, 2019, avsn.18).

Det at samfunnet fokuserer på individet og reduserer problemer til å omhandle selvregulering og selvtillit er ikke unikt for skolesettingen. Det er en økende trend i samfunnet som helhet og føyer seg inn i en samfunnsdiskurs som ofte legger ansvaret over på individet (Madsen, 2014). Mari Pettersvold og Solveig Østrem har i sin bok Problembarna (2019) sett på manualer og metoder som brukes i barnehage, skole og barnevern. I en kronikk i Stavanger Aftenblad (2019) kritiserer de blant annet programmet «lekbasert læring» som er skapt for barnehagebarn og som de mener ikke har noe med lek å gjøre. «I realiteten går opplegget ut på at femåringer øver på språk, matematikk og selvregulering åtte timer per uke, for senere å testes i om de mestrer ferdighetene» (Pettersvold & Østrem, 2019, avsn. 8).

Hvis man går tilbake til det nasjonale opplegget livsmestring, ser man tydelige likheter med helsestasjonen i fokuset i forebyggingsarbeidet. Livsmestringsfaget skal «gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir muligheter til å ta ansvarlige livsvalg. I barne- og ungdomsårene er utvikling av et positivt selvbilde og en trygg identitet særlig avgjørende» (Utdanningsdirektoratet, 2018, s. 13). Utvikling av et sterkt og ansvarlig selv virker som et av de største målene for faget. Det forebyggende arbeidet på helsestasjonen er allerede rettet på lignende vis; målet er sunne, sterke og psykologisk autonome borgere. Jeg vil nå se mer på hva diskursene og retningslinjene til helsestasjonen

kan fortelle oss om fokuset til det forebyggende arbeidet, og hva det kan fortelle oss om samfunnsutviklingen.

Diskursen om det dyadiske samspillet er svært gjeldende i kommunikasjonen til helsesykepleierne og retningslinjene til helsestasjonen, og er fundert i tilknytningsteorien. Det er viktig med refleksjon rundt tilknytningsteorien sin sterke plass i det norske samfunnet, og faren det fokuset kan representere for at profesjonsutøvere og samfunnet glemmer konteksten rundt. Blant annet er sosioøkonomisk status en viktig prediktor for helseutfordringer, og de som har lavere sosioøkonomisk status har også flere helseproblemer (Adler et al., 1994). Videre er lav sosioøkonomisk status assosiert med forsinket eller dysfunksjonell utvikling hos barn i nesten alle domener (Dearing, 2014), og data fra barn i Bergen studien viste at jo dårligere opplevd økonomisk situasjon hos foreldrene, jo mer psykiske vansker hos barna (Bøe, Øverland, Lundervold & Hysing, 2012). Samtidig er det også slik at familiene som er i kontakt med barnevernet ofte er fra lavinntektsfamilier (Hennum, 2016).

I retningslinjene for helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2017), står det om sosial ulikhet under anbefalingen om at foreldre bør få spørsmål om egen psykisk helse og trivsel. Der står det at «Foreldrenes utdanning og inntekt kan påvirke barn og ungdom direkte. Lav utdanning og dårlig økonomi kan gi dårlige mestringsbetingelser for foreldre, hvilket igjen påvirker måten de er foreldre på. Negative oppdragelsesstrategier ser ut til å være viktige mekanismer for å forstå sammenhengen mellom familiens sosioøkonomiske status og psykisk helse hos barn» (Helsedirektoratet, 2017, s. 80). Videre ender avsnittet med at «Gjennom informasjon og opplæring i ferdigheter til å håndtere negative tilbakemeldinger og stress, kan foreldre få økt kompetanse for å takle situasjoner de kommer opp i» (Helsedirektoratet, 2017, s. 80). Jeg hadde ingen utsatte eller sårbare familier i mitt materiale, men Helsedirektoratet sin veileder tyder på at de kan bli møtt med individuell foreldreveiledning. Selvsagt kan foreldreveiledning være et fruktbart alternativ, men samtidig kan man undre seg om man da mister andre viktige perspektiver. Tormod Bøe, som har forsket mye på sosial ulikhet og barns helse sa selv til psykologforeningen «Hvis økonomisk usikkerhet blir en dominerende faktor i en persons liv, er kanskje ikke samspillsveiledning det første vi må ty til, vi må adressere hele problemkomplekset» (Halvorsen, 2018, avsn. 11).

Det er klart at tilknytningsteori og psykologien har fått stor innflytelse på hvordan vi forstår omsorg og utvikling. Utviklingspsykologien og tilknytningsteori har også fått økende plass og status hos barnevernet og i jussen, og denne utviklingen ser ut til å fortsette. (Madsen, 2016). I 2012 la et regjeringsutvalg med Magne Raundalen som leder fram en utredning om bruk av det biologiske prinsippet, hvor de foreslo at det biologiske prinsippet

blir erstattet av et «prinsipp om utviklingsfremmende tilknytning» (NOU 2012:5, s.15-16). Videre forklares prinsippet med «Det vil si at det er kvaliteten og stabiliteten i tilknytning til omsorgsgivende voksne og deres utviklingsfremmende praksis for øvrig som blir ansett som det avgjørende, ikke det biologiske båndet mellom barnet og omsorgsperson» (NOU 2012:5, s. 27-28). Rapporten argumenterer for at prinsippet om utviklingsfremmende tilknytning skal stå sammen med prinsippet om barnets beste (ibid). Dog i Lovforslaget som ble sendt til barne- og familiedepartementet i 2016 er ikke «tilknytningsprinsippet» inkorporert (NOU 2016:16), og argumentasjonen for å ikke ta det med er interessant og reflekterer generell kritikk mot tilknytningsteori. Rapporten trekker frem fire hovedargumenter for at relasjonskvalitet og tilknytning ikke skal gjøre til et eget rettslig prinsipp. Det første er at forskningen til blant annet Heidi Keller (2013; 2016), har stilt spørsmål om det er belegg for å anvende tilknytningsteorien som modell for å måle relasjonskvalitet i familier med annen kulturell bakgrunn enn vestlig. Det andre er at det å ha et overordnet prinsipp om utviklingsfremmende tilknytning kan føre til en for smal vurdering av barnets beste, og at man eksempelvis glemmer å se andre ressurser enn foreldrene i nettverket rundt et barn. Det tredje er at et slikt prinsipp basert på psykologisk kunnskap vil gi sakkyndige enda større makt i prosessene, og kan true rettssikkerheten til partene. Det siste som blir trukket frem er at det er uenigheter rundt validiteten til verktøyene man bruker for å måle tilknytningsrelasjonen (NOU 2016:16, s. 52). Interessant er det at dette lovforslaget reflekterer over utfordringene med et for stort fokus på tilknytningsrelasjonen, med blant annet fremheving av at tilknytningsteorien hovedsakelig er basert på vestlig kultur og er problematisk å overføre til andre kulturer. I retningslinjene til helsestasjonsprogrammet står det dog ikke noe om dette (Helsedirektoratet, 2017).

Det at de tydeligste diskursene på tvers av kontrollene er diskursen om normal/skjevutvikling, det dyadiske samspillet og emosjonsregulering og det autonome individet, vitner om at det forebyggende helsestasjonsarbeidet plasserer seg godt innenfor den vestlige individorienterte konteksten. Med et fokus på at barna skal bli selvregulerende, ansvarlige og autonome individer, med høy selvtilit og selvfølelse. Foreldrene er ofte instrumentene som må styrkes i forebyggingsperspektivet, en styrking av foreldrene er en styrking av barnet. Dette fokuset på foreldrene har mange gode sider for barnets fungering, men må ikke hindre samfunnet og profesjonsutøvere fra å ha et større blikk på familiene sin livssituasjon, deres nærmiljø og deres ressurser. Videre er det tankevekkende at trenden i samfunnet er at forebyggende tiltak handler om at individet skal mestre, trene og prestere bedre, uavhengig av om det er ved helsestasjonen, i barnehagen, på skolen eller i arbeidslivet.

Her bør psykologien være klar over sin rolle og sitt ansvar, da vi er et fag som er flinke til å dra ting ned på et individnivå. De menneskene profesjonsutøvere møter på i løpet av sitt virke fortjener at vi har et helhetlig blikk på menneskets fungering, og at vi har kompetanse om både samfunnsmessige og kulturelle forhold sin innvirkning på helse.

6.6 Styrker og begrensninger ved studien

En styrke ved studien er datamaterialet. Diskursanalytikere foretrekker gjerne å studere naturlig forekommende samhandling heller enn samhandling som er initiert av forskeren, som eksempelvis intervjuer (Langdridge, 2006, s. 18). I tråd med dette er hovedmaterialet til oppgaven lydklipp fra helsestasjonskontroller. Diskursanalytikere vil også foretrekke at samtalene er så naturlige som mulig og uten innblanding fra forsker. Det er etisk sett vanskelig å gjennomføre, med mindre man analyserer offentlig materiale. Dermed er det viktig å ta høyde for at jeg med min tilstedeværelse på kontrollene, samt det at deltagerne vet at de blir tatt opp, kan påvirke diskursen. Dette er en mulig begrensning ved studien. Samtidig kan man tenke seg at siden jeg representerte en yrkesgruppe som naturlig sett kunne vært en del av en helsestasjon, psykologen, at det ikke var like malplassert at jeg var tilstede i rommet. Min tilstedeværelse i rommet kan spesielt ha påvirket helsesykepleierne, da de kan ha oppfattet meg som en autoritetsperson. De fortalte selv at de som oftest samarbeidet med psykologer når de trengte veiledning på saker de så på som vanskelige. Samtidig sa jeg klart fra til helsesykepleierne at mitt prosjekt ikke omhandlet en evaluering av de som profesjonsutøvere. Jeg var også klar på at jeg er psykologstudent og ikke psykolog enda, noe som kan ha gitt meg mindre autoritet i situasjonen. Selv merket jeg at helsesykepleierne reagerte på min tilstedeværelse ved et tilfelle. I begynnelsen av en kontroll tittet helsesykepleierne ofte bort på meg etter egne utsagn til familien. Denne blikkontakten avtok i løpet av timen, og personen virket til å gi mindre og mindre oppmerksomhet mot at jeg var i rommet. På en generell basis la jeg lite merke til noe ved atferden til helsesykepleierne eller familiene som tilsa at jeg påvirket situasjonen nevneverdig. Samtidig kan det ikke utelukkes at jeg ved min tilstedeværelse har påvirket kontrollene, og da særlig helsesykepleierne.

Prosjektet har få deltagere og er en liten studie, noe som kan være en begrensning ved forskningen. Samtidig viste analysene at det var et stort samsvar i det helsesykepleierne kommuniserte til familiene, og at deres formidling var i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer for helsestasjonen 0-5 år. Dette kan tyde på at funnene i denne studien er representative også for det som kommuniseres av helsesykepleiere ved andre helsestasjoner. Likevel er det klart at antall deltagere er en begrensning ved studien. Det er også en

begrensning ved studien at familiene ikke hadde annen kulturell bakgrunn enn den vestlige, slik at studien ikke har fått sett på hvordan helsesykepleierne konstruerer utvikling i møte med forskjellige kulturer. Det samme gjelder ved at utvalget ikke inkluderte familier med livsbelastninger.

6.7 Implikasjoner for videre forskning

Vanskeligstilte familier var ekskludert fra denne studien, men hvordan helsesykepleiere jobber med familier som har mange belastninger er noe fremtidige studier kan se på. Det samme gjelder for hvordan helsesykepleierne jobber med familier med annen kulturell bakgrunn. Hovedfokuset til denne studien var på helsesykepleierne, men fremtidige studier bør også se mer på foreldrene sine tanker og bekymringer rundt barns utvikling. Det er også viktig å få mer forskning rundt hvordan det forebyggende arbeidet foregår ved andre arenaer enn helsestasjonen, da særlig i barnehagen og på skolen.

Avslutning

Denne studien har sett på hvordan det forebyggende arbeidet foregår ved helsestasjonenes rutinemessige spedbarnskontroll, med problemstillingen: *Hvilke forståelser av barns utvikling skapes i samtaler der helsesykepleiere møter småbarnsforeldre?*

Diskursanalysen viste at hvordan helsesykepleierne konstruerer forståelsen av barns utvikling i samtalen med foreldrene samsvarer med «distal style» som har blitt trukket frem som en vestlig foreldrestil (Lamm et al., 2014), der psykologisk autonomi blir sett på som en viktig utviklingsoppgave. Det helsesykepleierne formidlet var helt i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer for helsestasjon 0-5 år, og det var et stort samsvar i det de fem helsesykepleierne formidlet til familiene. Dette samsvaret gjør det svært sannsynlig at funnene i denne studien er representative, også for det som kommuniseres av andre helsesykepleiere ved andre norske helsestasjoner. Basert på funnene virket det forebyggende arbeidet hovedsakelig å være knyttet opp mot styrking av foreldrene, og barn-foreldre dyaden.

Litteraturliste

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American psychologist*, 49(1), 15. doi:10.1037/0003-066X.49.1.15
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. (1974). Infant-mother attachment and social development. In M. P. Richards (RED.), *The introduction of the child into a social world* (s. 95-135). London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ansell, N. (2017) *Globalising models of childhood and youth. Children, Youth and Development* (2. Ed). Routledge: London, New York.
- Beck, U. (1992). *Ideology and Rationality in the history of the Life Sciences*. Cambridge, MA: MIT press.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health* (Vol. 2). Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss : Vol. 1 : Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss : 2 : Separation : Anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Brandtzæg, I, Smith, L. & Torsteinson, S. (2011) *Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brandtzæg, I., Torsteinson, S., & Øiestad, G. (2013). *Se barnet innenfra – hvordan jobbe med tilknytning i barnehagen*. Kommuneforlaget.

- Brandtzæg, I., Torsteinson, S., & Øiestad, G. (2016). *Se eleven innenfra – Relasjonsarbeid og mentalisering på barnetrinnet*. Gyldendal Akademiske.
- Bøe, T., Øverland, S., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2012). Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(10), 1557-1566. doi:10.1007/s00127-011-0462-9
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2002). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Rough Guides.
- Charmaz, K. (2015). Grounded theory. In J. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (s. 81-111). London: Sage Publications.
- Dearing, E. (2014) The state of research on children and families in poverty: Past, present, and future empirical avenues of promise. In K. McCartney, H. Yoshikawa, & L. Forcier (Eds.), *Improving the odds for America's Children* (s. 203–216). Cambridge, MA: Harvard Education Press.
- DeKlyen, M. & Greenberg, M.T. (2008). Attachment and Psychopathology in Childhood. I: Cassidy J, Shaver PR, red. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. (s. 637-66). 2. utg. New York: Guilford Press.
- Esping-Andersen, G. (2002). *Why we need a new welfare state*. (s. 1-67) New York: Oxford University press.
- Faircloth C. (2014) Intensive parenting and the expansion of parenting. I Lee, E., Bristow, J., Faircloth C., Macvarish J. (red) *Parenting culture studies*. (s. 25-50) Hampshire: Palgrave Macmillian
- Fleiner, R., L. (2017, 09. juni) Psykolog i alle kommuner innen 2020. Hentet fra: <https://www.napha.no/content/21573/Psykolog-i-alle-kommuner-innen-2020>

- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development, 62*(5), 891-905. doi:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x
- Forskrift til rammeplan for helsesykepleierutdanningen (2005). *Forskrift til rammeplan for helsesykepleierutdanningen* (FOR-2005-12-01-1381). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1381>
- Foucault, M. (1979). *Discipline and punish: The birth of the prison*. New York: Vintage.
- Fraley, R. C., & Davis, K. E. (2005). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships, 4*, 131-144. doi:10.1111/j.1475-6811.1997.tb00135.x
- FREK (2011, 2. Desember). Kjennetegn som REK bør observere i spørsmål om kvalitetssikring vs. fremleggingspliktige prosjekter. Hentet fra: <https://helseforskning.etikkom.no/Content/275633/Kvalitetssikring%20vs%20framleggingspliktig%20prosjekt%20FREK%20des%202011.pdf>
- Fryers, T., & Brugha, T. (2013). Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH, 9*, 1. doi:10.2174/1745017901309010001
- Furedi, F. (2002). *Paranoid parenting: why ignoring the expert may be the best for your child*. Chicago: Chicago Review Press.
- Furedi, F. (2006) *Culture of fear revisited*. London: Continuum.
- Halvorsen, P. (2018, 18. november). Levevilkår slår rett inn på psykologkontoret. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/levekaar-slaar-rett-inn-paa-psykologkontoret>

Halvorsen, P. (2019, 28. februar). Tilpasser utdanningen til nye psykologroller. Hentet fra:
<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/tilpasser-utdanningen-til-nye-psykologroller>

Helsedirektoratet (2017). Kapittel 4 – Helsestasjonen 0-5 år. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>

Helsedirektoratet (2019). Helsestasjonsprogrammet 0-5 år. Hentet fra:
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Helsestasjonsprogrammet-0-5.pdf/_/attachment/inline/0e915096-a9ff-4afb-9dc8-a78d70335603:f66dc3395b4869603782bd0b911313539c0b3ebf/20191119%20Helsestasjonsprogrammet%200-5%20%C3%A5r%20oppdatert%20versjon.pdf

Helse og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. (meld st. 20 (2006-2007)). Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/>

Hennum, N. (2016). Barnevernsbarn i ekspertisesamfunn: tid for refleksjoner. I Kroken, R. & Madsen, O., M. (red). *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten. Fra sosialt arbeid til «arbeid med deg selv»?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hodne, C. (2017) Et godt verktøy for helsesøstre. *Tidsskrift for helsesøstre*. 1, 7-22.

Holmes, J. (2014). *John Bowlby and attachment theory*. (2. utg) London: Routledge,

INN (2019). HELSØ Videreutdanning i helsesykepleie. Hentet fra:
<https://www.inn.no/studiehaandbok/studiehaandboeker/2019-2020-studiehaandbok/studier/hsv-fakultet-for-helse-og-sosialvitenskap/videreutdanninger/helsoe-videreutdanning-i-helsesykepleie>

- Johansen, N. (2015). *Det nyliberale janusansiktet*. Oslo: Novus forlag.
- Kağitçibaşı, C. (2005). Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and human development. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36, 403-422. doi:10.1177/0022022105275959
- Kağitçibaşı, C. (2007). *Family, self, and human development across cultures : Theory and applications* (2nd ed.). Mahwah, N.J: L. Erlbaum.
- Keller, H. (2013). Attachment and culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(2), 175-194. doi:10.1177/0022022112472253
- Keller, H. (2016). Attachment. A pancultural need but a cultural construct. *Current opinion in psychology*, 8, 59-63. doi:10.1016/j.copsy.2015.10.002
- Keller, H., & Greenfield, P. M. (2000). History and future of development in cross-cultural psychology. *Millennium Special Issue of the "Journal of Cross-Cultural Psychology,"* 31, 52-62. doi:10.1177/0022022100031001005
- Keller, H., Lohaus, A., Völker, S., Cappenberg, M., & Chasiotis, A. (1999). Temporal contingency as an independent component of parenting behavior. *Child Development*, 70(2), 474-485. doi:10.1111/1467-8624.00034
- Kudlová, E. (2004). Life cycle approach to child and adolescent health. *Central European journal of public health*, 12(3), 166-170. doi:10.21101/cejph.b0119
- Kunnskapsdepartementet. (2016). *Tid for lek og læring – bedre innhold i barnehagen*. (st. Meld (2015-2016)) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20152016/id2479078/>
- Lamm, B., Gudi, H., Freitag, C., Teubert, M., Graf, F., Fassbender, I., ... & Keller, H. (2014). Mother–infant interactions at home and in a laboratory setting: A comparative analysis in two cultural contexts. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(6), 843-852. doi:10.1177/0022022114532357

- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnæringer*. Tapir.
- LeVine, R. A., & Norman, K. (2001). The infant's acquisition of culture: Early attachment reexamined in anthropological perspective. In C. C. Moore & H. F. Mathews (Eds.), *The psychology of cultural experience* (s. 83-104). Cambridge: Cambridge University Press.
- Madsen, O. J. (2014). " *Det er innover vi må gå*": en kulturpsykologisk studie av selvhjelp. Oslo: Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2016). Psykologiens innflytelse i velferdsstaten. I Kroken, R. & Madsen, O., M. (red). *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten. Fra sosialt arbeid til «arbeid med deg selv»?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Madsen, J. (2019, 30. april). Er det slik vi skal ruste de unge for livet? *NRK*. Hentet fra: https://www.nrk.no/ytring/er-det-slik-vi-skal-ruste-de-unge-for-livet_-1.14531539
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
doi:10.1037/0033-295X.98.2.224
- Marthinsen, E., Lichtwarck, W., Fauske, H. & Clifford, G. (2013). Hva mener vi med Det nye barnevernet? I E. Marthinsen & W. Lichtwarck (red.), *Det nye barnevernet* (s. 14-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & human development*, 4(1), 107-124. doi:10.1080/14616730252982491
- Mathisen, M. (2019, 25. juni). Yrkesbeskrivelse – Helsesykepleier. Hentet fra: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsesykepleier>

MET (2019, 1. oktober). Studiestart vår 2020 – Helsesykepleie. Hentet fra:

<https://student.oslomet.no/videreutdanning-helsesykepleie>

Nilsen, A., C. (2014). Barneomsorg. På jakt etter styringsrelasjoner ved tidlig innsats i barnehagen. I K. Widerberg (red). *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

NOU 2009:18. (2009). *Rett til læring*. Oslo: Departementenes servicesenter.

NOU 2012:5. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Oslo: Departementenes servicesenter.

NOU 2016:16. (2016). *Ny barnelov – Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Oslo: Departementenes servicesenter.

NTNU (2019). Videreutdanning, Trondheim. Helsesykepleierutdanning (Helsesykepleier). Hentet fra: <https://www.ntnu.no/studier/spvhs/studiets-oppbygging>

Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: critical analysis for social and individual psychology*. London : Routledge.

Parton, N. (2006). *Safeguarding childhood: Early intervention and surveillance in a late modern society*. Basingstoke, UK: Palgrave Mcgillan

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Kakuma, R. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478. doi :10.1016/S0140-6736(16)00579-1

Pettersvold, M. & Østrem, S. (2019). *Problembarna. Manualer og metoder i barnehage, skole og barnevern*. Cappelen Damm Akademisk: Oslo.

Pettersvold, M. & Østrem, S. (2019, 15 august). Problembarna sett med problematisk forskning. Hentet fra:

<https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/dObmzw/problembarna-sett-med-problematisk-forskning>

Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage.

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2013). *The circle of security intervention: Enhancing attachment in early parent-child relationships*. Guilford Publications.

Quinn, N., & Mageo, J. (2013). Introduction. I Quinn, N., & Mageo (red). *Attachment reconsidered: Cultural perspectives on a Western theory*. (s. 3-32). Palgrave Macmillian.

Rose, N. (1996). *Inventing our selves: psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rothbaum, F., Weisz, J., Pott, M., Miyake, K., & Morelli, G. (2000). Attachment and culture: Security in the United States and Japan. *American Psychologist*, 55(10), 1093-1104. doi : 10.1016/S0140-6736(16)00579-110.1037/0003-066X.55.10.1093

Sandelson, S., G, (2019, 20 juni). Jippi forskning, UiS? *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra: <https://www.aftenbladet.no/meninger/kommentar/i/4qxzjg/jippi-forskning-uis>

Sanner, J., T. (2019, 16. Mai). Elevene skal lære mer om psykisk helse og livsmestring i skolen. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/y3xVpR/elevne-skal-laere-mer-om-psykisk-helse-og-livsmestring-i-skolen-jan-tore-sanner>

Simpson, J. A. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. I J. Cassidy & P. R. Shaver (RED), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (s. 115-140). New York: Guilford.

- Skogen, J., C., Smith, O., R., F., Aarø, L., E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt.* (rapport) Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, 7(4), 349-367.
doi:10.1080/14616730500365928
- Sroufe, L. A. (2013). The promise of developmental psychopathology: Past and present. *Development and Psychopathology*, 25(4pt2), 1215-1224.
doi:10.1017/S0954579413000576
- Thomas, W. I., & Thomas, D. S. (1928). The methodology of behavior study. *The child in America: Behavior problems and programs*, 553-576.
- Utdanningsdirektoratet. (2018, 22 august). Overordnet del av lærerplanverket. Hentet fra:
<https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/>
- Wong, J. (1997). The «making» of teen pregnancy. *International studies in the philosophy of science*, 11 (3), 273-288. doi: 10.1080/02698599708573571

Vedlegg 1: Intervjuguide – Intervju med foreldrene.

Intervjuguide

Jeg har lyst til å ha en samtale med dere om deres tanker rundt forebyggende arbeid med barn og unge, og hva dere ser på som viktig for en god barneoppdragelse. Først vil jeg stille noen åpne spørsmål, så vil jeg vise dere et utdrag fra ”Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom” som et utgangspunkt for videre innspill fra dere. Intervjuet vil ta ca. 20 minutter.

Tema: Barneoppdragelse.

- Hva opplever du at er viktige oppgaver som foreldre?
- Hva synes du er vanskelig som foreldre?
 - Hva slags bekymringer har dere?
 - Hva slags bekymringer har andre dere kjenner som er foreldre?
- Hva er diskusjonstema blant foreldre når dere snakker om deres barn?

Tema: Forebyggende arbeid med barn og unge

- Hva tenker dere er viktig for forebyggende arbeid med barn og unge?
- Hva tenker dere om rutinekontroller på helsestasjon?

Her er et utdrag fra de nasjonale retningslinjene for helsestasjonsarbeid 0-5 år. Jeg er interessert i å høre deres tanker rundt dette.

”Samspill: Foreldre bør få veiledning om samspill i alle konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet”

Vedlegg 2: Etisk godkjenning fra NSD



Berit Overå Johannesen

7048 TRONDHEIM

Vår dato: 04.05.2018

Vår ref: 60255 / 3 / LH

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 09.04.2018 for prosjektet:

60255	<i>Kulturperspektiv på forebyggende helsestasjonsarbeid - med fokus på aldersgruppen 0-2 år.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Berit Overå Johannesen</i>
<i>Student</i>	<i>Lene Selle</i>

Vurdering

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

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

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

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.01.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

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

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lise Aasen Haveraaen

Kontaktperson: Lise Aasen Haveraaen tlf: 55 58 21 19 / Lise.Haveraaen@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lene Sælle, leneselle@gmail.com

Vedlegg 3: Eksempler på koding/fargekoding av datamaterialet

Koding: Observasjon 1, Helsesøster (1), Baby (3m), Mamma, Intervjuer (I)

Transkripsjon	Koding	Fargekoder
Helsesøster: Ja, kos er det med dåkke da?	Åpent spørsmål helsesøster	Helsesøster tar initiativ, stiller spørsmål
Mor: Jo det er nå greit, spiser og sover og...	Fokus på mat og søvn fra mor	H sine utsagn om baby (tanker rundt baby sin atferd)
Helsesøster: Ja		H sine utsagn om baby og utvikling
Mor: begynt å leke litt mer holdt jeg på å si. Være mer våken og følge med og ja, mmm.	Mor beskriver at babyen har begynt å leke og følge med mer	Motorikk M/P sine utsagn om baby
Helsesøster: de er mer med vettu, 3 måneder vettu, så det ja, du kan prate litt med meg også du, også kan du smile også du, er jo kjempefin respons da.	H formidler at babyen er mer «med» når alderen når 3 måneder, i form av respons, smil, prating.	M/P snakker til baby M/P sine svar til helsesøster H gir direkte råd H gir informasjon om vaksiner
Kommuniserer så godt, også får vi a mamma med i samtalen vi da. Ja hun er ganske sånn, flink da til å inkludere, klare mer enn å holde fokuset på meg. Ja, du klarer å få med mamma i dialogen også du.	H roser baby for god kommunikasjon, flink til å inkludere i samtalen og ha fokus.	Mor som stiller spørsmål til helsesøsterne
Mor: (ler)		
Helsesøster: Mm, ja, det ehmm, ja, før vi går til vaksineringen også så er det jo fint og se hvordan han er når han er i velbefinnende på en måte, før vi påfører han noe ubehagelig. Også bruker vi også se om han følger med på blikket, vi	H vil se på baby på matten før vaksiner og hun påfører ubehag. H tester blikkontakt.	

