

# **«Barnets blikk»**

**observasjon, vurdering og veiledning på samspill fra et  
helsesykepleieperspektiv**



**Universitetet  
i Stavanger**

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i helsesykepleie**

**(30 studiepoeng)**

**Student: Kari Glesne Ugland**

**Veileder: Professor Terese Elisabet Bondas**

**02.06.2020**

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I  
HELSESYKEPLEIE**

MASTEROPPGAVE

**SEMESTER:**

**Vårsemester 2020**

---

**FORFATTER:**

**Kari Glesne Ugland**

**VEILEDER:**

**Professor Terese Elisabet Bondas**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

Nordisk tittel: «Barnets blikk» - observasjon, vurdering og veiledning på samspill fra et helsesykepleierperspektiv

Engelsk tittel: "The child's eyes" - observation, assessment and guidance on interaction from a public health nursing perspective

---

**EMNEORD/STIKKORD:** Samspill, veiledning, helsesykepleier, barnets blikk

Interaction, guidance, public health nursing, the child's eyes

---

**ANTALL ORD:** 17605 (eksklusiv forord, innholdsfortegnelse, vedlegg og referanseliste)

**STAVANGER, 2. juni 2020**

## Forord

Først og fremst må jeg takke alle deltakerne som har bidratt til at denne studien kunne bli mulig. Uten dere hadde denne studien vært umulig. Takk for positivitet og vilje til å bidra som informanter. Det har vært en berikelse å få lov til å samtale med hver enkelt helsesykepleier som har delt av sine erfaringer. Studien har vært en stegvis prosess. Den har gitt meg mange refleksjoner. Jeg kjenner stolthet for yrke, men ikke minst ydmykhet med tanke på alle de menneskemøtene man får lov til å ha i sin hverdag som helsesykepleier.

Takk til foreldre og svigerforeldre, mann og barn som har støttet meg hele veien. Deres tro på at dette var mulig har vært viktig. Oppmuntrende ord og helger til studiearbeid har vært betydningsfylt.

Studiegruppa – en gjeng med fem fantastiske damer i samme båt, har holdt sammen i disse tre årene. I stress, mestring, latter og tårer har vi støttet hverandre helt til mål! Tusen takk til Elisabeth, Eyvor, Nina, Hilde og Svanhild.

I løpet av studiet ble Norge rammet av covid-19 pandemien. Det rammet alles daglige liv og ikke minst arbeidshverdag. Over natten ble det helt nye arbeidsoppgaver som helsepersonell, i tillegg til barn med hjemmeskole. En litt uoversiktlig periode gjorde arbeidet med studiet ekstra krevende. Når de faste arbeidsoppgavene forsvant, fikk jeg også kjenne på hvor mye det betyr for meg å ha kontinuerlig oppfølging av barn og familier i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Kjære Professor Terese Elisabet Bondas – Takk for din rolige, varme, trygge og dyktige veiledning. Når jeg har vinglet har du vært stødig. Når jeg mistet håpet hadde du troen. Jeg er ydmyk og takknemlig for å ha fått lov til å bli kjent med deg. Helt fra prosjektets første dag har det følt som du så hva jeg søkte.

02.06.2020

Kari Glesne Ugland

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	6
1.0 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Tidligere forskning.....	9
1.3 Problemstilling.....	11
1.4 Hensikt.....	11
2.0 Teori.....	11
2.1 Forebygging og helsefremming.....	11
2.2 Veiledning.....	12
2.2.1 Dialog, empowerment og skjønn.....	13
3.0 Metode.....	14
3.1 Design.....	14
3.2 Utvalg og innsamling av data.....	15
3.3 Analyse.....	16
3.3.1 Forberedelse.....	17
3.3.2 Organisering av materialet.....	17
3.3.3 Rapportering.....	19
3.4 Validitet.....	19
3.5 Forskningsetiske vurderinger.....	19
4.0 Funn.....	20
4.1 Betydningen av samspillet mellom barnet og deres omsorgsperson.....	22
4.2 Helsesykepleier observerer samspill mellom barn og omsorgspersonen/e.....	22
4.2.1 Kriterier i samspillet med barnet i fokus.....	22
4.3 Veiledning på samspill er basert på en relasjon mellom helsesykepleier og omsorgsperson.....	25
4.3.1 Relasjonens betydning for god veiledning.....	25
4.3.2 Kontinuitet mellom helsesykepleier og familiene er viktig, men varierer.....	26
4.3.3 Helsesykepleier gir helsefremmende veiledning.....	27
4.4 Helsesykepleiers rammebetingelser for samspillsvurderinger.....	30
4.4.1 Helsesykepleier har mange oppgaver på kort tid.....	30
4.4.2 Helsesykepleier opplever samspillsvurderingene som et tyngende ansvar.....	31
4.4.3 Helsesykepleiere har ulik kompetanse på samspill og tilknytning og opplever i tillegg en usikkerhet knyttet til egne vurderinger.....	32
4.4.4 Helsesykepleiers muligheter til tiltak når familiene har behov for tettere oppfølging eller ved egen usikkerhet knyttet til observasjoner.....	34
4.5 Helsesykepleier opplever dokumentasjon av samspillsvurderingene som vanskelig.....	35
4.6 Helsesykepleiers ønsker for forbedring av tjenesten.....	37
4.6.1 Lik kompetanse på samspill for alle helsesykepleiere.....	37

4.6.2 Universelle tiltak på samspill til alle foreldre .....	38
4.7 Overordnet presentasjon av funn i en modell .....	39
5.0 Diskusjon.....	40
5.1 Med blikket på barnet og barnets blikk i konsultasjonene for å veilede på samspill.....	41
5.2 Helseyskepleiers smørbrøddliste for helsefremming og forebygging.....	42
5.3 Helseyskepleiers kompetanse, tvil og skjønn .....	44
5.4 Det relasjonelle møtet .....	45
5.5 Kritisk granskning.....	47
6.0 Konklusjon .....	47
6.1 Implikasjoner for praksis .....	47
Referanser .....	49
Vedlegg 1 Vil du delta i forskningsprosjektet? .....	I
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	IV
Vedlegg 3 NSD sin vurdering .....	VI

## Sammendrag

Helsesykepleiere vurderer samspill på helsestasjonen og retningslinjene legger føringer for at foreldre bør få veiledning på samspill i alle konsultasjoner, dette for å fremme godt nok samspill og trygg tilknytning. Det er gjort lite forskning fra et helsesykepleierperspektiv. Helsestasjonstjenesten i Norge har som mål å blant annet fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn fra 0-5 år. Med John Bowlbys tilknytningsteori om hvordan barnet knytter emosjonelle bånd til sine omsorgspersoner og hvordan kvaliteten av dette er avgjørende for barnets helse og utvikling, ble teori om helsefremming og forebygging lagt frem. Hensikten med studien var å utforske og beskrive hvordan helsesykepleiere observerer, vurderer og veileder på samspill i helsestasjonsprogrammet. Gjennom semistrukturerte, individuelle intervju ble fem helsesykepleiere i ulike kommuner intervjuet om sine erfaringer. Funn viser at det opplevdes vanskelig å beskrive med ord, vanskelig å dokumentere og vanskelig å være sikker på egne vurderinger, knyttet til samspill. Rammebetingelser som liten tid, ulik kompetanse på samspill og opplevelsen av et tyngende ansvar, hadde stor innvirkning på hvordan de opplevde sin mulighet til å gjennomføre samspillsveiledning. Helsesykepleierne i studien fortalte at relasjonen til familiene var svært betydningsfull- i en dynamisk prosess gjennom å observere, vurdere og veilede på samspill - over tid. Dette gav resultat i en prosessmodell som gir grunnlag for videre forskning. Sentrale funn er diskutert i lys av presentert teori om helsefremming, forebygging og veiledning. Studien har vist at helsesykepleierne har barnet og barnets blikk i fokus, men man trenger et felles begrepsapparat for det som oppleves i konsultasjonene. For mange oppgaver på kort tid kan ta fokuset bort fra samspillet, som opplevdes som det aller viktigste i konsultasjonene.

## 1.0 Innledning

Dette er en oppgave som setter lys på kompleksiteten i konsultasjonen på helsestasjonen. Kompleksiteten som finner sted mellom helsesykepleier, barnet og deres omsorgsperson/er. Det er et 30 minutters menneskemøte hvor helsesykepleier skal gjennomføre lovpålagte oppgaver og vurdere samspillet mellom barnet og deres omsorgsperson på det kommunale kontoret på helsestasjonen. Samspillet – interaksjonen mellom barnet og omsorgspersonen skal vurderes og helsesykepleier skal også veilede omsorgspersonene på dette. Samspillet er en dynamisk prosess som sier noe om det emosjonelle båndet mellom barnet og omsorgspersonen/e. Bakgrunn for valg av tema henger sammen med min erfaring med helsestasjonsarbeid siden 2011. I tre ulike kommuner har jeg arbeidet med barn, unge og deres foreldre. Jeg har latt meg fascinere av å observere dem i sin kontekst i helsestasjon, skole eller barnehage. I en tid hvor psykisk helse blir mindre tabu og psykiske lidelser viser seg å være en av de største folkehelseutfordringene- med samfunnsøkonomisk store konsekvenser, kommer interessen for hva man kan bidra med i førstelinjetjenesten for å hindre skjevutvikling. De nasjonalfaglige retningslinjene for helsestasjonstjenesten argumenterer for hvordan de tidlige årene i barnets liv er med på å danne grunnlaget for barnets psykiske helse senere i livet, blant annet gjennom hvordan barnet blir møtt følelsesmessig av sine foreldre- her nevnt som omsorgspersoner. Folkehelseloven kap.2 og Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og 3-2 første ledd nr.1, skal sikre at alle kommuner tilbyr helsefremmende og forebyggende helsetjenester i form av helsestasjon for å fremme psykisk og fysisk helse, blant annet. Folkehelse og livsmestring er nå lagt inn i Utdanningsdirektoratets læreplan for skolene. Her inngår temaer som skal gi elever kompetanse som fremmer psykisk og fysisk helse. Med erfaring og utdanning innen samspill mellom barn og deres omsorgspersoner, i en tid hvor helsefremming og forebygging preger lovgivning og holdninger i samfunnet, fikk jeg lyst til å gjøre et dypdykk inn i hverdagen til de helsesykepleierne som står i direkte møte med det lille barnet og deres omsorgspersoner.

### 1.1 Bakgrunn

Det er gjort mye forskning på hva som er betydningsfullt for sped- og småbarns fysiske og psykososiale utvikling. En viktig forskning fra etterkrigstiden er tilknytningsteorien. John Bowlby beskriver gjennom hans tilknytningsteori hvordan foreldre som er sensitive på barnets signaler er med på å bygge trygg tilknytning hos barnet. Det bygges indre mentale strukturer i barnets hjerne som er med på å skape blant annet høyere selvtillit og bedre evner til å inngå i gode relasjoner. Tillit, trygghet, utforsking og evne til å søke hjelp er noen av de viktige evnene som dannes gjennom samspill av god kvalitet (Bowlby, 1973, 1999; Hart, 2011; Hart et al., 2009; Holme, 2016; Killén, 2013). Det nyfødte barnet er i stand til å interagere med sine omgivelser. En felles dialog mellom mor eller omsorgspersonens omsorgssystem og barnets tilknytningssystem. Barnet søker aktivt sin nærmeste omsorgsperson, vanligvis mor i starten. Denne

tilknytningsadferden er for å sikre nærhet til, og beskyttelse hos omsorgspersonen. Tilknytningen er primært et *emosjonelt bånd* fra barnet til omsorgspersonen, men eksempelvis aktiveres en *omsorgsadferd* hos omsorgspersonene ved barnets gråt (Bowlby, 1999; Hart et al., 2009; Holme, 2016; Killén & Olofsson, 2003). Når barnet har blitt ca. ett år, har barnet utviklet det som kalles «indre arbeidsmodeller». Dette er indre representasjoner av seg selv og andre. Hvis barnet har blitt møtt på en god måte, gir dette en opplevelse av å føle seg elsket og verdifullt (Holme, 2016). Disse indre representasjonene vil være stabile hvis omsorgen er god, men et viktig poeng er at indre arbeidsmodeller *kan* endre seg hvis for eksempel barnet har hatt dårlige betingelser og får muligheten til å erfare gode, trygge betingelser for trøst, omsorg og utforskning, blant annet (Hart, 2011; Holme, 2016). Disse indre arbeidsmodellene er som om barnet danner et bilde av seg selv gjennom erfaringer med sine nærmeste. Dette er av stor betydning for barnets helse. Retningslinjene for helsestasjonstjenesten argumenterer med mye av den samme bakgrunnen for sin tjeneste (Helsedirektoratet, 2019).

Helsestasjonstjenesten i Norge har som mål å blant annet, «å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped og småbarn» (Helsedirektoratet, 2019, kapittel 4). Nasjonalfaglige retningslinjer gir en sterk anbefaling om at foreldre og foresatte bør få veiledning på samspill i alle konsultasjonene. Argumentene for dette er å fremme mestring av foreldrerollen, korrigere uønsket eller dårlig samspill og forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt. Helsesykepleier skal bidra til å fremme og understøtte et godt nok samspill og trygg tilknytning mellom barn og foreldre (Helsedirektoratet, 2019). Helsestasjonstjenesten er gratis og frivillig. Den finner sted i kommunens primærhelsetjeneste. Gjennom helsestasjonstjenesten treffer helsesykepleier 98% av alle barn og deres familie, ifølge SSB. Helsestasjonen er ofte den eneste offentlige instansen som har kontakt med barnet regelmessig det første leveåret (Helsedirektoratet, 2019). Dette er indikasjoner på at de vurderingene som blir tatt på helsestasjonen kan være av stor betydning.

Fokusområdet for oppgaven er helsestasjonsarbeid (0-5 programmet), fra det første hjemmebesøket når barnet er ca. 10- 12 dager og frem til siste ordinære konsultasjon når barnet er fire år gammelt. I følge nasjonalfaglige retningslinjer for helsestasjonstjenesten skal helsestasjonen også tilby et noe utvidet tilbud med ekstra konsultasjoner ved behov ut over de 14 faste avtalene ved helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2019). Dette er inkludert. I oppgaven nevnes konsekvent «omsorgspersoner», da det ikke gjøres forskjell på foreldre eller foresatte, far eller mor, men fokuset er på den eller de som har omsorgen for barnet.

Helsesykepleier nevnes også som «hun», da alle deltakerne i studien er kvinner.

Utdanningsinstitusjonene i Norge som tilbyr videreutdanning eller masternivå i helsesykepleie har ulik praksis når det gjelder mengde litteratur eller fokus på emnet «samspill og tilknytning». Temaet kan presenteres i to dager, et annet studiested inkluderer sertifisering innen foreldreveiledningsprogrammet ICDP (International Child Development Programme) og et annet studiested har elementer fra dette. Dette betyr at helsesykepleiere blir utdannet med ulik kompetanse på temaet. Kommuner prioriterer også ulikt



når det gjelder kurs til sine ansatte, sertifiseringer og tilleggsutdanninger. Noen velger å gi ansatte COSP-kurs (Circle of Security Parenting). Et kurs som gir sertifisering i et foreldreveiledningsprogram som har til formål å bedre samspillet for trygg tilknytning mellom barnet og omsorgspersonene. Noen kommuner tilbyr grupper som universelle tilbud, andre tilbyr kurset som sekundærforebyggende tiltak. Ved noen helsestasjoner velger kommunen å gi helsesykepleiere kurs i NBO (Newborn Behavioral Observation). I samarbeid med foreldrene, skal her helsesykepleier «sensitivere» omsorgspersonene til å tolke signalene fra det nyfødte barnet (0-3 måneder) (Regionsenter for barn og unges psykiske helse, 2019) Disse forskjellene gjør studien enda mer interessant. Den samme, nasjonale lovpålagte oppgaven gjøres av personell med ulik kompetanse på et helt spesifisert fagområde.

## 1.2 Tidligere forskning

Vi har med tydelighet forskning på hva som er av betydning for barnets utvikling av trygg tilknytning. Men når det gjelder forskning på hvordan helsesykepleier i kommunehelsetjenesten jobber med denne forskningen, for å fremme godt nok samspill og å veilede på samspill, så kan det se ut som man fortsatt er i startfasen. For å finne relevant litteratur begynte jeg mine søk mars 2019. Det ble ikke lagt begrensninger med tanke på alder på forskningen.

- Bibsys, med søkeord som «helsesøster og forebygging», «Health promotion and anxiety». Dette gav 41

treff, hvor relevante funn blant annet sier noe om viktigheten av at helsesykepleiere kommer «tidlig inn», men at kompleksiteten i helsesykepleiers mandat gjør det vanskelig innenfor gitte rammebetingelser (Neumann & Snertingdal, 2013).

- I CINAHL ble det brukt søkeord som blant annet «Health promotion and anxiety», Health promotion

and children and attachment», uten helt å treffe blink på min problemstilling.

- I Google Scholar er det brukt søkeord som blant annet;» helsesøster og forebygging», «helsesøster og foreldrestøtte», «Public Health nurse and parent support». Her finnes noen små studier som presenterer erfaringer med foreldreveiledningsprogrammer, men av så liten skala at det er behov for videre forskning (Helle et al., 2017). Nytt søk i Google Scholar våren 2020, med søkeord «Health visitor AND child health observations» viser flere studier, blant annet to fra Universitetet i Aarhus i Danmark, at helsesykepleieres evne til å vurdere samspill øker gjennom trening og gjennom systematiserte metoder som NBO og Marte meo (Kristensen et al., 2019).(NBO blir kort beskrevet senere, men både NBO og Marte meo er samspillsprogrammer for helsesykepleiere som begge to har til mål å sensitivere

omsorgspersonene, tolke barnets signaler og gjøre omsorgspersonene oppmerksomme på det gode, betydningsfulle samspillet). Dette gir grunnlag for at videre forskning er nødvendig.

Mange av søkene underbygger bakgrunnen for oppgaven; tidlig intervensjon er viktig og nødvendig for forebygging og helsefremming av barnets helse og generelle utvikling. Funn i litteraturen underbygger også at helsesykepleiere har en viktig rolle i samfunnet når det gjelder forebygging, nettopp på bakgrunn av at denne yrkesgruppen treffer de aller fleste familiene (Marcellus, L & Shahram, S.Z, 2017).

Som helsesykepleier er man i kontakt med nesten alle små barn og deres omsorgspersoner, men helsesykepleiers opplevelser og erfaringer med samspillsvurderinger er av interesse. Hvordan dette bør gjennomføres eller hvordan det gjøres av helsesykepleier er det foreløpig forsket lite på. Gjennom søk i databaser, men også gjennom å søke i litteraturlister i aktuell teori og tidligere forskning, har jeg kommet over flere artikler og studier som er relevante. To studier fra henholdsvis Storbritannia og Skottland, gjort med mixed methods, peker på at erfaring og trening gjennom systematiske metoder øker kvaliteten på vurderingene av observasjoner til helsesykepleier. Studiene peker også på at helsesykepleiere ser mer på hva omsorgspersonene gjør, enn adferden til barnet (Appleton et al., 2013; Wilson, 2010). Gjennom denne studiens periode, har det kommet en norsk artikkel som ser på noen av de samme problemområdene. Den norske studien som er gjort av Berg-Olstad og Klette, viser at det er lite systematikk i de observasjoner og vurderinger som blir gjort av samspillsobservasjoner og vurderingene av dem. Artikkelen sier også noe om utfordrende rammebetingelser for arbeidet på området (Berg-Olstad & Klette, 2019).

Når det gjelder tidligere forskning på helsesykepleiers rolle som veileder, finnes en studie som peker på faktorer av betydning for god veiledning (Tveiten & Severinsson, 2004). Denne er relevant for min oppgave, der veiledning er noe av kjernen i helsesykepleiers arbeid (Helsedirektoratet, 2019). Tveiten og Severinsson (2004) peker på hvordan dagens veiledning har endret seg fra å være «fra ekspert» til en «ikke-ekspert», til mer fokus på brukermedvirkning som er en mer helsefremmende metode. Artikkelen peker også på at helsesykepleiers rammebetingelser som både tid og kompetanse er viktige faktorer for suksess.

Retningslinjene for helsestasjonsprogrammet gir en *svak* anbefaling om universelle individuelle eller gruppebaserte *foreldreveiledningsprogrammer*. Dette av den grunn at det per dags dato finnes lite forskning av stor størrelse, som sier nok om kort- og langsiktige effekter av slike tiltak (Helsedirektoratet, 2019). Dette gir enda større grunn til å se nærmere på det som skjer i det individuelle møtet mellom helsesykepleier, omsorgspersonen og barnet. For å utfordre gjeldene retningslinjer er det viktig å fortsette å stille spørsmål, undre seg over dagens praksis og arbeide med videre forskning.

### 1.3 Problemstilling

Med egne erfaringer som helsesykepleier, med retningslinjene som bakgrunn og med behov for mer forskning fikk jeg et ønske om et dypere innblikk i helsesykepleiers opplevelser av å vurdere dette betydningsfulle samspillet. Jeg har følgende problemstilling: *Hva er det å observere, vurdere og veilede på samspillet mellom barn og omsorgsperson fra et helsesykepleierperspektiv?*

Hvordan dokumenteres samspillsobservasjonene og hva ser de etter? Eller på hvilken måte tar de tak i det som kan ha betydning for barnets utvikling og helse? Det er mange spørsmål som reiser seg, men ett grunnleggende forskningsspørsmål blir forsøkt besvart i denne studien. Det er som om det mangler en oppskrift på den jobben som skal gjøres i konsultasjonen på helsestasjonen.

### 1.4 Hensikt

Studiens hensikt er å utforske og beskrive hvordan helsesykepleier observerer, vurderer og veileder på samspill på helsestasjonen. Målet er å få innblikk i vurderinger og kriterier som brukes for å mene noe om kvaliteten i samspillet mellom barnet og omsorgspersonene og ikke minst se på helsesykepleiers rammebetingelser for dette arbeidet. Med større fokus på dette arbeidet fra helsesykepleiers perspektiv, kan danne grunnlag for videre forskning på temaet. Neste kapittel presenterer en teoretisk referanseramme rundt arbeidet i helsestasjonstjenesten, som sier noe om helsesykepleiers mandat.

## 2.0 Teori

I dette kapittelet ønsker jeg å synliggjøre det teoretiske perspektivet som setter en ramme rundt det arbeidet som gjøres i helsestasjonen og som har betydning for vinklingen i prosjektet. For å få en helhetsforståelse, er det vesentlig med innsikt i teorien for målet i helsestasjonsarbeidet.

### 2.1 Forebygging og helsefremming

Sykdomsforebygging står som definisjon for å hindre eller begrense uønsket utvikling. I denne konteksten blir Kari Killéns definisjoner på forebygging relevant for min problemstilling. Hun definerer hvordan forebygging er å hindre uheldige mønstre i foreldrerollen og at barn skal få utviklet sitt fulle potensial (Killén, 2013). Forebygging i denne spesifikke konteksten handler i all hovedsak om den psykologiske vaksinen vi ønsker at foreldre skal gi sine barn gjennom emosjonell støtte for god emosjonsregulering, styrke foreldrenes mentaliseringsevne, hindre omsorgssvikt og fremme trygg tilknytning som er med på å forebygge psykiske lidelser, rus og kriminalitet men som også kan være med å forebygge neste generasjons

omsorgssvikt. Arne Holte, professor i helsepsykologi skriver hvordan man gjennom samhandlingsreformen i større grad skal rette fokus mot helsefremming og forebygging. Dette for å styrke landets største kapital, som han mener er god mental helse (Holte, 2012). Jo tidligere man setter inn de gode tiltakene, jo større «avkastning», mener både Holte og Nobelprisvinner i økonomi, Heckman (Heckman, 2006; Holte, 2012)

I en helsestasjon driver man både primærforebygging og sekundærforebygging. Gjennom tematisering og identifisering av risikofaktorer som omsorgspersonenes helse, nettverk, egen oppvekst og evt. rus, dannes et bilde av hvem som trenger sekundærforebygging og evt. tertiærforebygging (Helsedirektoratet, 2019; Javo, 2010; Killén, 2013). Når man vet hva som er risikofaktorer som hindrer god utvikling, må helsesykepleier ha kunnskap om hva som fremmer det gode samspillet mellom barnet og omsorgspersonen. Helsesykepleiers rolle i å fremme det gode samspillet mellom barnet og omsorgspersonen for å forebygge skjevutvikling handler om å «sensitivere» dem gjennom å øke foreldrenes evne til empati med barnet, øke evnen til mentalisering, evne til å ha realistiske forventninger hos barnet, engasjere seg positivt følelsesmessig og akseptere barnet som det er (Bowlby, 1999; Hart, 2011; Helsedirektoratet, 2019; Killén, 2013). Et «godt nok» foreldreskap handler mye om hvordan omsorgspersonene klarer å ivareta den fysiske og den følelsesmessige omsorgen. Bevisstgjøring av foreldrenes betydning for barnet deres og hvordan de påvirker det, kan fremme motivasjon for å få til gode samspillsmønstre.

Helsefremming handler i samme kontekst om å styrke foreldrene i det gode de gjør. De må selv bli møtt på samme måte som man ønsker at de skal møte barnet. Deres selvtillit og tro på egen mestring i foreldrerollen er viktig å bygge opp under. Anerkjennelse av foreldrenes kompetanse og mulighet til egen påvirkning og kontroll er essensiell (Green & Tones, 2010; Tveiten, 2016). Opplevelsen av å være god nok og få bekreftelse på at det de gjør for barnet har positiv effekt er en vitamin-innsprøytning for foreldreskapet som genererer mer av det gode til barnet (Killén, 2013). Her kommer jeg inn på neste punkt som er en stor del av helsesykepleierens hverdag på helsestasjonen, nemlig veiledning.

## 2.2 Veiledning

Bakgrunnen for oppgaven ligger som nevnt i retningslinjene for helsestasjonstjenesten. Veiledning er sentralt for mye av det helsesykepleiere skal i gjennom i alle konsultasjonene ifølge retningslinjene (Helsedirektoratet, 2019). Tanken er at man skal drive helsefremmende og forebyggende arbeid blant annet gjennom veiledning. Helsepolitiske føringer legger også vekt på at helsetjenesten i stor grad skal fokusere på veiledning gjennom medbestemmelse for å sette foreldrene i stand til å ta egne, kloke valg for seg og barnet som påvirker deres helse (Killén, 2013; Tveiten, 2016). I en kontekst som ved hjemmebesøk og i konsultasjon på helsestasjon, er det naturlig å kalle det helseveiledning. Veiledning kan, som Tveiten

beskriver, regnes som et paraplybegrep som inneholder flere metoder for å «sette den andre i stand» eller overføre mestringskompetanse til å ta best mulig beslutninger. Veiledning er et virkemiddel i empowermentprosessen. Gjennom *informasjon, undervisning, instruksjon og råd* skal man legge til rette for at familien, eller i denne konteksten, omsorgspersonene, tar kontroll over de faktorer som påvirker foreldrekompetansen. Med kunnskap og kløkt skal helsesykepleier vurdere hvilken metode som egner seg best for dem hun har fremfor seg. Med kunnskap om det hun mener omsorgspersonene trenger, skal helsesykepleier på en best mulig pedagogisk måte formidle dette, samtidig som familien skal oppleve å ta egne beslutninger for seg og sine.

I veiledning har *relasjonen* stor betydning. Tveiten (2016) beskriver balansen mellom trygghet og utfordring. Relasjonen er avhengig av trygghet, tillit, respekt, likeverd og frivillighet. Helsesykepleier skal være støttende, men også våge å utfordre der noe er vanskelig. Hensikten er hele tiden økt mestringskompetanse hos omsorgspersonene gjennom refleksjon, oppdagelse og læring- helst gjennom at omsorgspersonene selv finner svaret.

I møtet på helsestasjonen har helsesykepleier en profesjonell kompetanse, rolle og funksjon. Maktbalansen i dette møtet kan påvirke relasjonen og påvirke veiledningen og opplevelsen av omsorgspersonenes «empowerment». Helsesykepleier har i dette møtet et ansvar og må være bevisst sin rolle og påvirkning (Tveiten, 2016).

### 2.2.1 Dialog, empowerment og skjønn

Gjennom veiledning, der dialog er hovedformen og målet er empowerment, oppstår en slags berøring, eller et rom av menneskemøte. Der mennesker involveres i hverandre oppstår etikk. Det etiske ansvaret ligger hos den profesjonelle, her helsesykepleier (Holopainen et al., 2014). Gjennom retningslinjenes anbefalinger om veiledning på samspill i alle konsultasjoner, er det sannsynlig at det ofte er den profesjonelle som bringer temaet på banen. Det krever kommunikasjonskompetanse og relasjonskompetanse. Veiledning gjennom dialog skal preges av likeverd og autonomi. Helsesykepleier med den profesjonelle rollen og med fare for ujevn maktbalanse, må møte omsorgspersonene med ydmykhet og undring. Tveiten (2016) beskriver hvordan gode, åpne spørsmål kan legge til rette for undring, refleksjon og oppdagelse. Spørsmålene bidrar da til medvirkning. Omsorgspersonene, slik det vil være i denne studiens kontekst, vil kunne kjenne at de selv er ekspertene i eget liv.

Det finnes ulike metoder for veiledning der dialog og empowerment er sentralt. Motiverende intervju (MI), coaching og empatisk kommunikasjon er eksempler på konkrete metoder som kan brukes (Tveiten, 2016). De nasjonalfaglige retningslinjene for helsestasjonstjenesten legger ikke føringer på hva som skal brukes, men bruker samlebetegnelsen «veiledning» (Helsedirektoratet, 2019). Helsesykepleiers dømmekraft for

hvordan det er best å møte den enkelte er av betydning. Mange profesjoner må bruke sammensatte former for kunnskap som skjønn (Alvsvåg & Martinsen, 2018). Teoretisk kunnskap og retningslinjer er ikke alltid nok. Når noe mer og komplekst skal forstås og skjønnes, må helsesykepleier bruke skjønn. I ulike situasjoner med barnet og omsorgspersonen foran seg, oppstår etiske dilemmaer der lover og normer også trenger en individuell vurdering av klokskap for finne frem til det som er best mulig i den gitte situasjonen (Alvsvåg & Martinsen, 2018; Tveiten, 2016).

### 3.0 Metode

Dette kapittelet forteller hvordan problemstilling og hensikt har vært forsøkt besvart. Når man forsøker å finne dybdekunnskap i nær kontakt med dem som står i forskningsfeltet blir kvalitativ metode mest hensiktsmessig. I kvalitativ forskning er det et mål å komme frem til en forståelse av sosiale fenomener. Fortolkning er et essensielt begrep i metoden og det rettes derav viktige metodologiske refleksjoner og avveininger til meg som forsker (Thagaard, 2013; Thornquist, 2003). Gjennom kvalitativ forskning kan man få utdypende beskrivelser eller datamaterialer fra få enheter, som for eksempel informanter i et intervju, som i denne studien. Det er samtidig en metode som gir liten mulighet til generalisering på grunn av subjektivitet. I møtet mellom meg som forsker og informant blir det ikke fullstendig nøytralitet. I denne studien er jeg ikke opptatt av mengder og tall, men beskrivende historier om helsesykepleieres egne opplevelser og erfaringer fra praksis for å komme frem til en dypere forståelse. Denne studien er gjennomført med en induktiv tilnærming, da det er lite forskning gjort på akkurat det fenomenet som undersøkes. Gjennom en induktiv tilnærming forsker man på fenomener for å danne grunnlag for hypoteser eller ny teori (Kvale & Brinkmann, 2015, Thagaard, 2013, Thornquist, 2003, Elo & Kyngäs, 2007).

#### 3.1 Design

Metodens design ble delvis strukturerte intervju (Thagaard, 2013), med en intervjuguide som inneholdt visse temaer. Noen intervjuer er helt åpne, hvor deltakeren forteller fritt- som i en åpen samtale, men for å holde fokus innenfor mine temaer, hadde jeg en guide med noen spørsmål. Samtidig var det viktig at deltakerne opplevde at det var rom for egne refleksjoner. Delvis strukturerte intervju holder fokuset, men med rom for en viss grad av små sidesprang. Når målet med metoden er å utforske erfaringer og opplevelser er det viktig med en viss grad av fleksibilitet. Egen bakgrunnskunnskap var til hjelp for utforming av spørsmål, men også for å kunne stille utdypende spørsmål. Intervjuguiden ble vurdert av veileder. (Se vedlegg nr.2) Temaene var:

- 1) Betydning av samspill- hvordan vektlegger de samspill

- 2) Kriterier for godt samspill- hva ser de etter
- 3) Veiledning på samspill- hvordan veileder de eller korrigerer
- 4) Dokumentasjon av samspillsobservasjoner- hvordan dokumenterer dem
- 5) Muligheter for tiltak/intervensjoner eller det som kommer inn under rammebetingelser for å utføre retningslinjene i helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2019).
- 6) Til slutt ble det åpnet opp for intervjupersonenes egne tanker om emnet, eller ønsker for tjenesten på dette feltet.

Intervjuene ble en dialog, der fleksibilitet var viktig for å la intervjupersonene komme med sine tanker (Thagaard, 2013). Egen evne til kommunikasjon og mentalisering var vesentlig, da interaksjonen mellom deltakeren og meg var viktig for resultatet. For at resultatet skal bli godt, bruker man seg selv som «instrument», som Thagaard skriver. Min evne til å være åpen, lyttende, undrende og trygg påvirker også deltakerne. Min måte å være tilstede på, var avgjørende. Med opptakeren mellom oss og kaffe i koppen, trengte jeg få, enkle stikkord i notatboka, dette for å være mest mulig tilstede for deltakeren som fortalte om sine erfaringer.

Etter første intervju ble transkriberingen sendt til veileder for eventuelle justeringer eller innspill på spørsmål, intervjumetode eller lignende. Dette for å se om noe kunne svare enda bedre på problemstillingen. Intervjuperioden var fleksibel. Jeg var ikke låst til et spesielt tidsrom. For å være fleksibel i prosessen med å rekruttere informanter, holdt jeg på med flere deler av forskningsprosessen samtidig. Dette var helt nødvendig, da det viste seg å være vanskelig å rekruttere deltakere til prosjektet.

Opplevelse av tillit, gjensidig respekt og likeverd er faktorer som var viktige for resultatet av et intervju. I denne studien ble intervjuene gjort i et kjent miljø, med «likemenn». Dette reduserer den sosiale forskjellen (Thagaard, 2013). Deltakerne ble intervjuet på deres egne kontorer på et klokkeslett som passet dem selv best. Det ble informert på forhånd om at dette var *deres* egne tanker og opplevelser. Kroppslige gester som smil og nikk, anerkjennende blikk ble forsøkt kommunisert for å oppnå en trygghet og felles forståelse. Det opplevdes som en lett og god tone, der deltakerne fortalte, mye fritt.

### 3.2 Utvalg og innsamling av data

Utvalget i studien var strategisk. Jeg hadde behov for helsesykepleiere med de egenskaper og kvalifikasjoner som var nødvendig i forhold til forskningsspørsmålet (Thagaard, 2013). Det ble foretrukket helsesykepleiere med arbeid og erfaring i kommunehelsetjenesten i helsestasjonsarbeid med 0-5 års programmet. Helsesykepleiere i dette arbeidet kunne bidra med dybdeinformasjon om det spesifikke temaet. De sitter på egne opplevelser av det komplekse fenomenet som utforskes. I en kvalitativ forskning får man dyptgående datamateriale som skal analyseres og tolkes. Derfor var det ikke mulig, med tanke på

prosjektets størrelse, å ha svært mange deltakere. Utvalget må likevel være stort nok til at man får et «metningspunkt» (Thagaard, 2013). Det vil si at ytterligere flere informanter ikke kommer med ny forståelse av det fenomenet som utforskes.

Det ble rettet en formell henvendelse med informasjon om temaet til fagansvarlige på respektive helsestasjoner i syv ulike kommuner. Fagansvarlig henvendte seg deretter til aktuelle helsesykepleiere i sin avdeling. De som var villige til å være med i prosjektet, gav tilbakemelding til henne, som opprettet kontakt mellom oss. Store, små og mellomstore kommuner ble valgt. Levekårsutfordringene skiller seg ikke vesentlig i disse kommunene, ifølge statistikk fra levekårsundersøkelsen (SSB, 2019). I et raskt overslag vil jeg anta at de kontaktede lederne har «tilgang» på minst 50 helsesykepleiere som ville passe inn i mine kriterier for å bli med på prosjektet.

Eksakt antall deltakere avhenger av hvor mange kategorier som skal beskrives. Et antall mellom 5-10 informanter ville være realistisk. Det viste seg imidlertid vanskelig å rekrutterer informanter. Veileder ble hele veien informert og vi så i felleskap at seks informanter ble målet. Jeg tok kontakt med en helsesykepleier i stipendiatstilling, i håp om at hun hadde et nettverk som ville generere kontakt. Heller ikke her fikk jeg respons. Tiden rant omsider ut og jeg ble nødt til å forholde meg til de fem jeg hadde fått. I gjennomsnitt hadde deltakerne 5,8 års erfaring som utdannet helsesykepleier. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 44 år.

I en periode der kommunesammenslåinger og endringer i stillinger var midt i en pågående prosess, opplevdes det som letteste utvei å si nei til prosjektet. Det ble sendt purring på mail etter to, tre uker. Deretter ringte jeg opp de respektive fagansvarlige. Noen av dem ba meg ta direkte kontakt med deres ansatte, da de vegret seg for å «påføre» dem merarbeid. Jeg tilbød meg å møte alle respektive deltakere på deres arbeidsplass, på deres kontor, for å lage minst mulig ekstra-arbeid for dem. Tidspunktet for intervjuene ble også foreslått av dem, slik at det skulle være den beste forutsetningen for tiden det måtte ta. Når kontakten med deltakerne var etablert, opplevdes imidlertid samarbeidet som svært positivt. Dette var et tema som ble kommentert som både viktig og spennende. Alle gav uttrykk for at de var interessert i resultatet. Rekrutteringen ble likevel en lang prosess som dro ut over flere måneder.

### 3.3 Analyse

Den muntlige samtalen som intervju er, skal transkriberes, analyseres, tolkes og uttrykkes i form av tekst. I kvalitativ forskning er systematikk og struktur vesentlig. Når kvalitative data skal tolkes og analyseres, må alternative løsninger holdes opp mot hverandre (Malterud, 2001, Thagaard, 2013 ). En muntlig samtale som skal bli til tekst kan miste noe av sitt meningsinnhold. Her har man som forsker et ansvar for at man best mulig kan ivareta det opprinnelige materialet (Elo & Kyngäs, 2008).



Analysen skal være «etterprøvbar» og mest mulig transparent, slik at andre kan gå den veien man har gått (Malterud, 2001). Som nybegynner i sykepleieforskning ble det brukt en innholdsanalyse etter Satu Elo og Helvi Kyngäs. Denne kvalitative innholdsanalysen systematiserer og beskriver dataene gjennom tre faser. Målet er å konkretisere funn i kategorier, som kan gi et system eller en modell av den kunnskap og innsikt som er funnet i prosjektet (Elo & Kyngäs, 2008).

### 3.3.1 Forberedelse

Lydopptaket av intervjuene ble transkribert, ord for ord. Gjennom transkriberingen sees at de åpne spørsmålene gir fyldig innhold med mange refleksjoner. Der deltakerne har lagt trykk på ord eller meninger er det skrevet med fet skrift eller utropstegn. I intervju der opplevelser, tanker og følelser er et ønsket innhold, er også gester som «sukk», pauser, latter og pust registrert i transkriberingen. Dette kan være med å forsterke meningsinnholdet i ordene. Dette betyr at både det manifeste og latente innholdet blir analysert (Elo & Kyngäs, 2008; Vaismoradi et al., 2013). Deretter ble transkriberingen avlest sammen med lydfilen, for å sjekke at ord eller gester ikke var utelatt. Etter dette arbeidet, ble intervjuene gjennomlest på nytt, for å få en slags oversikt. Hva snakkes det om, med hvilken innlevelse, stemning eller er det annet som blir sagt uten ord? Hvilken opplevelse får jeg? I dette arbeidet ble det skrevet ned notater, for ikke å miste opplevelsen av innholdet (Elo & Kyngäs, 2008).

### 3.3.2 Organisering av materialet

Alle fem intervjuene ble lagt inn i NVIVO12. Dette elektroniske analyseverktøyet var til stor hjelp for å organisere materialet. Hvert intervju ble så lest setning for setning, for å se om det var noe i hver enkelt setning som kunne gi mening og innlede til en kode. For ikke å skulle miste motivasjon, konsentrasjon eller fokus til noen av intervjuene, ble det viet en dag til hvert enkelt intervju.

Til sammen ble det 14 ulike koder der det ble vurdert at innholdet passet overens. Etter dette ble intervjuene lest enda en gang, for å se om noe kunne være utelatt. Ved å lese dem på nytt, en annen dag, kunne jeg sjekke om jeg var «enig» med meg selv. Til eksempel: ordet «vanskelig» har en betydning, men ble likevel vurdert i hvilken kontekst det ble sagt. Hvis ordet «vanskelig» ble sagt i forbindelse med samspill og, eller i forbindelse med veiledning, så ble det lagt i den respektive koden.

De ulike kodene tematiseres og deretter skapt hovedkategorier på bakgrunn av subkategori. Se tabell.1

<b>Råmateriale</b>	<b>Samme koder</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Hovedkategori</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeg kunne veldig godt hatt bedre tid på mange av konsultasjonene</li> <li>• «smørbrøddliste» som vi skal gjennom med all verdens.</li> <li>• Det er ikke tid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For liten tid på konsultasjonene</li> <li>• Mange oppgaver som skal gjennomføres</li> <li>• For liten tid</li> </ul>	For mange oppgaver på liten tid	Rammebetingelser
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Når jeg begynte her, så var det helt tilfeldig</li> <li>• små stillinger</li> <li>• vi to andre overlappet hverandre</li> <li>• fremdeles ikke fast</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilfeldig hvem som har oppfølgingen av familiene</li> <li>• Deltidsstillinger</li> <li>• Bytter på oppfølgingen</li> <li>• Ikke kontinuitet</li> </ul>	Lite kontinuitet i oppfølgingen på helsestasjonen	Rammebetingelser
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi hadde intro. kurs til ICDP, men ikke sertifisert.</li> <li>• En gjennomgang av ICDP</li> <li>• Videreutdanning på sped- og småbarns psykiske helse</li> <li>• Vi har fått litt gjennom de andre, sånn som COS, men det føler jeg meg ikke trygg på.</li> <li>• Trygghetssirkelen har jeg jo fått innføring i, men ikke i dybden, så jeg kan ikke si at jeg kan utføre det.</li> <li>• Jeg har COSP og nylig fått NBO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intro av ICDP</li> <li>• Gjennomgang av ICDP</li> <li>• Videreutdanning sped- og småbarns psykiske helse</li> <li>• Vært innom COS, men usikker</li> <li>• Innføring i COS, men usikker</li> <li>• Har COSP og NBO</li> </ul>	Ulik kompetanse på temaet	Rammebetingelser

Tabell 1. Eksempel på hvordan råmaterialet ble koder, subkategori og hovedkategori

### 3.3.3 Rapportering

Etter at funnene ble delt inn i koder og jeg fant noen kategorier, dannet jeg meg et bilde av en modell der resultatet presenteres. Se figur 1 i kapittel 4. Dette er i tråd med analysemetoden jeg har brukt (Elo & Kyngäs, 2008). I tillegg til figuren er resultatene presentert i subkategorier, generiske kategorier og en overordnet hovedkategori. Både manifeste og latent innhold blir presentert. I denne studien, som forsøkte å finne svar på erfaring, opplevelser og vurderinger, ble det viktig å presentere meningsinnhold som ikke bare var ord (Elo & Kyngäs, 2008).

### 3.4 Validitet

Prosjektets troverdighet beror seg i stor grad på hvordan man klarer å presentere en transparent oppgave, som gjør at du som leser kan vurdere både min og deltakers forståelse av det fenomenet som beskrives (Elo & Kyngäs, 2008; Thagaard, 2013). Som helsesykepleier i arbeid på helsestasjon er det klart at egen forforståelse kan påvirke prosjektet. Som forsker i eget felt, der empiriske data skal samles, er det fare for at man ikke er nøytral nok. Har jeg i noen grad lagt føringer eller signaler på hvilke svar jeg tror jeg får, eller har jeg stilt ledende spørsmål? Dette er viktige betraktninger for studiet. I intervjuguiden er det åpne spørsmål. Eksempler på dette er; «Hvordan vurderer du», «hva gjør du», «kan du fortelle litt», eller «hva tenker du om» (se vedlegg 2, Intervjuguide). Dette er viktig for nettopp å unngå føringer. Utfordringen med å forske i eget felt, er at man kan *tro* at man forstår hva deltakeren tenker på, eller prøver å forklare. Jeg ser ved noen anledninger der deltaker leter etter ord eller forklaringen, har *jeg* sagt det ordet jeg tror de leter etter. Da har de spontant respondert med et tydelig «JA», eller «TAKK». Jeg kunne likevel stilt et nytt åpent spørsmål for ikke å punktere svaret. Hvor en deltaker har prøvd å forklare et fenomen som ikke er åpenlyst, har jeg likevel flere ganger stilt oppfølgingsspørsmål som; «kan du gi eksempler», «hva tenker du på nå», «er det *dette* du mener» eller «hvordan gjør du det», for å få beskrivende data som ikke er avhengig av min tolkning. Prosjektets overførbarhet ut over denne enkelte studien, avhenger også av min tolkning av meningsinnhold, systematikk i analysen, i tillegg til at det blir åpent. Det er essensielt for troverdigheten og vurderingen om min studie kan gjelde i andre sammenhenger (Elo & Kyngäs, 2008; Thagaard, 2013; Vaismoradi et al., 2013). Satu Elo beskriver hvordan troverdigheten avhenger av hvordan de ulike prosessene gjennom forberedelse, organisering og rapportering er viktig (Elo et al., 2014). Her er derfor forsøkt å gi eksempler gjennom tabeller og figur, for å vise hvordan dataene er håndtert og vurdert.

### 3.5 Forskningsetiske vurderinger

Der mennesker møter mennesker involveres etikk. I denne studien, som involverer deltakere, skal forskningsetiske retningslinjer overholdes. Etske retningslinjer i forskning legger vekt på det moralske

prinsippet om respekt for menneskets privatliv, anonymisering og deres rett til å frivillig delta, eller når som helst i prosessen til å kunne trekke seg fra prosjektet (Thagaard, 2013). Dette har alle deltakere fått informasjon om på samtykkeerklæringen (se vedlegg nr.1). I denne studien ble fagpersoner intervjuet. Det er forskning på *helsetjenesten* og ikke på *helseopplysninger*. Studien er derfor ikke fremleggingspliktig for REK. Likevel inneholder intervjuer personopplysninger i form av stemmer på lydfiler som skal behandles konfidensielt. Studien måtte godkjennes av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste). Skjema ble sendt inn og vurdert av dem før jeg kunne starte min forskning (se vedlegg nr.3). Informert samtykke fra deltakerne ble innhentet. Det ble brukt NSDs samtykkeskjema. De som stiller seg som informanter har krav på at opplysningene holdes konfidensielt og at de destrueres etter at behandlingen er gjennomført (Thagaard, 2013). Transkriberingen av deltakerne er nummerert, slik at ingen navn eller adresser er registrert. Det samme gjelder for lydfilene. Det er også informert om hvor lenge materialet skal lagres før det destrueres. I resultatkapittelet hvor sitater er med, er det stipulerte navn, for å skille deltakerne, men uten at de indentifiseres. Konsekvensen av å delta i prosjektet vurderes som liten, da det er liten mulighet for gjenkjenning eller andre sensitive opplysninger. Det vil likevel være en subjektiv opplevelse av hvordan deltakerne selv opplever dette, hvordan de selv vurderer at de ble fremstilt i resultatet eller diskusjonen. Hvilke tanker de sitter igjen med etter deltakelsen er også en subjektiv opplevelse som jeg ikke kan ta fullstendig høyde for. Det kan ha opplevdes som en erfaring til berikende refleksjoner, men også til ettertanke og eventuelle mer ubehagelige følelser.

## 4.0 Funn

Kapittelet presenterer de funn som kom frem fra deltakerne gjennom intervjuene. Funnene er delt inn i subkategorier og generiske kategorier og viser i tabell 2 den overordnede hovedkategori fra studien. Første generiske kategori omhandler deltakernes oppfatning av samspillet betydning. Videre beskrivelser av observasjoner i samspillet med følgende *kriterier* av betydning i samspillet. Tredje generiske kategori omhandler deltakernes erfaringer med veiledning på samspill med subkategorier; relasjonens betydning, viktigheten av kontinuitet og den helsefremmende veiledningen for mestring av foreldrerollen.

Fjerde kategori beskriver deltakernes opplevelse av deres rammebetingelser for å gjøre samspillsvurderinger. Her er subkategoriene: Opplevelse av å skulle gjøre mange oppgaver på kort tid, opplevelser av et tyngende ansvar, helsesykepleiere har ulik kompetanse og kjenner en usikkerhet knyttet til egne vurderinger og til slutt helsesykepleiernes muligheter for tiltak der familiene trenger mer støtte enn det generelle helsestasjonsprogrammet eller der helsesykepleier er usikker på egne observasjoner. Femte kategori beskriver hvordan helsesykepleier opplever at det er vanskelig å dokumentere samspillet. Kategori seks sier noe om helsesykepleiers ønsker for tjenesten på feltet der lik kompetanse til helsesykepleierne og universelle tiltak er en subkategori. Til sist presenteres en modell av funnene som helhet, hvordan

helsesykepleierne opplever konsultasjonen på helsestasjonen med tanke på samspillsobservasjoner og veiledning på samspill.

Subkategorier	Generiske kategorier	Hovedkategori
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Betydningen av samspillet mellom barnet og deres omsorgsperson</li> </ul>	<b>«Barnets blikk» er det primære i helsesykepleieres observasjoner, vurderinger og veiledning på samspill</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kriterier i samspillet med barnet i fokus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helsesykepleier observerer samspill mellom barn og omsorgspersonen/e</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontinuitet mellom helsesykepleier og familiene er viktig, men varierer</li> <li>Helsesykepleier gir Helsefremmende veiledning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiledning på samspill er basert på en relasjon mellom helsesykepleier og omsorgsperson</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mange oppgaver på kort tid</li> <li>Tyngende ansvar</li> <li>Ulik kompetanse på samspill og tilknytning og usikkerhet knyttet til egne vurderinger</li> <li>Muligheter til tiltak for tettere oppfølging eller ved egen usikkerhet knyttet til observasjoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helsesykepleiers rammebetingelser for samspillsvurderinger</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjøres ulikt</li> <li>Vanskelig å vare korrekt og konkret</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentasjon av samspillsvurderingene er vanskelig</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lik kompetanse på samspill for alle helsesykepleiere</li> <li>Universelle tiltak på samspill til alle foreldre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helsesykepleiers ønsker for forbedring av tjenesten</li> </ul>	

**Tabell 2.** Subkategorier, generiske kategorier og hovedkategori som det primære i studiens funn.

## 4.1 Betydningen av samspillet mellom barnet og deres omsorgsperson

Samtlige deltakere i studien beskrev at observasjoner av samspill mellom barn og omsorgsperson er noe av det mest sentrale som skjer gjennom konsultasjonen. Selv om mange praktiske gjøremål skal gjennomgås, var dette det overordnede temaet, som en bakgrunn for det som ellers skjer. Sitert på denne måten fra tre av deltakerne:

«Helt overordnet synes jeg det er **helt** grunnleggende viktig, det er jo der man legger grunnlaget når de er bittesmå, så det er jo klart at det er kjempeviktig. (Anne)

«Det er vanskelig å si at det for eksempel er 50%, men jeg tenker samspill: det ligger bak der hele tiden». (Hanne)

Det er som om samspillet er det aller viktigste som skjer i møtet på helsestasjonen. Alle de praktiske oppgavene gjennomføres i lys av dem, kan det se ut til. En tredje deltaker svarte slik på spørsmål om hvor mye hun vektlegger samspillet i konsultasjonen:

«Veldig, veldig mye! Det er jo egentlig det alt dreier seg om». (Karen)

Et tydelig utsagn om at det som utspiller seg mellom barnet og deres omsorgsperson er kjernen i det som vurderes gjennom konsultasjonen på helsestasjonen.

## 4.2 Helsesykepleier observerer samspill mellom barn og omsorgspersonen/e

Samtlige deltakere beskrev hvordan de observerer, reflekterer og vurderer samspillet helt fra barnet kommer med omsorgspersonen sin på venterommet, men det ble også nevnt at hjemmebesøket; når barnet er nyfødt, er viktig. Avkledning, måling, veiing, vaksinerings, motorikk/lek på matta inne på kontoret, samtalen eller den fysiske kontakten på fanget. Alle disse praktiske handlingene og situasjonene som foregår 30 minutter hos helsesykepleier gir grunnlag for samspillsobservasjoner. Tilrettelagt- bevisst eller ubevisst fra deltakerne, gir det mulighet for å se barnet og omsorgspersonen i en stressende situasjon som for eksempel en vaksinasjon. Noen forklarte hvordan de bevisst legger til rette for at det skal skje noe mellom barnet og omsorgspersonen, mens noen sa at det ikke er så bevisst, men gjennom alle aktivitetene som skjer, så blir det samspill som kan observeres.

### 4.2.1 Kriterier i samspillet med barnet i fokus

Alle deltakerne beskrev hvordan de observerer og vurderer barnet og omsorgspersonen ut fra barnets alder, men også at de hadde barnets perspektiv i hovedfokus. De brukte av hele sin erfaring fra

helsestasjonstjenesten til å beskrive hva de ser etter. Alle beskrev at de ser på *barnet* og ikke bare hva foreldrene gjør:

«Veldig ofte når vi snakker om samspill, synes jeg vi fokuserer på hva foreldrene gjør, sier eller hvordan de er og toner seg inn. Vi må se på barnet og hvordan det reagerer». (Sissel)

«Jeg ser hvordan foreldrene/ omsorgspersonen er og hvordan de går barnet i møte, men det aller meste er hvordan *barnet* reagerer; er det forventninger i blikket? Det ser du veldig fort. (Karen)

«Responsen fra barnet, avhengig av alderen da selvfølgelig, men jeg vil gjerne se at de har litt forventninger i blikket. Hvis jeg kommer for nært på, uansett alderen; at barnet snur seg, eller søker blikket til omsorgspersonen, at de bruker foreldrene bevisst for å trygge seg». (Hilde)

På spørsmål om hva de konkret ser etter, ble det nevnt mange kriterier av alle helsesykepleierne; Småprat, pludring, turtaking, blikk, smil, gjensidig glede, forventninger, støtte til utforskning, trøst, mimikk og om dialogen mellom barnet og omsorgspersonen virker naturlig og kjærlig. Hvordan snakker de *til* eller *om* barnet og den *fysiske* kontakten mellom dem, blant annet;

«hvordan håndterer de barnet; er det mykt og kjærlig, er det prat, smil og kos underveis.» (Anne)

«kroppsspråk, blikk, stemmebruk, om de på en måte er glad for å være i samspillet og om barnet kan gjengjelde det, om de kommer til foreldrene- finner de ro når de kommer på fanget?» (Sissel)

Det kan se ut til at det er mange fellesnevner for det som vurderes som bra og ønskelig i et samspill av god kvalitet. Alle nevnte *blikket*, men ikke hva de vurderer i blikket. Kanskje er det en opplevelse av en helt spesiell kontakt mellom barnet og omsorgspersonen. Alle nevnte at de legger merke til hvordan omsorgspersonen *benevner* barnet sitt. Det kan virke som deltakerne legger stor vekt på hva omsorgspersonen tenker *om* barnet sitt og deres egenskaper.

«At en er obs på at de benevner dem med positive merkelapper, for hvis de begynner å benevne dem med negative merkelapper veldig tidlig, så tenker jeg; det bør man utforske litt, hva det handler om». (Sissel)

Kunnskap om at omsorgspersonens tanker om barnet kan påvirker deres relasjon er også nevnt på denne måten:

«Og det er jo noen ganger foreldrene legger mye i det ungene gjør og sier. Og at en da prøver å undre seg litt sammen med dem; ja, tror du han klarer å forstå det enda?». (Hanne)

Dette kan bety at deltakeren forstår behovet bak adferden til barnet, mer enn at det er en egenskap i barnet. En betydningsfull faktor for å forebygge negative mønstre. Det oppleves som deltakerne var

tydelige på hva de ser etter av positive kriterier i et godt samspill. At det skal oppleves kjærlig og varmt. Når noe oppleves som mindre positivt i samspillet, kan det virke som språket for dette er vanskeligere. Alle deltakerne nevnte at noe av og til er «strev», noe som «skurrer», eller at man får en «magefølelse». Tre ulike deltakere benevnte det slik;

«Det er jo litt vanskelig å si konkret, man får jo ofte en magefølelse som er vanskelig å beskrive helt med ord». (Anne)

Det er som deltakerne mangler ordene for det dem opplever, kjenner på kroppen, ser eller vurderer. Neste deltaker sa følgende om det som benevnes som «strev»:

«Hvis på en måte barnet strever med motorikk og det på en måte er flere ting, trøbbel med mat, veldig urolig, ja at det generelt er dårlig regulert, at de strever med regulering generelt på en måte, så tenker jeg jo at da begynner man å bli ganske bekymret». (Sissel)

«Hvis der er litt strev, så forsøker man å sette opp litt ekstra konsultasjoner, ikke sant». (Anne)

Det ble likevel nevnt noen negative kriterier som gir grunnlag for risiko som «lite kommunikasjon», «lite prat», «prater *over* barnet og ikke *til* barnet», «kommanderende foreldre» eller «avflatet/deprimert mor» og å benevne barnet med «negative merkelapper».

Språket ser ut til å bli vurdert som viktig. Det verbale språket fra omsorgsperson til barnet kan for meg se ut til å si noe om omsorgspersonens evne til sensitivitet, inntonning, mentalisering og deres psykiske helse. Uten at *deltakerne* brukte disse ordene kan det se ut til at hun vurderer en «totalpakke», nærmest som en *opplevelse* av hvordan konsultasjonene har vært, vurdert på et skjønn, over tid -der det har vært faktorer som kan ha negativ innvirkning for tilknytningen. Alle nevnte at det de ser *over tid* har mest betydning. Tre av dem siterer det slik, når de blir spurt om hvordan de vurderer det som evt. kan være negativt i samspillet;

«Det er ofte totalpakka en ser på. Det henger jo sammen. Hvis ikke samspillet er optimalt, så kan de jo bli forsinket i motorikken også». (Sissel)

De innehar en utvidet forståelse av barns utvikling hvor omsorgen har innvirkning på alle deler av barns utvikling, men at det er mer enn *en* observasjon som er viktig;

«Det kan alltid være et engangstilfelle». (Hilde)

«Hvis jeg ser et mønster». (Hanne)

Alle nevnte at de kan ta barnet og omsorgspersonen/e inn til ekstra konsultasjoner hvis de er usikre, eller har behov for å se dem hyppigere for å få et bedre grunnlag for sin vurdering. Det kan se ut til at en helsesykepleier må kunne både puste med magen og skynde seg langsomt. Alle nevnte at de vil se dem



over tid for å gjøre en mest mulig riktig vurdering. Barnet og deres omsorgsperson kan ha dager hvor man ikke får det helt til. Alle fem er inne på at det er et øyeblikks bilde man ser dem i konsultasjonene, men hvis det er faktorer i samspillet som gjentar seg, så blir det tatt opp med foreldrene:

«Noen ganger er det kanskje en helt konkret situasjon hvor mor sier noe hvor jeg tenker: «det var kanskje litt dumt å si».. men så tenker jeg: ALLE sier jo av og til dumme ting sånn som bare kommer ut litt feil, om det kommer en sånn kommentar. Så skal jeg nødvendigvis rippe opp i det og si at «dette synes jeg var dumt»? Og så kom det kanskje bare ut litt feil. Men en prøver jo å se hele pakka, sånn at hvis det er gjentakende, at det kommer litt sånne ting som kan gjøre at barnet blir lei seg eller såret- så må man jo si noe». (Hilde)

Jeg ser at alle nevnte mange små faktorer som danner grunnlag for et større bilde, som altså vurderes over tid. Det oppleves som om deltakerne selv har evne til å sette seg inn i foreldrenes situasjon. De er oppmerksomme på at alle kan ha dårlige dager, de kan være stresset eller slitne og de blir observert i et øyeblikksbilde som ikke kan gi raske konklusjoner.

### 4.3 Veiledning på samspill er basert på en relasjon mellom helsesykepleier og omsorgsperson

Deltakerne fortalte at de brukte veiledning aktivt i konsultasjon med barnet og deres omsorgsperson. De fortalte også hva de opplevde som viktig for å få dette til på en god måte.

#### 4.3.1 Relasjonens betydning for god veiledning

Alle deltakerne vektla først og fremst relasjonens betydning for veiledningen. For å kunne veilede omsorgspersonene, nevnte de at det må være en trygghet og en tillit mellom helsesykepleier og omsorgspersonene og ikke minst kontinuitet. Alle fem hadde hver sine sitater på akkurat dette punktet:

«Det er utrolig mye enklere å veilede de man kjenner at man har en god relasjon til og kan snakke mer med i en samtale». (Hanne)

«Der man følger dem tett helt fra hjemmebesøket og man har de over to, tre år, det er jo lettere der». (Anne)

På spørsmål om relasjonens betydning svarte en tredje helsesykepleier:

«Jo, jeg tror det har alt å si- hun (mor)sa bare at; «jeg vil bare til deg», og hun sa at; «du er bare vår trygghet» og da følte jeg bare jøss, men da tenker jeg at jeg virkelig gjorde en innsats for at de skulle føle det sånn, og da følte jeg at det funket. (Karen)

Den fjerde sa det på denne måten:

«Jeg tenker den er kjempeviktig. Kjempe, kjempeviktig. Kontinuitet og at de blir kjent med oss. At de er trygge og at det den samme (helsesykepleieren). At ikke de må gå til mange forskjellige.

(Sissel)

Den femte og siste nevnte mye av det samme som også inneholder noe av kjernen i en god relasjon som er viktig for vellykket veiledning på det som kan være utfordrende:

«Ja, det skal være trygt å komme på helsestasjonen, trygt og greit og vi skal på en måte forsøke å møte dem på en god måte. Og vi skal vise at vi vil dem vel. DET tenker jeg på en måte er det viktigste. Spesielt med dem som kanskje strever litt. SÅ tenker jeg hvis vi kanskje tar en ekstra telefon, eller.. ja, viser det lille ekstra, så tenker jeg kanskje at det kan hjelpe til slik at de tør å si litt mer om hva de strever med». (Hilde)

Det er tydelig at intervjupersonen her ønsker å bygge opp en tett og god kontakt for å komme i best mulig posisjon til å hjelpe.

#### 4.3.2 Kontinuitet mellom helsesykepleier og familiene er viktig, men varierer

Det var imidlertid sprik i hvordan deltakerne opplevde kontinuitet på eget tjenestested i oppfølgingen av barnet og deres omsorgsperson. Tre av de fem opplevde at de hadde god kontinuitet og fulgte «sine» familier. Alle deltakerne ønsket at det skulle være kontinuitet i oppfølgingen for nettopp relasjonens del, men også for å ha best mulig grunnlag til å gjøre gode vurderinger av de samspillsobservasjonene de har gjort. To av deltakerne fortalte at kontinuitet var en utfordring.

«Men vi har jo veldig ofte konsultasjoner for andre (kolleger), for vi har mye sykdom. Jeg tenker at det er viktig å holde dem over tid og at man blir kjent med dem. Det er vanskelig å observere når man ikke kjenner dem og bare tar over (for en annen helsesykepleier). Det skjer ganske ofte her, og det føler jeg ikke alltid ledelsen har forståelse for, at kontinuitet er så viktig- å faktisk bygge et bånd til dem». (Anne)

Den andre deltakeren nevnte den mangelfulle kontinuiteten slik:

«Da jeg begynte her var det helt tilfeldig, vi har blitt bedre, men det er fortsatt ikke fast. I den forrige kommunen jeg jobbet var det helt låst. Da hadde jeg «mine» barn. Det har vært noe jeg har savnet hele tiden her. Jeg tenker vi mister noe- det å bli kjent med foreldrene. Når de treffer de samme hver gang, så er det mye lettere å ta opp vanskelige temaer. I stedet for å måtte begynne litt på nytt hver gang». (Hilde)

Det kan bekrefte det som ble nevnt som viktig for relasjonen med familiene. Det blir en slags utilstrekkelighet for helsesykepleier og en avstand mellom henne og familiene som gjør det vanskeligere å ta opp det som kan være utfordrende. Det kan se ut til at det også gjør det vanskeligere å ta grundige vurderinger av samspillsobservasjoner. Det kan se ut til at dette gjør tjenesten svakere faglig sett. Det blir mer sårbart med både relasjonen og observasjoner. Det ble nevnt av deltakerne at man bare ser familiene i et øyeblikks bilde. Hvis dette pulveriseres ytterligere fra tjenestens side, kan det bli vanskelig å gjøre gode vurderinger.

Det oppleves som deltakerne hadde et genuint ønske om å få omsorgspersonene til å slappe av, være åpne, uredde og å føle seg trygge. Det er som helsesykepleierne er for omsorgspersonene det de ønsker at omsorgspersonene skal være for barnet sitt.

#### 4.3.3 Helsesykepleier gir helsefremmende veiledning

Alle deltakerne i prosjektet var inne på mange ulike elementer som inngår i veiledning. De nevnte Informasjon, rollemodell, «positiv forsterkning», demonstrasjon, undring til større forståelse, og at alt dette vekslet avhengig av situasjon, hvem de snakket med og alvorlighetsgrad av det som blir observert. De fortalte at de fortløpende vurderte hvilken form for veiledning som best burde brukes til hvem. To av deltakerne fortalte:

«Alt etter som hvem man snakker med og hvor er de i forhold til hva de kan ta inn». (Hanne)

«Av og til må en være litt forsiktig også på en måte.. det beste er liksom hvis de kan finne ut av det selv, men at en kan stille litt lure spørsmål. At de kan gjøre noen oppdagelser selv. Så ikke vi blir belærende». (Hilde)

Dette sitatet viser en ydmyk fremtoning i veiledningen.. En annen deltaker nevnte en annen måte å komme frem til samspillsveiledning:

«Jeg prøver å spørre foreldrene; «synes dere denne situasjonen er vanskelig? Er det utfordrende når barnet slår seg vrang, eller når det bare vil opp, eller føles det invaderende?». At en kan spør dem om de opplever å ha noen utfordringer *selv* og om de kjenner at dette er vanskelig selv. Og hvis de synes det, så er jo alt veldig mye enklere. Da er det jo mye enklere å veilede «. (Karen)

Dette sier noe om deltakernes forståelse av at man må spille på lag med omsorgspersonene og at de selv må finne, erkjenne eller si noe om det som er utfordrende. Det kan være vanskelig å veilede på tema som ikke er i omsorgspersonenes fokus, men utforske hva som ligger bak, stille spørsmål- våge å utfordre foreldrene også. Alle deltakerne fortalte at de stiller spørsmål som utgangspunkt for å komme i posisjon til å veilede. For å utforske og for å få omsorgspersonene selv til å hente frem det som utfordrer.

Alle deltakerne sa at de benevner eller forsterker det positive de ser i samspillet. De setter ord på det positive som observeres og håper at foreldrene fortsetter å gjøre mer av det gode:

«Jeg regner med det er med de voksne som det er med barn; det du fokuserer på, det får du mer av, hehe! Det styrker dem når jeg sier positive ting de gjør med barnet sitt, så tenker jeg at det må de fleste oppfatte som en god ting». (Hilde)

En annen deltaker nevnte noe av essensen i dette helsefremmende arbeidet på helsestasjonen på denne måten:

«Så tenker jeg at når de går ut herfra så skal de tenke at de er gode, på en måte. Ja. De skal ikke gå ut fra helsestasjonen å tenke at «dette fikser jeg ikke». De skal gå ut å tenke at «ja, jeg er faktisk ekspert på mitt barn. Jeg tenker at det er den viktigste jobben vi gjør- alle får til noe. Det er sjeldent det er noen som ikke får til noen ting». (Hanne)

Hun har troen på omsorgspersonenes egenmestring og gir støtte til den jobben som gjøres. Deltakeren ønsket virkelig å løfte familiene. Veiledning på samspill ser også ut til å bli «bakt» inn i det som foregår i konsultasjonen på helsestasjonen, av samme grunn som all veiledning er; å komme frem til ny kunnskap og å ta gode valg for seg og sin families helse:

«Hvis barnet ser på meg og noe blir litt utrygt og går tilbake mot mor, så prøver en å si at «nå trengte han bare å finne ut at dette er ok». (Hilde)

Dette kan vise at deltakeren har kunnskap om barnets utvikling og tilknytningsadferd, og bruker den konkrete situasjonen til å fortolke barnets adferd overfor omsorgspersonen. Dette er veiledning på samspill som kan gi ny forståelse til omsorgspersonene. Her er et nytt eksempel på dette:

«Hvis en (omsorgsperson) sier at; «årh, han har blitt så skeptisk til fremmede når vi kommer til en ny plass, han vil ingenting.» Så kan man snakke om hva som er lurt å gjøre». (Hanne)

Her er det også konkrete situasjoner som blir tatt tak i der og da. Deltakeren hadde også her en større forståelse for barnets adferd som kan gi omsorgspersonen ny innsikt.

Som nevnt innledningsvis, er det beskrevet i de nasjonalfaglige retningslinjene for helsestasjonstjenesten at helsesykepleier skal korrigere for uønsket eller dårlig samspill, men ikke hvordan. Det kan se ut til at korrigerende er et begrep som ikke oppleves så positivt av deltakerne:

«Det å korrigere- det er ikke å så lett. Det blir litt pekefinger. Jeg tenker at de burde skrive det på en annen måte (retningslinjene). Men jeg skjønner hva de mener med det, og jeg skjønner jo at det er viktig på en måte- Det er jo en «tidlig inn- tanke», at en skal ta tak i det lille før det blir for stort- før det blir uhelse i det. Og det er klart en gjør det, men jeg vil ikke bruke ordet «korrigere».

(Hanne)

Det kan se ut til at flere av deltakerne ikke likte korreksjon, at det virket litt for autoritært, kanskje? Eller ovenfra og ned, og belærende. Det kan se ut til at deltakerne også i denne situasjonen hadde en litt mer ydmyk tilnærming der samspillet kunne være uheldig for barnet:

«Jeg pleier ikke si så mye; kanskje du bør gjøre sånn eller sånn (...) Man kan heller snakke om det etterpå, eller neste gang, hvis det var noe som ble vanskelig, eller at det tok lang tid før barnet roet seg. Veldig sjeldent at jeg korrigerer eller «retter» på foreldrene». (Hanne)

En annen deltaker sa det på denne måten:

«Korrigerer-Ja, nei, min tanke er jo at jeg på en måte prøver å undre meg litt, men det kan godt være at jeg er litt for forsiktig med det. Kanskje jeg gjemmer meg litt bak det der at jeg skal løfte frem det som er bra. Og så skyver jeg litt vekk det som er vanskelig. At jeg ikke tar tak i det alltid. Men ja.. em.. Jeg synes det kan være vanskelig. Ja, jeg korrigerer nok lite, tror jeg. Det er nok ikke min stil med direkte korrigerer». (Hilde)

Også her blir det synlig at det er lettere å ta tak i det positive og at deltakeren synes det er vanskelig å sette ord på, eller å ta opp det negative på «direkten». Det kan se ut til at balansen mellom å styrke det positive, bygge trygge relasjoner med tillitt, og samtidig utfordre på det som er vanskelig er tynn som en knivsegg. Det nevnes *rollemodell*, vise eksempler eller *alternativer* til det som er mindre bra i tillegg til å undre seg sammen med omsorgspersonene og stille spørsmål som kan gi større forståelse.

Deltakerne sa imidlertid noe om viktigheten av å gjøre omsorgspersonene oppmerksomme på samspillet betydning helt fra barnet er nyfødt:

«Jeg forsøker alltid å vise det helt tidlig, tidlig på hjemmebesøk eller når de kommer på den første vektkontrollen, at man på en måte går litt gjennom det (samspill og betydningen av det)». (Anne)

Det ble nevnt at de prøver å gjøre omsorgspersonene oppmerksomme på deres egen kommunikasjon og samtale med barnet som har stor betydning:

«Jeg snakker også om viktigheten av å snakke med dem helt fra de er bittesmå». (Sissel)

Og til slutt en ærlig beskrivelse fra den mest erfarne av deltakerne, hvor viktig samspillet er, hvor stor betydning det har og hvor store konsekvenser det kan få dersom man ikke våger, forstår eller tar tak i det man ser;

«Ja, det er avgjørende for videre helse til barnet og fungering rett og slett i alle sammenhenger. Og jeg ser bare, helt med hånden på hjertet, hvis jeg hadde gått inn i tidlig, tatt på alvor eller tatt litt

mer fatt i, selvfølgelig må foreldrene også være på banen hvis det skal fungere, men jeg ser at mye kunne kanskje vært unngått i skolen». (Karen)

Et sterkt utsagn som kan være med å tydeliggjøre hvor essensielt viktig den første tiden er for barnet og hvor viktig samspillet kvalitet er for utviklingen. Et utsagn som tydeliggjør viktigheten av veiledning på samspill for å gi omsorgspersonene en større forståelse.

#### 4.4 Helseysykepleiers rammebetingelser for samspillsvurderinger

Her kom det frem egne opplevelser og erfaringer av å stå i den jobben som skal gjøres i konsultasjonen på helsestasjonen. Helseysykepleiers kontekst må løftes frem for å vurdere den muligheten de har til å gjøre den jobben som retningslinjene ber dem om. Her formidlet deltakerne noen egen-opplevde utfordringer.

##### 4.4.1 Helseysykepleier har mange oppgaver på kort tid

Samtlige deltakere sa noe om rammebetingelsene for å gjøre jobben sin. Alle nevnte at det er mange temaer og konkrete oppgaver som skal gjennomgås på 30 minutter, som er den mest vanlige rammen for en konsultasjon på helsestasjonen. Flere nevnte ordet «smørbrøddliste» for å beskrive alle temaer som skal belyses. Barnet skal kles av, måles og veies, vekstkurven skal vises og forklares og på seks av konsultasjonene i løpet av de 15 første levemånedene til barnet, skal det vaksineres med injeksjoner, og/eller oral vaksine. Observasjoner, handlinger og målinger fra den aktuelle konsultasjonen skal dokumenteres i elektronisk journal innen de samme 30 minuttene. Samtlige deltakere nevnte at dette er krevende å rekke. En av deltakerne sa det på denne måten;

«Jeg kunne veldig godt hatt bedre tid på mange av konsultasjonene. Vi har jo ei «smørbrøddliste» som vi skal gjennom -med all verdens. Når de kommer her og de 30 minuttene har begynt, så sitter de i sofaen med barnet påkledd. Nei det er for snaut med tid. Da skal vi først kle av, veie og måle, så er barnet kanskje litt trøtt og så skal vi pludre litt og prøve å gjøre dette på en grei måte, og før vi er ferdig med det har det gått ti minutter av den halvtimen. Og så skal vi spør om søvn, mat, motorikk, samspill, ja.. Det sier seg litt selv at det er snaut med tid. Strengt tatt så skal du vel rekke å skrive også ilt de 30 minuttene. Det er jo ikke optimalt». (Hilde)

En annen deltaker beskrev utfordring i forhold til å få til samspillsveiledning;

«Tid! Tid tenker jeg er første faktor. Absolutt. Spesielt hvis jeg tenker at det er noe som skurrer. Fordi da tenker jeg at tid er hovedfaktoren for å komme videre i å utforske: Er det nok med noen ekstra konsultasjoner eller må de henvises videre til sped- og småbarns-teamet?» (Sissel)

En tredje deltaker beskrev det på denne måten;

«Det er ikke alltid at det er rom for det (veiledning på samspill). Jeg føler noen ganger nå at det har blitt mer oppgaver, og da blir det sånn at en må hanke seg litt inn også. Det er alle disse skjemaene og huke av- og nå har vi dette «God omsorg», eller vi har flere bokstaver; «BTI» – bedre tverrfaglig innsats. Og så har vi det andre, som står helt stille for meg nå, men det føler jeg er mer kartlegging for kommunen sin del da, levevilkår og slike ting som vi skal være pilot for. Og da blir det veldig mange skjema som vi skal gå igjennom. Så det er mange ting som tar fokuset vekk i fra samspillet. Og det er det flere som sier, at en må ha litt fokus på det. Men vi har det i vårt dataprogram; at du skal gå inn og sjekke hva du har gjort, og der står det «samspill». (Karen)

Det sier en hel del om hvor «spekket» disse 30 minuttene er. En kan spørre seg hvor gode rammebetingelsene er for å gjøre en jobb av god kvalitet. Her ser det nesten ut som kvantitet er det viktigste, hvis deltakeren er mest opptatt av å krysse ut riktig rubrikk i alle skjemaene.

«En burde nok vært enda flinkere .... Det burde sikkert vært enda mer fokus oppe. Men det er jo en ganske lang smørbrødtype en skal gjennom. Og alt er jo like viktig». (Sissel)

Noen brukte latter som forsterket betydningen av hvor mange oppgaver som skulle «klemmes» inn i hver konsultasjon:

«Det er jo ikke så lett hvis du har mange andre ting med alle disse brosjyrene du skal gå gjennom, hehe. Det er ikke tid, hehe ... Det er ikke tid». (Hanne)

Latteren gir en følelse av at det er umulig å komme i mål, som om sjekklisten av oppgaver står i veien for å «tenke selv» om hva som ville vært riktig akkurat der og da. Som om den «optimale» konsultasjonen er langt fra virkeligheten.

#### 4.4.2 Helsesykepleier opplever samspillsvurderingene som et tyngende ansvar

Deltakerne fortalte hvordan det oppleves, rent emosjonelt å gjøre observasjoner, veiledning, vurderinger og dokumentasjon. Alle brukte ordet «vanskelig» eller «ikke så lett» på hvordan de opplever arbeidsoppgaven sin i hver konsultasjon på helsestasjonen. Et tydelig tidspress preget alle deltakerne. Det oppleves som de tar ansvaret alvorlig og ønsker å gjøre sitt aller beste hver gang. Et indre stress kan se ut til å påvirke dem. Det er tydelig at deltakerne kjenner på ansvaret sitt;

«Jeg tenker at; det ligger mye ansvar på det, i forhold til hvor lite vi ser dem i TID». (Hanne)

Når dataene er gjennomgått og alle gester, eller lyder er gjennomgått, ser jeg også at det er tunge pust, tenkepauser, latter- som ironi, ord som «ja, nei- hva gjør jeg ...» Som forsterker opplevelsen av at deltakerne står i noe vanskelig eller krevende. Den mest erfarne helsesykepleieren beskrev ansvarsfølelsen slik:

«Det er omtrent så jeg ikke kan sove noen ganger på natten». (Karen)

Ansaret med individuelle vurderinger fra observasjoner, men ikke minst det å ta beslutninger i forhold til det som er observert, kan virke overveldende. Helsesykepleier sitter alene i konsultasjoner og er selv ansvarlig for å vurdere det som utspiller seg over tid mellom barn og omsorgspersonen/e. Det kan se ut til at det er vanskelig å stole på egne observasjoner og egen kunnskap. Frykten for å ta feil, ikke være tilstrekkelig god nok eller å gå glipp av betydningsfulle faktorer ser ut til å være en fellesnevner for Deltakerne. Tre av deltakerne beskrev det på denne måten da de gav uttrykk for at det var utfordrende å vurdere samspillet:

«Jeg tenker ofte: hva er det som glipper, for det er mange ting. Du skal vaksinere, du skal se på kurvene, du skal gjøre så mange konkrete ting og så tenker jeg noen ganger: hva er det jeg ikke får med meg? At noen glipper innimellom, det tror jeg- for det er mange ting. Så plutselig; Åi, det var noe jeg overså». (Karen)

«Jeg tenker at det er vanskelig mange ganger, det kan være kjempevanskelig det der». (Sissel)

Press på tid, med samvittighet for å gjennomføre alle pålagte oppgaver kan se ut til å sette helsesykepleier i en utfordrende situasjon. Ansaret for å gjennomføre konkrete handlinger, samtidig som hun skal observere, vurdere og være en god veileder på samspill synes tydelig å være svært krevende.

#### 4.4.3 Helsesykepleiere har ulik kompetanse på samspill og tilknytning og opplever i tillegg en usikkerhet knyttet til egne vurderinger

Alle deltakerne fortalte innledningsvis om sin erfaring, sin utdanning og eventuelle kurs eller videreutdanninger innen samspill og tilknytning. Her er det noen forskjeller.

Som nevnt innledningsvis i oppgaven, er det et nasjonalt fokus på helsefremming med en «tidlig inn», tanke. Det er mange helsesykepleiere som får kurs eller utdanninger som sertifiserer dem til å kunne drive en spesiell form for veiledning. Likevel viser mitt prosjekt at her er det stor forskjell. Når funnene i prosjektet gjennomgås, oppleves det i alle delene at det lever en slags usikkerhet. Om det tilfeldigvis er et personlighetstrekk hos alle informantene vites ikke, men sannsynligheten for at mange av



arbeidsoppgavene er vanskelige er kanskje større. Opplevelsen av å være trygg på at man gjør de riktige vurderingene er tidvis fraværende:

«Det er jo øynene som ser, absolutt. Det er jo ikke sikkert at det jeg tenker er riktig». (Karen)

«Tenker at en kunne alltid gjort mer. En er aldri i mål. Men det er ikke alltid så lett.» (Hanne)

Rammebetingelsene er vesentlige. Hva er utgangspunktet for jobben som skal gjøres? To av deltakerne fortalte at de gjør sitt beste, men opplever det likevel usikkert. Bekymringen for å ta feil, tvil på egne beslutninger eller opplevelsen av å ikke strekke til blir fremtredende. Hvordan dette vil påvirke tjenesten kan man jo undre seg over. To andre deltakere beskrev sin rolle med tanke på samspillsvurderinger slik:

«Prøver vertfall. Ikke alltid jeg får det til».(Hilde)

«Min rolle blir kanskje å oppdage, sende de videre og hjelpe litt de «lette», på en måte». (Sissel)

Når det gjelder kommentaren om å «oppdage», så blir kompetanse og *språket* for det man observerer vesentlig. Ingen av deltakerne har spesifikke kartleggingsverktøy eller strategier fra arbeidsplassen for å vurdere samspillet, men to deltakerne hadde et nyttig og praktisk «kunnskaps-redskap» som var til hjelp i hverdagen og den ene deltakeren forklarte:

«Spesielt i forhold til NBO; det er jo egentlig en veldig fin ting som jeg har med meg, det er en veldig fin måte å samle, sette det (observasjonene) i system. For det er mange som vi legger merke til og veileder, men dette er noe konkret å gå igjennom, og det er jeg veldig fornøyd med at vi har fått». (Karen)

Her gir hun eksempel på at det finnes et nyttig verktøy for å gå gjennom samspillsveiledning med omsorgspersonene. Det kan likevel synes litt tilfeldig hvem som har denne kompetansen og hvem som ikke har det. I dette prosjektet er det to av fem, men om alle kollegene på de respektive plassene har den samme kompetansen vites ikke. Den andre deltakeren som hadde NBO fortalte hvordan verktøyet ikke ble brukt konsekvent:

«Men nå siste måned har jeg ikke fått gjort en eneste en (NBO). Det har vært alt for travelt. (Hilde)

Det kan se ut til at det ikke er en felles plattform, lik metode eller lik kompetanse på den jobben som skal gjennomføres i konsultasjonen hos helsesykepleier på helsestasjonen eller på hjemmebesøket.

#### 4.4.4 Helseyskepleiers muligheter til tiltak når familiene har behov for tettere oppfølging eller ved egen usikkerhet knyttet til observasjoner

Deltakerne i prosjektet fortalte at de ser etter et mønster, etter noe som er gjentakende eller vedvarer over tid, før de eventuelt gjør seg opp en tydelig mening om utfordringer i samspillet. De fortalte litt om hvilke muligheter de hadde til tiltak eller oppfølging.

«Det hender at jeg kaller inn litt kjappere enn helsestasjonsprogrammet, for å følge litt tettere; er bekymringen min reel, er dette noe som vedvarer». (Sissel)

Det ser ut til at deltakeren vil utforske, støtte og skaffe seg enda bedre grunnlag for vurderingene hun gjør med tanke på hva familiene strever med. En annen deltaker fortalte hva hun gjorde hvis hun var usikker på egne vurderinger og veien videre:

«Ja, hva gjør jeg da. Jeg pleier ofte å snakke med noen andre, litt kollegaveiledning». (Anne)

Deltakeren fortalte at hun løfter frem det som er vanskelig. Kollegaers innspill eller veiledning kan være til nytte for at deltakeren selv skal få en ny forståelse av hva som er utfordringen. To andre deltakere trekker frem lavterskeltilbud i kommunen som viktig støtte til helsestasjonen;

«Vi er så heldige at vi har Familiesenteret her i tilknytning til oss, og da er vi raske til å henvise i forhold til samspillsveiledning. Og tilby COS veiledning, individuelt. Så der er vi superheldige som har dem». (Karen)

En annen deltaker beskrev et gruppetilbud om COS som fantes i hennes kommune, men sitatet hennes sier også noe om at hun har vurdert enkelte familier;

«Det trenger ikke være noe galt for at de skal ønske COS-kurs. Det er for alle som vil, men det er jo alltid noen som jeg tenker: «de vil jeg spør»». (Hilde)

Uten at hun sa *hva* hun hadde sett eller vurdert, har hun kanskje fått en opplevelse, gjort noen observasjoner eller fått en bekymring om at noen av familiene trenger «litt ekstra». En fjerde deltaker fortalte også at hun hadde mulighet til å kalle inn familier litt hyppigere enn det ordinære programmet, men at lokalt lavterskeltilbud var viktig for videre arbeid:

«Men hvis vi ser at dette blir oppfølging over tid, så sender vi det til familiesenteret». (Hanne)

Alle deltakerne sa noe om hva de kunne gjøre hvis noe var utfordrende eller hvis familiene ønsket ytterligere hjelp. Likevel er språket her svakt, altså; jeg opplever at jeg ikke får tak på hvilke vurderinger de

egentlig har gjort som gjør at de tilbyr ekstra oppfølging, henviser familiesenter, familieveiledere eller COS-kurs. Det er som om dette også er vanskelig å sette ord på, men det er en totalopplevelse for deltakerne.

#### 4.5 Helseyskepleier opplever dokumentasjon av samspillsvurderingene som vanskelig

For å utforske språket som brukes om samspillsvurderingene ytterligere, ble alle deltakerne spurt om hvordan de helt konkret dokumenterer samspillet i barnets journal etter en konsultasjon. Her ser jeg forskjeller i tillegg til at alle opplevde dette også som en utfordring:

«Ja, det synes jeg er vanskelig. Jeg prøver jo å tenke at jeg ikke skal skrive så mye vurderinger, men jeg gjør jo det. Når jeg ser i journalen at jeg skriver «fint samspill». Prøver å tenke at jeg heller må beskrive det jeg ser: «Jeg ser at mor henvender seg til barnet på en vennlig måte», ja, sånne konkrete beskrivelser. Det er målet! Mer enn å tolke det. Jeg kan jo alltid beskrive det jeg ser. Men det er ikke alltid jeg gjør det likevel, hehe- for det går jo veldig mye fortere å skrive «fint samspill», så tenker man at man vet hva man legger i det. Men det er jo mye mer nyttige opplysninger å skrive det en ser. Vertfall synes jeg det, hvis jeg leser noe hvor noen har beskrevet det som skjer. Enn at de har skrevet «fint samspill». Det kan jeg egentlig ikke bruke til noen ting». (Hanne)

En rik beskrivelse av hvilke tanker hun har om hvordan det er best å gjøre dokumentasjonen, men likevel ikke alltid klarer å være konkret nok uten at hun faktisk har gjort vurderinger. Hvis det er raskere å skrive «fint samspill», som om samspillet er «uten anmerkning», eller «godt nok samspill», er kanskje denne dokumentasjonen preget av dårlig tid. Hun beskriver selv hvordan «fint samspill» ikke gir henne noen opplysninger om hva som faktisk har skjedd mellom barnet og omsorgspersonen. Det er en «opplevelse» fra den som har gjort vurderingen, men ingen kvalitetssikring. Flere deltakere beskrev hvordan de dokumenterer samspill og her er det veldig likt:

«Jeg nevner det alltid- at det er godt samspill, men da kan det godt være de ordene da... Og hva legger du i det, for det er jo øynene som ser ...» (Anne)

Også her er deltakeren ærlig på hva hun skriver, men er også oppmerksom på at dette ikke sier noe om hva som har skjedd mellom barnet og omsorgspersonen. Det er en subjektiv vurdering som om der ikke er noen bekymring- igjen, uten at situasjonen er beskrevet med et faglig språk.

En tredje deltaker nevnte det slik:

«Tenker at det er vanskelig mange ganger, det kan være kjempevanskelig det der. Klart man ser noen små snutter, men en prøver å legge merke til det der at det er blikk-kontakt mellom barn og foreldre, at der er smil innimellom, at der er glede mellom dem, at der er verbal kontakt mellom

dem. Så skriver jeg også om de støtter til utforskning, om de ligger på gulvet og leker, ikke sant. Så konkret som mulig prøver jeg å være.» (Sissel)

Her forteller hun at hun er konkret og beskriver det hun har sett, uten egentlig å gjøre vurderinger av observasjonene. Likevel starter hun med å si at det er vanskelig. Det er usikkert hva som er vanskelig. Er det vanskelig å dokumentere, eller er hun usikker på hvordan det bør gjøres? Eller opplever hun å mangle ordene? Det kunne vært utforsket ytterligere. To av deltakerne fortalte at de gjør forskjell på dokumentasjonen avhengig av om de er bekymret, tenker at det *kan* komme utfordringer i familien eller at de har andre risikofaktorer:

«Da skriver jeg, det er kanskje litt ille å si, men på forsterket (familier med rusproblematikk) er jeg litt mer bevisst på å virkelig ordlegge meg om forventinger hos barnet, jeg kan gjerne beskrive en situasjon hvor barnet har vært på gulvet- og har kanskje dunket seg eller noe slikt og hvordan barnet da har gått bort, eller gjerne sett på foreldrene. Hos andre familier hvor jeg ser at ting går sin gang så kan jeg gjerne skrive bare; godt samspill, mor/ barn samspill, fin turtaging eller ett eller annet litt kortere». (Karen)

Subjektive vurderinger gir en magesfølelse hos denne helsesykepleieren. Det er som om de dokumenterer for noe som evt. kan komme i ettertid?:

«På de minste så blir det jo slik som; «barnet søker mors blikk», «mor responderer fint», «får smil tilbake», «pludrer, tar tur». Når de blir litt større og kanskje er på gulvet og leker så er det kanskje; «barnet henvender seg til foreldrene med leker, inviterer de med i leken, hvordan responderer foreldrene på det? .... Ja, men så er det jo forskjell, noen ganger blir det jo kort, noe ganger blir det jo litt mer. Ja, jeg ser det litt an. Men jeg er nok nøyere på å skrive der jeg tenker at; Åi- her kan det bli utfordringer, eller familier med utfordringer som kan bli noe ... Ja, der prøver jeg å være ekstra nøy, hva ser jeg, hva har jeg sett, hva har de, hva mangler, hva ser jeg som er bra og hva ser jeg som kanskje ikke er så bra». (Hilde)

Det er som om de gjør en faglig vurdering med noen konkrete, viktige holdepunkter som beskriver *kontakten* mellom barnet og omsorgspersonen med noen holdepunkter, men der brukes også et skjønnsom nevnt tidligere. Det oppfattes som en subjektiv opplevelse der man kanskje er ekstra oppmerksom eller på vakt der man kjenner risikofaktorer. Det som imidlertid er interessant er at det er forskjell i funnene her. Igjen synes språket og være den største utfordringen:

«Ja, hva skriver jeg.. det er jo det som er vanskelig. Jeg har jo sittet å skrevet en del opplysninger til barnevernet om andre barn som andre (helsesykepleiere) har hatt, så får jeg bare i oppgave å skrive det som har vært fra journalen. Da har jeg jo merket meg det at det står veldig lite. Noen FÅ konsultasjoner så står det kanskje: «fint samspill». Ok ... Så jeg tenker; skal jeg noen gang skrive en

bekymringsmelding eller skrive opplysninger om dette barnet, så er det lurt å være litt konkret. Det er klart når barnet er helt lite så er det jo kanskje greit å si noe om; har de barnet tett inntil seg, er det god kroppskontakt, det samme sees på hjemmebesøk; er det smil, får foreldre smil tilbake, eh, ja.. Kan nok ta meg i å skrive «fint samspill», men prøver å skrive noen setninger om: «setter seg uoppfordret på gulvet for å leke med barnet, trøster omsorgsfullt, mye blikk, smil, nærhet». Lager noen små setninger. Så er det jo kanskje verre der man tenker at det IKKE er disse tingene. Hva skal man *da* skrive, så da lar jeg kanskje være å skrive?

Men jeg synes det er litt vanskelig hvis det at.. ja, Jeg synes det er vanskelig å finne ord for det som er en magefølelse som ikke er så fin på en måte. «Hva var det egentlig som skjedde her»? Hvis man har gjort en veiledning på situasjonen, da skriver jeg jo det». (Anne)

Denne rike beskrivelsen sier så mye. Det sier noe om sårbarheten ved dårlig kontinuitet. Med flere helsesykepleiere som har vært i kontakt med barnet, i tillegg til en svak dokumentasjon, har deltakeren lite grunnlag for å gi gode opplysninger til barnevernet. Hun fremstår ærlig og genuint opptatt av å gjøre en god jobb. Pustepauser og sukk forsterker opplevelsen av at dette er utfordrende. Det ser ut til å at det er lettere å dokumentere det positive, varme, nære og det som oppleves omsorgsfullt og godt.

#### 4.6 Helsesykepleiers ønsker for forbedring av tjenesten

Alle deltakerne hadde mulighet til å gi refleksjoner, tanker eller innspill på temaet de ble intervjuet om. Deres ønsker for tjenesten handlet om en felles plattform- en felles forståelse av samspill, tett tverrfaglig samarbeid, lavterskeltilbud, universelle programmer- gjerne i grupper, hvor man inkluderer far. Det kom også refleksjoner rundt det med å «komplisere» foreldreskapet. Mange er kanskje gode nok.

##### 4.6.1 Lik kompetanse på samspill for alle helsesykepleiere

Flere av deltakerne nevnte viktigheten av at helsesykepleiere har lik kompetanse. Et felles språk og en felles metode for å fremme trygg tilknytning. Det samsvarer med flere funn som beskriver at det finnes store forskjeller på kompetanse.

«For hvis en er veldig på i starten på helsestasjonen og folk har rom og kompetanse for å fremme god tilknytning og samspill er det mye som er gjort. Men jeg tenker akkurat det med NBO, at alle må få dette. Det bør være et fokus på, jeg tenker på helsesykepleiere at alle bør ha den kompetansehevingen/ kurs/ videreutdanning som skal til for å fremme samspill og trygg tilknytning. Jeg tenker at det bør ikke være tilfeldig at noen har *det* og noen har *det*, selvfølgelig vil det alltid være at noen har egeninteresse eller sånt, men i forhold til NBO eller COS veiledning så hadde det vært fint om alle kunne hatt det». (Karen)

Lik kompetanse kan være et viktig bidrag til like tjenester og en felles forståelse. Et ønske om at alle helsesykepleiere skal forstå det samme og ha samme grunnlag for å gjøre samspillsvurderinger.

En felles «oppskrift» på hvordan retningslinjene skal gjennomføres kan se ut til å være et behov for deltakerne.

#### 4.6.2 Universelle tiltak på samspill til alle foreldre

Det ble også nevnt av flere at de ønsket seg en tydeligere universell «grunnpakke» til alle familiene.

«Det er jo to helsesykepleiere som har COS her hos oss, men ingen som bruker det, vi har ikke kurs for foreldre. Vi har jo familiesenteret, men jeg tenker hvis vi kunne hatt noe som gikk ut mot alle foreldre, helt fra starten. Ja, det skulle jeg ønske, om det var COS eller ICDP, men at det var litt mer sånn universelle tiltak som gav foreldre kurs. Ja jeg brenner litt for universelle, forebyggende tiltak der man kan forebygge, i stedet for å sitte å jobbe i konsultasjoner. Og det med å få pappaen på banen, helt fra starten av, det er viktig for barnet, men det er jo kjempeviktig for mor. At der er en far som støtter og hjelper med det de kan. At pappaen også skal bli involvert når det er grupper og sånne ting». (Anne)

Her viser hun hvordan hun ser familien som helhet, hvor hun brenner for at far er en like viktig omsorgsperson som mor, men også ønsket om at alle får et kurs for å fremme samspillet og hvordan kurs kanskje kan bidra til trygg tilknytning hos barnet. Som nevnt innledningsvis er det gjort lite forskning på dette av stor størrelse som sier noe om både kort- og langtidseffekten av dette, men interessant at flere nevnte dette som et ønske for tjenesten. Flere av deltakerne nevnte ønske om mer gruppekonsultasjoner, betydningen av tverrfaglighet, lavterskel, tidlig inn og unngå ventetid:

«Vi kunne hatt temaet i grupper. Jeg tror at hvis vi kan spille på dem i gruppa, at de kan komme med mange gode eksempler. Det blir på et mer generelt plan da, men kanskje det kan være litt tryggere å ta opp. At foreldre opplever at det ikke blir så direkte på dem». (Hilde)

En annen deltaker nevnte også det med grupper, men også flere faggrupper;

«Jeg tror tverrfaglighet er viktig. Noen ganger tenker jeg at en burde vært flinkere i et forebyggende aspekt- at en kunne tatt inn andre yrkesgrupper i gruppekonsultasjoner. Kanskje et drømmescenario, men at en kunne hatt kanskje en psykolog, eller familiesenteret som kunne kommet og sagt noe om samspill. At det er lavterskel for å få hjelp og at ikke det er ventetid. En ser nok av og til at det er ventetid. Det skal det ikke være. Barna har ikke tid til å vente». (Sissel)

Her løftes frem flere viktige elementer for helsefremming og forebygging. Riktig hjelp tidlig for å unngå skjevutvikling. Et helt «lag» i førstelinjetjenesten som kan være ressurser for familien, uten byråkratiske prosesser. Alle deltakere fortalte om god erfaring med nærhet til et familiesenter eller familieveileder med lavterskeltilbud. Dette anså de som et godt supplement til helsestasjonstjenesten. Samtidig var det en av deltakerne som trakk frem en tanke om at de fleste er gode nok foreldre:

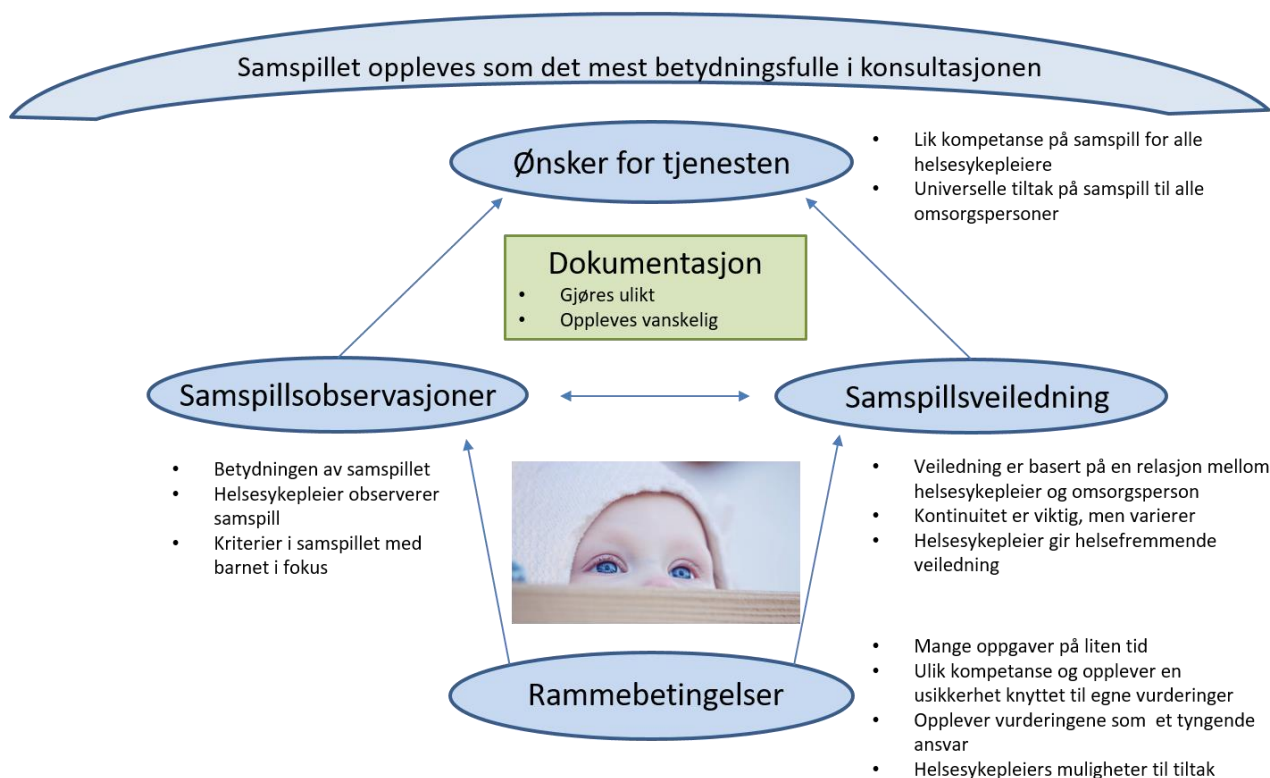
«Men hvis vi har så mye programmer, så kan vi nesten rote til det naturlige samspillet med de som er flinke fra før - intuitivt. Hvis vi kommer med tips og råd, så slutter de med det de gjør- og så skal de gjøre det på «vår måte». At det kan være litt... ja.. jeg er litt redd for at vi går for mye inn og at vi skal tilby kursing til alt og alle. Men jeg tenker at dette er naturlig for mange. Hvis vi begynner å si at vi må ha et kurs for å ha bra samspill med barna våre, så tror jeg vi rokker med noe som egentlig ligger naturlig for veldig mange. Og kanskje at vi prøver å få de til å gjøre noe som ikke er helt naturlig for dem, men at *de* også gjør det på en måte som er grei. (Hanne)

Et dilemma mellom å gjøre mange foreldre til en litt bedre utgave av seg selv i foreldrerollen og det med å eventuelt å gjøre trygge foreldre mer usikre. Kanskje er denne deltakeren er redd for å «komplisere» samspillet mellom foreldre og barn mer enn nødvendig.

Det ser ut for meg at der likevel er et ønske om at man må unngå tilfældigheter i både kompetanse, gjennomføring av konsultasjonen og tilbud som helhet. En trygghet, tydelighet og bedre rammebetingelser generelt ser ut til å prege deltakernes ønsker for tjenesten på dette feltet.

#### 4.7 Overordnet presentasjon av funn i en modell

Modellen forklarer helsesykepleiernes opplevelse av konsultasjonen på helsestasjonen med barnet og deres omsorgsperson. Modellen viser hovedkategoriene «rammebetingelser» nederst- det som er med på å påvirke det som videre skal skje (Liten tid, ulik kompetanse og tyngende ansvar). Videre kommer «samspillsobservasjoner» og «samspillsveiledning». Disse to delene i konsultasjonen går vekselvis mellom hverandre og over tid. Subkategoriene under dem sier noe om hva deltakerne i studien mener er av betydning. Barnet og barnets blick viser seg å være sentralt for det som skjer. Alt i konsultasjonen skal dokumenteres, noe subkategoriene forteller mer om. Til sist har deltakerne i studien hatt noen tanker om hva de ønsker for tjenesten når det gjelder temaene samspill og samspillsveiledning.



**Figur 1:** Helsesykepleiers opplevelse av konsultasjonen på helsestasjonen med barnet og deres omsorgsperson hvor hun opplever betydningen av samspillet som det viktigste og hvor hun observerer, vurderer, veileder og dokumenterer på samspill. (foto: Lisbeth Finsådal)

## 5.0 Diskusjon

Kapittelet presenterer en diskusjon av noen av de mest sentrale funnene. Med ønske om å få innsikt i hvordan helsesykepleier observerer, vurderer og veileder på samspillet mellom barn og deres omsorgsperson, kom det frem komplekse erfaringer fra deltakerne. Studiens begrensede omfang gjør at jeg har valgt ut noen sentrale funn som diskuteres. Fire sentrale kategorier blir diskutert i lys av presentert teori og forskning. Først diskuteres helsesykepleiers opplevelse av den komplekse, intrikate oppgaven med å gjøre observasjoner, vurdere og veilede på samspill. Tre sammenvevde elementer som ikke helt kan skiller. Deretter diskuteres helsesykepleiernes opplevelse av «smørbrøddliste» med for mange oppgaver på kort tid. Etske dilemmaer i det relasjonelle møtet diskuteres før det presenteres konklusjon og implikasjoner for praksis.



## 5.1 Med blikket på barnet og barnets blikk i konsultasjonene for å veilede på samspill

Deltakerne i denne studien nevner alle sammen at de ser på barnets adferd når de observerer og vurderer samspillet. Det er som deltakerne hele tiden har barnets sinn i sitt. De mentaliserer barnet (Hart, 2011; Killén, 2013). Hvordan er det for barnet å være i sin kontekst, og hvordan ser det ut til at omgivelsene påvirker det. Den ene deltakeren nevner det spesifikt. Hun nevner at mange ser på hva foreldrene gjør, men at det viktigste er å se hvordan *barnet* reagerer. Det er noe annerledes i forhold til funn fra artikkelen fra Appleton, som beskriver at helsesykepleiere mangler oppmerksomhet på barnets adferd i relasjonen. Den britiske studien beskriver hvordan deltakerne *før* opplæring med konkrete verktøy i hovedsak ser mest på foreldrenes adferd (Appleton et al., 2013).

Funnene i min studie samsvarer med funn fra Berg- Olstad og Klette, 2019. Deltakerne i denne studien fortalte om *barnets* forventninger, *blikket* og om hvordan *barnet* søker foreldrene eller ikke, for å trygge seg. Helsesykepleierne i Berg-Olstad og Klettes undersøkelse sier det samme om hvordan de vurderer gjensidig glede i samspillet, hvor lett de får kontakt med hverandre eller ikke (Berg-Olstad & Klette, 2019). Dette *kan* bety at det har skjedd en utvikling de senere årene når det gjelder hvor fokuset er når det gjelder vurdering av samspill. Det er som helsesykepleier vurderer en *kvalitet* i blikket. Susan Hart skriver om øyekontaktens betydning for kommunikasjon. Hun beskriver hvordan barnet fra fødselen av er i stand til å fikse en gjenstand (Hart, 2011). Under sosiale interaksjoner regulerer barnet sitt nivå av elektriske impulser i hjernen (arousalnivå) gjennom å gå inn og ut av interaksjonen. Etter hvert som barnet blir eldre går gjensidig øyekontakt over til felles oppmerksomhet (Hart, 2011). En sensitiv omsorgsperson som lar barnet «gå inn og ut» av dette fokuset og som responderer inntonet på disse signalene, vil gi barnet en opplevelse av bekreftelse og anerkjennelse. Det kan tenkes at det er *kvaliteten* på dette gryende samspillet som vurderes i «*blikket på barnet*». Føler barnet seg sett, forstått, anerkjent og oppsøker barnet en støttende trygg voksen som det ønsker å spille med? Når barnet blir eldre og strekker frem en leke til omsorgspersonen prøver det å spørre; «Ser du det samme som jeg ser?», som om barnet sier; «Er jeg viktig nok for deg og har du lyst til å bruke tiden din på meg?».

Alle helsesykepleierne fortalte hvordan de iakttar barnet. Barnets signaler og utviklingen til barnet generelt blir vurdert i lys av de observasjoner og vurderinger som fortløpende blir gjort av samspillet. *Barnet* er det viktigste. Det er som denne kontinuerlige prosessen av observasjoner og vurderinger legger grunnlag for ulike former for veiledning. Tveiten gjør i sin bok rede for ulike former for veiledning (Tveiten, 2016). Det kan se ut til at helsesykepleierne i denne studien etter beste evne vurderer og veksler mellom de ulike metodene. Som en av deltakerne sa; «Alt etter hvem man har fremfor seg og hva de kan ta imot». Det samme skriver Killén i sin bok. *En oppskrift på et forebyggende tiltak fungerer ikke nødvendigvis på alle familier. Med kløkt og klokskap skal helsesykepleiere observere, vurdere og veilede på samspill ut fra barnets signaler og omsorgspersonenes ståsted. Alt dette komplekse på en gang- helst på en halvtime.*

## 5.2 Helseesykepleiers smørbrødsliste for helsefremming og forebygging

Det ble tydelig at *tiden* de har til rådighet preget alle deltakerne i studien. Med latter som ironi, ble det nærmest et hån mot gjeldende retningslinjer som ikke stemmer overens med konsultasjonens virkelighet. Alle deltakerne opplevde samspillet betydning som det aller viktigste for barnets utvikling. Likevel må oppmerksomheten på samspillet mellom barnet og omsorgspersonen konkurrere med svært mange andre temaer som retningslinjene også anbefaler på hver konsultasjon. Dette samstemmer med to norske artikler som omhandler samme tema (Berg-Olstad & Klette, 2019; Sandtrø, 2020). Hvordan kan det som oppleves som noe av det aller viktigste for barnets utvikling gå på bekostning av brosjyrer, skjemaer og andre kontroll-oppgaver? Helseesykepleierne nevner med egne ord «smørbrødslisten» over mange lovpålagte oppgaver som skal gjennomføres- deriblant veiledning på samspill for å fremme trygg tilknytning og å fremme godt samspill. Med etablert kunnskap om den psykologiske vaksinen som erverves gjennom samspill av god kvalitet i barnets første leveår, har jeg stort behov for å diskutere disse funnene fra prosjektet mitt (Bowlby, 1999; Hart et al., 2009; Killén, 2013).

Hvordan kan man faglig argumentere for at dette temaet bare blir ett av påleggene i smørbrødet? Hvis det er en gjennomgående oppfatning hos helseesykepleierne i denne studien av at samspill og utvikling av trygg tilknytning er noe av det mest sentrale som observeres og vurderes gjennom helsestasjonstjenesten, så bør samspillsobservasjoner, vurderinger og veiledning på samspill være den mest fundamentale, tykke brødsdiven som ligger til grunn for de neste lagene på skiva.

Helsestasjonstjenesten treffer nesten alle familiene i landet. Selv om tjenesten er frivillig, lever der en tillit til tjenesten og en norm om å benytte seg av tilbudet (Helsedirektoratet, 2019; Neumann, 2008). En unik mulighet til helsefremmende arbeid hvor man treffer en stor del av befolkningen. Heckman og fagdirektør i folkehelseinstituttet; Arne Holte, beskriver hvor stor avkastning man får ved forebyggende tiltak for de minste barna med tanke på hva det koster å la være (Heckman, 2006; Holte, 2012). Sett i lys av at psykiske lidelser i Norge koster 185 milliarder i året- som Holte skriver, må det være fristende å sette inn enda flere forebyggende og helsefremmende tiltak i barnets tidlige liv. Vi har friskere tenner, lever lenger og har lav spedbarnsdødelighet. På fysisk sykdom har man klart å sette inn virkemidler som hjelper (Holte, 2012). Holte og Heckman peker også på at man må sette inn universelle tiltak der barnet befinner seg. Holte trekker også frem at man må tenke familie, foreldrekompetanse og belastningsmestring. Når Heckman- Nobelprisvinner i økonomi, argumenterer for den økonomiske gevinsten av å satse på de minste barna, kan man tenke at helseesykepleiere sitter fremfor landets mest betydningsfulle kapital (Holte, 2012).

Retningslinjene er helseesykepleiers styrende verktøy og har fokus på helsefremming og forebygging. De beskriver *når* og *hvordan* helseesykepleier skal måle og veie, vurdere vekst og utvikling, vaksinere, sjekke

finmotorikk, grovmotorikk, språklig utvikling, sjekk av tannpuss, kartlegge mors psykiske helse og avdekke omsorgssvikt- for å nevne noe (Helsedirektoratet, 2019). Helseesykepleier skal lytte til foreldrene og i stor grad være der «de er», samtidig bygge gode relasjoner med tillit og trygghet for å danne grunnlag for et godt og tillitsfullt samarbeid. Innenfor gitte rammebetingelser skal helseesykepleier vurdere normalitet og avvik. Det er som om retningslinjene sikrer seg selv ved å inkludere alle delene i barnets liv. Den fysiske utviklingen, omgivelsenes tilstand – alt for barnets beste. Men hvor er den politiske viljen til å prioritere forebyggende tiltak rettet mot foreldrekompetansen? Og *hvordan* skal helseesykepleierne observere og vurdere?

«Samspillet mellom foreldre og barn er av avgjørende betydning for barnets fysiske psykiske, intellektuelle og psykososiale utvikling» (Helsedirektoratet, 2019, kapittel 4, Samspill) Ordene er talende. De står på første side under retningslinjenes anbefalinger om at alle foreldre bør få veiledning på samspill i alle konsultasjonene på helsestasjonen. Hvor er de gode rammebetingelsene? Helsestasjonsprogrammet sier at foreldre «bør» få veiledning på samspill i hver konsultasjon, som en sterk anbefaling. Retningslinjene sier også at helsestasjonen «kan» gi – som en svak anbefaling, universelle primærforebyggende foreldreveiledningsprogrammer. I et kortsiktig økonomisk perspektiv er det kanskje lett å la være å prioritere dette da det ikke står som forskrift eller lov. Kan man tallfeste kvaliteten på samspillet, eller måle konsekvensen av å ha lite fokus på samspillet? Mæland skriver også om hvordan det er vanskelig å bruke opplevd helse eller livskvalitet i numeriske rapporter. Kanskje er dette med på å gjøre prioriteringene mer usikre (Mæland, 2009). I stedet står samvittighetsfulle helseesykepleiere i møte med barnet og deres omsorgspersoner og gjør alt i deres makt -innenfor gitte rammebetingelser, for å observere, vurdere, veilede og dokumentere for det samspillet som utspiller seg i konsultasjonene.

På tross av at helseesykepleier sitter overfor de beste «investeringsobjektene» på hjemmebesøket og i konsultasjonene på helsestasjonen, kan det se ut til at man ikke sitter med en finslepen nøkkel for å komme frem til trygg tilknytning og bedre foreldrekompetanse for alle. Kunnskap om samspill og tilknytning gir stor forståelse av hvor viktig det er, men intervensjonene er enda ulike og relativt lite forsket på. Ulike påvirkningsfaktorer som blant annet familiens sosioøkonomisk status, nettverk, fysisk og psykisk helse gjør at ulike intervensjoner kan treffe mer eller mindre bra hos foreldrene (Killén, 2013).

En samlebetegnelse som «veiledning på samspill» inkluderer oppgaven i retningslinjene, men legger ansvaret på helseesykepleieren for å finne den riktige metoden for dem hun sitter ovenfor. I motsetning til omsorgspersoner eller andre som *søker* hjelp for et definert problem, er det helseesykepleier som har definert, eller satt temaet på agendaen. Maktbalansen og mulighet for medvirkning for foreldrene kan her bli satt på en utfordring. Det krever en stor bevissthet hos helseesykepleier (Tveiten, 2016).

### 5.3 Helsesykepleiers kompetanse, tvil og skjønn

Et av hovedfunnene i studien er helsesykepleiernes opplevelse av at temaet de ble intervjuet om var vanskelig. Noe av det viktigste, men vanskelig. Ordet ble brukt mange ganger. Det oppleves som helsesykepleier mangler et tydelig språk for det de har observert og vurdert. Ingen av deltakerne hadde akkurat lik kompetanse på temaet. Alle opplevde også en usikkerhet knyttet til det de hadde vurdert. De nevnte en «magefølelse». Har alle helsesykepleiere riktig eller samme magefølelse? Hvor er det faglige, profesjonelle begrepsapparatet for å sette ord på det som vurderes? På en hjerteavdeling ville trolig ikke spesialsykepleier sagt følgende; «Det er noe som skurrer med blodtrykket». Hva ser vi etter, hva betyr det, hvilke konsekvenser kan det få og hvilke intervensjoner har vi for å rette opp i det som er en sårbarhet eller risiko i samspillet? Barnet har ikke tid til å vente. Neumann er i sin artikkel inne på akkurat de samme vanskelige vurderingene som gjøres av helsesykepleier. Hva er normalitet og avvik, hva er ens egen referanseramme når ordene for det som utspiller seg er vanskelig å finne? (Neumann, 2008).

Jeg ser og hører at det helsesykepleierne i studien vurderer, er basert på faglig kompetanse, men at skjønn trolig spiller en vesentlig rolle. Flere nevnte for eksempel: «Jeg ser hvordan de trøster», «Jeg ser hvordan de legger barnet fra seg» eller «Jeg ser etter hvordan de snakker til barnet». Dette er likevel en subjektiv opplevelse som trolig er basert på et skjønn. Observasjonene gir helsesykepleier en «opplevelse» av samspillet- av god eller mindre god kvalitet. De samme funnene presenteres i artikkelen til Berg-Olstad og Klette. Observasjonene og vurderingene påvirkes av flere faktorer; egne referanser, et profesjonelt blikk, kunnskap og strukturelle begrensninger (Berg-Olstad & Klette, 2019). Vurderinger som beskrives på denne måten gir lite konkret dokumentasjon. Det helsesykepleier observerer og vurderer er sannsynligvis foreldrenes sensitivitet, emosjonell tilgjengelighet, inntoning, fysiske kontakt eller speiling (Hart, 2011; Hart et al., 2009). Disse ordene blir ikke brukt av helsesykepleierne som deltok i studien. Verken studien til Berg-Olstad eller denne studien viser at helsesykepleier har systematiske metoder for observasjon, vurdering eller dokumentasjon.

En britisk studie har fokus på samme tema. Appleton med flere, studerte hvordan helsesykepleiere vurderte samspillet mellom barn og deres omsorgspersoner (Appleton et al., 2013). Her finnes også likheter med norske undersøkelser, som viser at det er gjort lite forskning på hvordan man vurderer samspillet, samt at man har lite systematiske verktøy eller strategier for vurderingene. Appletons undersøkelser viser hvordan erfaring og trening på systematiske metoder for vurdering av samspill øker kvaliteten på vurderingene. Funnene motiverer for videre forskning for å styrke kvaliteten på helsestasjonstjenesten. Killén beskriver også hvordan økt kunnskap om samspill og tilknytning påvirker helsestasjonstjenesten, men at der også har manglet et begrepsapparat for fornemmelser og observasjoner. Erfaringskunnskap på dette feltet har til nå vært det beste utgangspunktet for helsesykepleieren (Killén, 2013).

Et motsvar i diskusjonen vil være spørsmålet om hvor stor kompetanse helsesykepleier skal ha på dette temaet. Hva kreves for å gjøre en *god nok* jobb innenfor dette feltet i førstelinjetjenesten? Som helsesykepleier jobber man helsefremmende og forebyggende. Man skal forhindre og evt. oppdage skjevutvikling hos barnet og familien. Helsestasjonen driver ikke utredning, men skal henvise der det er grunn til å tro at der er større behov for intervensjoner. Helsestasjonen jobber befolkningsrettet og utdanningsinstitusjonene trekker frem de store linjene i samfunnet. Samtidig skal man ha spesifikk kompetanse på barn og unges helse og utvikling. Er helsesykepleiere gode nok ved bruk av skjønn? Gjennom intervjuene fornemmer jeg at det er denne klokskapen som blir brukt. I artikkelen til Alvsvåg og Martinsen blir det beskrevet så godt hvordan ulike kunnskaper må blandes sammen for å utøve den beste dømmekraften (Alvsvåg & Martinsen, 2018). Helsesykepleierne bruker tid, de bestemmer seg ikke på en dag, de tar noen avveininger, vurderer omsorgspersonene og relasjonen. Skjønnen er en slags fortolkning av teoretisk kunnskap, normer og regler, vilje til godhet og evne til mellommenneskelig forståelse.

Hvordan skal man likevel veilede på søvn, mat eller rutiner uten kompetanse på selve familiesystemet, dynamikken og betydningen av samspillet mellom dem? Samtlige deltakere i denne studien mener at samspillet mellom barnet og omsorgspersonen er det som ligger overordnet alle temaer som tas opp. Hvorfor gis ikke helsesykepleier det begrepsapparat som hjelper dem å spesifisere det som observeres, fornemmes eller kjennes på kroppen? Neumann (2008) peker på noen av de samme spørsmålene. Gir man helsesykepleiere den kunnskapen og de rammebetingelsene de trenger for å oppfatte barnets signaler på en profesjonell nok måte? Med egne representasjoner, skjønn og kompetanse gjør helsesykepleier vurderinger av samspillsopplevelser over tid, med en indre usikkerhet, men med barnet i fokus.

#### 5.4 Det relasjonelle møtet

På hjemmebesøk og i konsultasjonen på helsestasjonen er helsesykepleier en fagperson med et mål om å veilede den andre- et mål om å sette familiene og omsorgspersonene i best mulig i stand til å ta best mulige valg for seg og familiens helse. Hvis mengde informasjonsmateriell var lineært med helse, syntes oppgaven å være enkel. Men det som skjer på helsestasjonene er så mye mer komplekst enn informasjonsmateriell. Alle deltakerne i studien fortalte om relasjonens betydning. Kontakten mellom dem, opplevelse av tillit og trygghet. Dette mellommenneskelige som påvirker oss. Helsesykepleier skal kartlegge og dokumentere, måle og veie, føre statistikker og måle resultater. Men det relasjonelle kan ikke måles i resultater og effekt. Martinsen skriver også om dette (Laholt et al., 2019; Martinsen, 2005; Thorsen et al., 2012). Det er som fortolkningsarbeid og etikk ikke når opp i evidenshierarkiet. Hva er god praksis? Manualer og standardiserte prosedyrer? En av deltakerne i studien fortalte det så tydelig; «Vi har alle disse skjemaene som vi skal huke av på ... og så dette andre- jeg husker ikke bokstavene for det, tror det er noe kartlegging for kommunen ...» (Karen).

Er dette viktigere enn menneskemøtet? Gjennom etikk og kommunikasjon bruker helsesykepleier hele seg for å komme i kontakt med dem hun har fremfor seg. Gode intensjoner fra retningslinjene er nødvendige, men realiteten er så kompleks når fine ord som medvirkning og empowerment kan oppleves som bokstaver på et dokument (Alvsvåg & Martinsen, 2018; Ekeland, 2014; Holopainen et al., 2014; Martinsen, 2005). Deltakerne i studien fortalte hvordan de virkelig ønsket at omsorgspersonene skulle føle seg trygge, avslappet og ivaretatt, at relasjonen deres skulle være så trygg at de kunne ta opp alle typer problemstillinger. De fortalte hvordan strukturelle betingelser la til rette for dette eller ikke. De fortalte historier hvor den gode relasjonens betydning hadde gitt suksesshistorie. Dette helt essensielle i menneskemøtet, som ikke kan måles eller veies, beskrives så godt av Holopainen med flere. I møtet mellom helsesykepleier og omsorgsperson, hvor helsesykepleier har mange oppgaver, oppstår der et rom- et rom av samvær. Betingelsene for om dette samværet kan utvikles til en god relasjon er avhengig av anerkjennelse, tilgjengelighet, gjensidighet og tilstedeværelse (Holopainen et al., 2014). Helsesykepleierens forståelse av seg selv og hennes påvirkning i dette usynlige «rommet» kan være avgjørende. Avgjørende for om man tør å utfordre omsorgspersonene på noe som er ubehagelig eller vanskelig, og avgjørende for om omsorgspersonene tør å være sårbare.

Observasjoner, vurderinger og veiledning er en dynamisk prosess over tid. En prosess som vanskelig kan deles inn i tilmålte minutter. Helsesykepleier bruker hele seg og blant annet kollegaveiledning for å finne frem til gode beslutninger, noe Laholt også finner i sin studie når det gjelder etiske og relasjonelle utfordringer (Laholt et al., 2019). Helsesykepleier står med et ansvar og en oppgave som oppleves tyngende og vanskelig, men god og meningsfylt når man opplever trygg og gjensidig kontakt i samværet. Det handler om ansvarsetikk. Det etiske ansvaret for en «Annen», som oppstår i dette menneskemøtet på helsestasjonen og på hjemmebesøket (Thorsen et al., 2012). Et møte som handler om mer enn kunnskap. Et møte som også handler om erfaring og helsesykepleiers evne til mellommenneskelighet.

Kanskje er det dette mellommenneskelige som gjør at det også er vanskelig å «korrigere» på uønsket samspill. Retningslinjene bruker nettopp dette ordet i samme kapittel som man skal veilede og understøtte godt nok samspill (Helsedirektoratet, 2019). Samtlige deltakere i studien fortalte at de ikke likte ordet, eller at de ikke «korrigerer» på samspill. Kanskje er det noe med begrepet? Kanskje det er noe motstridende med tanke på medbestemmelse eller å komme frem til ny innsikt, hvis man blir «korrigert»? Korrigere ses som synonymt med å rette på, frigjøre fra feil. Det blir nevnt fra deltakere i studien at de heller finner andre alternative løsninger for samspillsveiledning. En av deltakerne i studien nevner at det virker litt «ovenfra og ned». Kanskje et tankekors i forhold til målet med veiledningen, som er nettopp det motsatte; at omsorgspersonen og familien skal oppleve mestring og at de er eksperter på eget liv.

## 5.5 Kritisk granskning

Kvalitative data har vært forsøkt fortolket og beskrevet. «Tykke beskrivelser» har vært benyttet for ikke å miste meningsinnhold. Fortolkningene er satt opp i en modell for å tydeliggjøre sentrale sammenhenger, men faren er derimot at det kan gi uttrykk for forenklinger (Thagaard, 2013). Modellen var også ment for å fremstille selve prosessen i en konsultasjon på helsestasjonen. Funn i denne studien samsvarer med flere nye studier. Noe av det interessante i denne studien er imidlertid funn som går på at helsesykepleierne har barnet og barnets blikk i fokus. En studie i denne størrelsen kan ikke generaliseres og det hadde vært ønskelig med enda flere deltakere for å tilføre ytterligere data til studien. Med tanke på at deltakerne er rekruttert fra fem ulike kommuner, kan dette likevel være med på å styrke overførbarheten, da de ikke har samme arbeidsplass.

## 6.0 Konklusjon

Studien viser at helsesykepleierne oppfatter samspillet mellom barnet og deres omsorgsperson som det aller viktigste i konsultasjonen. Helsesykepleier observerer og vurderer samspillet mellom barnet og omsorgsperson i lys av ulike kriterier. Helsesykepleier gjør vurderingene ut fra en totalopplevelse, der blikket på barnet og barnets adferd står sentralt. Dette er noe annerledes fra andre studier som viser at helsesykepleier har mest fokus på foreldrenes adferd. Observasjoner av samspill og vurderinger knyttet til dem er en dynamisk prosess over tid. Alle opplever dette som en vanskelig del av jobben og kjenner et stort ansvar i forhold til det som skal observeres, vurderes og dokumenteres. En skjønnsmessig vurdering er med på å avgjøre hvilken form for veiledning som bør gis. Veiledning gis omgående, men også i etterkant av en konsultasjon.

Det ser ut til at dokumentasjonen er noe tilfeldig, der et manglende begrepsapparat står i veien for en bedre systematisering. Helsesykepleierne står i en presset situasjon med svært mange lovpålagte oppgaver, der veiledning på samspill kan gå på bekostning av mange, mer konkrete oppgaver. Ulik kompetanse kan gjøre jobben enda mer krevende.

## 6.1 Implikasjoner for praksis

Studien viser at helsesykepleier står i en kompleks situasjon der rammebetingelsene har konsekvenser for helsestasjonstjenesten. Helsesykepleierne bør ha likt faglig fundament for oppgaven som skal gjøres, slik at dette ikke er tilfeldig ut fra hva kommune eller utdanningsinstitusjon prioriterer. Det kan se ut til at helsesykepleiere med et begrenset begrepsapparat for observasjoner og vurderinger har vanskelig for å sikre god dokumentasjon om samspill og tilknytning. Utfordringene med å rekruttere deltakere til studien kan tyde på helsesykepleiere i en presset situasjon. Dette gjør at temaet i studien ikke blir mindre

interessant. Tanker om at helsesykepleier sitter på kontorene sine med fulle timebøker, med liten mulighet til å reflektere eller muligheter til å være med å utvikle faget er bekymringsfullt. Anerkjennelse av viktigheten og tid til dette- litt usynlige og lite målbare arbeidet ser ut til å være nødvendig. Modellen som presenterte funn baserer seg på, kan være en basis for videre oppfølging og forskning.



## Referanser

- Alvsvåg, H., & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(03), 215–222.  
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
- Appleton, J. V., Harris, M., Oates, J., & Kelly, C. (2013). Evaluating health visitor assessments of mother–infant interactions: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 5–15.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.008>
- Berg-Olstad, I., & Klette, T. (2019). Helseesykepleieres vurderinger av tidlig samspill mellom spedbarn og foreldre. *Sykepleien Forskning*, 78531, e-78531. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78531>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss Volume 2: Separation, anxiety and anger* (Bd. 2). Penguin Education, London.
- Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss* (2nd ed). Basic Books.
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå Objekt til subjekt - og tilbake? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11, 211–220.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1), 215824401452263.  
<https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Graneheim, U.H, & Lundmann, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion planning and strategies* (2. utg.). SAGE Publication Ltd, London.
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhørighetsbånd*. Gyldendal akademisk.
- Hart, S., Gröhn, H., & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Gyldendal akademisk.

- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, 312(5782), 1900–1902. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>
- Helsedirektoratet. (2019, april 24). *Helsestasjon 0–5 år*.  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/seksjon?Tittel=helsestasjon-05-ar-3952>
- Holme, H. (2016). *Helsestasjonstjenesten barns psykiske helse og utvikling*. Gyldendal akademisk.
- Holopainen, G., Kasén, A., & Nyström, L. (2014). The space of togetherness - a caring encounter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 186–192. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x>
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 693–695.
- Javo, C. (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer: transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Universitetsforlaget.
- Killén, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner* (3.). Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Killén, K., & Olofsson, M. (2003). *Det Sårbare barnet barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Kommuneforl.
- Kristensen, I. H., Vinter, M., Nickell, I. K., & Kronborg, H. (2019). Health visitors' competences before and after implementing the newborn behavioral observations (NBO) system in a community setting: A cluster randomised study. *Public Health Nursing*, 36(6), 856–862.  
<https://doi.org/10.1111/phn.12658>
- Laholt, H., McLeod, K., Guillemin, M., Beddari, E., & Lorem, G. (2019). Ethical challenges experienced by public health nurses related to adolescents' use of visual technologies. *Nursing Ethics*, 26(6), 1822–1833. <https://doi.org/10.1177/0969733018779179>
- Lovdata. (2019, april 24). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseoven) - Lovdata*.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

- Marcellus, L. & Shahram, S.Z. (2017). Starting at the beginning: The Role of Public Health Nursing in promotion infant and Early Childhood Mental Health. *Nursing Leadership*, 30.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Universitetsforlaget.
- Neumann, C. B. (2008). Helsestøtters dilemmaer: Kategoriseringer, tvil og grensefigurer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3, 268–277.
- Neumann, C. B., & Snertingdal, M. I. (2013). Kunnskap, kartlegging og tidlig intervensjon ved helsestasjoner. *Rus & samfunn*, 7, 28–30.
- Sandtrø, H. P. (2020). Helsestøttere må ha mer oppmerksomhet på samspill ved hjemmebesøk. *Sykepleien*, 1, 2020.
- Thagaard, T. (2013). *systematikk og innlevelse* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforl.
- Thorsen, R., Mæhre, K. S., & Martinsen, K. (2012). *Fortellinger om etikk*. Fagbokforl.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.
- Tveiten, S., & Severinsson, E. (2004). Client supervision: Meaning and experiences from the perspective of Norwegian public health nurses. *Nursing and Health Sciences*, 6(4), 279–286.  
<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2004.00205.x>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study: Qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Wilson, P. (2010). Parent-child relationships: are health visitors' judgements reliable? *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 83, 22–25.

## Vedlegg 1 Vil du delta i forskningsprosjektet?

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### ***” Hvordan vurderer helsesykepleier samspillet mellom barnet og deres omsorgsperson i helsestasjonsprogrammet?”***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å sette fokus helsesykepleiers helsefremmende arbeid i konsultasjoner på helsestasjonen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dette er et kvalitativt forskningsprosjekt med intervju som datainnsamling.

- Hvis du velger å delta i dette prosjektet, innebærer det at vi avtaler tid og sted som passer for deg. Intervjuet vil ta ca.60 minutter. Jeg vil ta notater underveis og tar lydopptak.

#### **Det er frivillig å delta**

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

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Veileder for prosjektet, Professor Terese Elisabet Bondas ved det helsevitenskapelige fakultet ved UiS, vil ha tilgang til materialet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som ikke kan kobles til dataene. Alt materiale vil være innelåst.

Din deltakelse i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner. Her vil kun publiseres tolkninger og sammendrag av data og eventuelle beskrivende, enkle sitater.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.21. Personopplysninger og lydopptak vil etter prosjektslutt destrueres.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Universitetet i Stavanger ved Professor Terese Elisabet Bondas ([terese.e.bondas@uis.no](mailto:terese.e.bondas@uis.no)), tlf: 51834519
- Vårt personvernombud: [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

*Eventuelt student*

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilken mulighet har helsesykepleier til å forebygge psykiske lidelser hos barn gjennom helsestasjonsprogrammet», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *01.06.21*

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

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Innledning

- Takk for at jeg får komme og takk for at du velger å være med i prosjektet.
- Rammene for samtalen- praktisk. Ca. en time. Servering av drikke.
- Opptakeren ligger foran oss og jeg ønsker også å ta notater.

Innlede temaet- kort repetisjon av forespørselen

### Fakta-relaterte spørsmål

- Hvor lang erfaring har du fra helsestasjonsarbeid? (Når og hvor tok du din utdanning som helsesykepleier?)
- Kan du si litt om din nåværende stilling? (hvor stor kommune, hvor mange fødsler i året, prosent stilling, hvor mange kolleger som jobber i helsestasjonsprogrammet)
- Har du andre utdanninger/Kurs som du mener er relevante for ditt arbeid med samspillsobservasjoner? (eks. COSP, COSI, tidlig inn, Marte meo, ICDP el. lign.)

### Substansspørsmål med tema; fremme godt nok samspill for trygg tilknytning og «korrigerende» av uønsket samspill

Oppfølgingsspørsmål eller støtteord i parentes.

- Kan du fortelle litt om hvor mye du vektlegger samspillet mellom barnet og deres omsorgspersoner?
- Si litt om hvordan du legger til rette for samspill mellom barnet og deres omsorgsperson.
- Hvordan vurderer du samspillet i en kons.? (Skjema, retn. linjer, verktøy, Kriterier? Hva ser du etter?)
- Hvordan dokumenterer du samspillsobservasjonene? (Gi eksempler, hvordan dokumenterer du det som evt. er uønsket samspill)
- Hvordan veileder du på samspill? (Hvor ofte, empowerment, korrigerende, ved marte meo, ved COS-forståelse f. eks.- får du noen tilbakemeldinger på dette, hva dokumenteres?)
- (Hvilke utfordringer ser du med tanke på veiledning i kons.?)
- Retn. Linjene våre sier at vi skal korrigere for uønsket samspill; fortell litt om hva du tenker om det, eller hvordan du gjør det? (Hva tenker du om rammene for dette, evt. med tanke på mestring, empowerment??)

- Hva gjør du i de /etter de kons. Hvor du blir bekymret for at samspillet kan ha uheldig utvikling for barnet? (hvordan jobber du videre, hvilke muligheter har du til oppfølging hvis du ikke sender bekymringsmelding til barnevernet? Hvem «blir i magen», hvem får tiltak)
- Kan du huske et eksempel- enten at det gikk bra eller ikke? (Hvorfor gikk det bra, eller ikke?)
- Rammevilkår for samspillsobservasjoner og veiledning i konsultasjoner på helsestasjonen- kan du si litt om dette? (Noe du skulle ønske var annerledes? Hvorfor, på hvilken måte?)
- Har du egne tanker rundt vårt helsefremmende arbeid når det gjelder trygg tilknytning?
- Har du noe du vil tilføye med tanke på de temaene vi har vært inne på, eller noe annet du har kommet på underveis som du ønsker å dele?



## Vedlegg 3 NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Hva er observasjoner, vurderinger og veiledning på samspill fra et helsesykepleieperspektiv?

### Referansenummer

788711

### Registrert

04.09.2019 av Kari Glesne Ugland - kg.ugland@stud.uis.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt /veileder eller stipendiat)

Professor Terese Elisabeth Bondas, terese.e.bondas@uis.no, tlf: +47 51834519

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Kari Glesne Ugland, kar.glesne.ugland@lindesnes.kommune.no, tlf: 91570193

### Prosjektperiode

09.09.2019 - 01.06.2021

### Status

04.09.2019 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 04.09.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 04.09.2019. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

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

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD

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

Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)