

DIAKONHJEMMETS HØGSKOLE 2009

Helsestasjonen – en dør til barn i risiko ?

Mastergradsoppgave i familieterapi og systemisk praksis

Helle Haatveit

Finnes det mulige sammenhenger mellom den lave forekomsten av registrerte tiltak på barn i alderen 0-6 og det at helsestasjonen sjeldent el. aldri henviser småbarn til BUP?

Om helsesøstertjenestens bevissthet på småbarns psykiske helse.

På sporet

Vi er på sporet
etter en ny og
bedre virkelighet
som skal finnes
ikke så langt herfra
Den ligger forhåpentligvis
i nærheten av
det hjertet forstår

Kate Ness

FORORD

Når en tiltaksorientert pedagog fra den lineær forankrede sykehuskulturen starter på studiet i familierapi og systemisk praksis, blir presentert for sosialkonstruksjonismen, oppdager Foucault og blir utfordret i forhold til ikke-vitende posisjoner... da er det duket for en rekke utfordrende kultur møter...

I en slik prosess er det viktig både med erfarne, tålmodige guider og gode med-tenkere som en kan være begeistret, eller like ofte, frustrert sammen med. At et støttende miljø har stor betydning i så måte har jeg virkelig fått erfare. Når en dessuten velger en diskursanalytisk tilnærming på masteroppgaven, innebærer det virkelig et dypdykk i nye tenkemåter. Skal jeg metaforisk oppsummere denne prosessen, så har det vært som en reise i et fremmed land, hvor både språk og kultur var ukjent. Samtidig har denne reisen gitt meg mulighet til å møte mennesker som har inspirert og utfordret meg, både som profesjonell ”hjelper” og som person.

Det er mange som fortjener takk i prosessen med å skrive denne masteroppgaven:

Først vil jeg takke mine informanter for velvilje og åpenhet i forhold til å dele av seg og sine erfaringer. En stor takk til alle medstudenter, studieveiledere og veiledere ved Diakonhjemmets Høyskole. Uten deres engasjement og evne til å gi av seg selv hadde ikke studiet blitt denne spennende reisen i nytenkning og selvrefleksjon.

En varm tusen takk til veileder Randi Bagge som på en konstruktiv måte har vært en trygg guide og med-tenker gjennom hele skriveprosessen; en inspirerende prosess som gjør at jeg betrakter denne oppgaven mer som et utgangspunkt for videre undring enn som et sluttprodukt. Jeg vil også rette en spesiell takk til med-tenker Turid Aaltvedt og Marianne Aamodt som med retorisk overbevisning fikk meg til å begynne på dette masterstudiet. En stor takk også til Espen, Cathrine og Hege for alle felles diskurser jeg har funnet støtte i. Sist, men ikke minst, tusen millioner takk til min tålmodige og usedvanlig støttende familie; Stine og Roger & mamma og pappa som alltid har støttet meg i mine valg!

April 2009

Helle Haatveit: e-post: helle.haatveit@sthf.no

SAMMENDRAG

Denne oppgaven omhandler hvordan den psykiske dimensjonen i små barn helse integreres og håndteres av helsesøstre i deres praksis på helsestasjonen. Mitt utgangspunkt for denne undersøkelsen var observasjon av og undring over at så få barn i alderen 0-6 var registrert i tiltak i barne- og ungdomspsykiatrien. Dette til tross for omfattende satsing og fokus på tidlig intervensjon mot denne aldersgruppen. Jeg var videre opptatt av at helsestasjonen sjeldent, eller aldri, henviste små barn til videre utredning og /eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Jeg ville undersøke hvordan helsesøstre arbeider med psykiske helse i småbarnsfamilier.

Følgende problemstilling blir belyst i oppgaven:

1. Hvilke diskurser om barns psykiske helse tar helsesøstrene i bruk i sitt møte med småbarnsfamilier?
2. Hvilken betydning har måten helsesøstrene bruker diskursene på, for hvordan samtaler med små barn og deres foreldre gjennomføres og for hvilke temaer som blir berørt i samtalene?

Oppgaven bygger på intervjuer med tre helsesøstre i tre forskjellige kommuner.

Diskursanalyse er brukt som teoretisk forankring for undersøkelsen, og som analysemetode. Funnene i undersøkelsen blir drøftet i forhold til utvalgte forskningsrapporter om barns psykiske helse og tidlig intervensjon, samt teoretiske perspektiver på selvutvikling og identitet.

To tilsynelatende konkurrerende diskurser gjør seg gjeldende i datamaterialet. Den ene diskursen konstruerer små barns psykiske helse som et økende samfunnsproblem og behovet for tidlig intervensjon er stort. Den andre diskursen konstruerer psykiske vansker hos små barn som unntaksvis og vansker i denne alderen er i liten grad erkjent i hjelpeapparatet.

Mitt hovedinntrykk etter analysearbeidet er at det er lite samsvar mellom informantenes i-tale-satte idealer og den praksis de formidler. Overnevnte to motdiskurser synes å eksistere parallelt. Den første settes i arbeid når helsesøstrene i-tale-setter sine idealer, mens den andre konstitueres gjennom helsesøstrenes praksis. Den ene diskursen er ”i tiden” og ”politisk korrekt” å forfekte jfr. forskning, faglitteratur m.m. , mens den andre gjenspeiler praksis.

Forord

Sammendrag

1.0 INNLEDNING.....	7
Tema og bakgrunn for oppgaven.....	7
Eget forhold til feltet.....	7
Relevans og betydning for arbeidsplass	9
Problemstilling	10
2.0 METODE OG MATERIALOPPBYGGING	11
Innledning.....	11
Hermeneutikk.....	12
Teoretiske perspektiver	12
Et sosialkonstruksjonistisk perspektiv.....	13
Det diskursive perspektivet	14
Et sosiokulturelt perspektiv	15
Diskursanalyse.....	16
Epistemologi og metodologi.....	17
Metodevalg.....	17
Det kvalitative forskningsintervju	18
Utvalg.....	19
Gjennomføring av intervjuene og intervjuguide.....	20
Analyseprosessen og tolkning av materialet	21
Forskningsetiske refleksjoner	23
Reliabilitet og validitet	24
Avslutning.....	25
3.0 TEORETISK RAMMEVERK.....	25
Innledning.....	25
Nyere sentral forskning	26
Flest barn og unge med psykiske plager i vanlige familier	27
Forstadier til psykiske problemer vises i tidlig barndom.....	28
Barns selvutviklingsmodell, relasjoner og narrativer	30
Tilknytningsteori og små barns psykiske helse	33
Tidlig intervensjon	36

Helsestasjonens formål.....	38
Forekomst av psykiske lidelser	38
Hvor mange barn trenger tidlig hjelp?.....	39
Oppsummering.....	39
4.0 EMPIRISKE FUNN	40
Innledning	40
Diskursanalyse	41
Diskurser om små barns psykiske helse	42
Diskurser om tidlig intervensjon	48
Oppsummering.....	54
5.0 DRØFTING	54
Innledning	55
Begrepet barns helse inkluderer både psykiske og fysiske aspekter	55
Vurdering av psykiske vansker hos små barn er særlig vanskelig	59
Tidlig intervensjon forutsetter et samarbeid med og et initiativ fra foreldrene.	62
Oppsummering.....	68
6.0 AVSLUTNING.....	69
Innledning	69
Veien videre – undersøkelsens betydning for fremtidig praksis	73
7.0 REFERANSER/LITTERATURLISTE.....	75

Appendix: Informasjonsskriv
Intervjuguide
Samtykke-erklæring

1.0 Innledning

Tema og bakgrunn for oppgaven

En god psykisk helse er grunnleggende for et hvert menneske. En god psykisk helse er et viktig redskap for å kunne være i et harmonisk samspill både med seg selv og sine omgivelser, familie, venner, skolemiljø, arbeidskollegaer og andre. En god psykisk helse er en viktig garanti for å kunne møte livets mangfoldige situasjoner og for å kunne bære motgang og kriser som de fleste av oss møter i løpet av livet.

En god psykisk helse må bygges fra første leveår. Selv om det i noen grad er mulig å lindre eller behandle skader som har oppstått, så forteller all vår erfaring og kunnskap at en god psykisk helse fra starten i livet er den største gave for et menneske. En dårlig psykisk helse medfører store omkostninger for den enkelte og samfunnet, først og fremst i form av personlige belastninger – men også i form av store kostnader for samfunnet ved behandling, sosiale tjenester, sykefravær, uføretrygd og tapt arbeidsinnsats. I praksis innebærer dette at de store menneskelige og samfunnsøkonomiske gevinstene ligger i å lykkes med et godt og systematisk helsefremmende og forebyggende arbeid på de arenaer hvor barn og unge befinner seg. Dette innebærer bl.a. fokus på tidlig intervensjon fra kommunens helsetjenester.

Selv om tidlig intervensjon har dokumentert effekt på barns psykiske helse, både fra et nevrobiologisk og psykososialt perspektiv, er det svært få barn i alderen 0-6 år som henvises til andrelinjetjenesten for behandling. En satsning på dette området vil kunne gi stor gevinst for sped- og småbarns psykiske helse, både på kort og lengre sikt.

Eget forhold til feltet

Jeg arbeider som terapeut ved en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) som er en del av et Distriktpsikiatrisk senter (DPS) som igjen er en del av et Helseforetak (HF). En overordnet målsetting for det faglige arbeidet innen vår BUP, er det distriktpsikiatriske perspektivet. Et perspektiv som vektlegger et nært samarbeid med de kommunale instansene i våre tre opptakskommuner.

Distriktpsikiatriske sentre er tiltenkt en sentral rolle innen spesialisthelsetjenesten der tilgjengelighet, differensiering av behandlingstilbud og samarbeid med primærhelsetjenesten står sentralt. Denne utviklingen er i samsvar med endringene i de

øvrigt vestlige land, som det er naturlig å sammenligne seg med. Utviklingen bygger på erfaring og forskning, og dekkes best ved tilnærmingen beskrevet som *community psychiatry* (Statens helsetilsyn, 2001).

Spesialisthelsetjenesteloven pålegger samarbeid med førstelinjetjenesten. Hensikten er å skape kontinuitet og felles mål i behandlingen av pasienter, og å bygge opp kompetanse i førstelinjetjenesten slik at pasientene med behandling fra psykisk helsevern kan få hjelp der de bor. Dette samarbeidet kan være av mer overordnet karakter for å utvikle samarbeidsstrukturer eller planlegging av det framtidige tilbudet om psykisk helsevern, eller det kan være veiledning eller samarbeid i forhold til enkeltsaker ved kompetanseoverføring.

I stortingsmelding nr. 25 (Sosial- og helsedepartementet, 1998) heter det blant annet at ”Den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten må i større grad utforme sine tjenester som bistand til førstelinjetjenesten i kommunene”. Her pekes det på viktigheten av tilgjengelighet og det å inneha tilstrekkelig kompetanse til å gi råd, veiledning og opplæring til personell i kommunen. Når det gjelder samarbeidsrelasjoner for barne- og ungdomspsykiatrien ønsker en i Stortingsmelding 25 (ibid.) spesielt gjennom tildeling av opptrappingsmidler å prioritere tiltak som styrker samarbeidet med førstelinjetjenesten. Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten er det overordnede jeg ønsker å se på i denne oppgaven. Spesielt er jeg interessert i å få belyst hvordan man kan få avdekket psykiske problemer og avhjulpet disse på et tidligere tidspunkt enn hva våre statistikker viser.

I 2007 var det totalt 310 barn og unge registrerte i tiltak ved vår poliklinikk. En stor del av disse var barn i 12-årsalderen og unge i 16-årsalderen. Kun 7 av de registrerte tiltakene var i aldersgruppen 0-6, d.v.s. 2.3 %. Det at vi har så få barn i alderen 0-6 år i tiltak ved vår poliklinikk undres jeg over, og ønsker derfor å se nærmere på noen kontekster og mulige sammenhenger.

Kommunenes helsestasjoner gir et tilbud til alle barn i aldersgruppen 0-6, og vil derfor jevnlig komme i kontakt med barn og unge som har behov for bistand fra BUP. Det er instansenes egen, så vel som barnet og familiens, interesse at samarbeidet rundt disse sakene fungerer så godt som mulig. Jeg er derfor opptatt av å få impulser rundt optimaliseringen av samarbeidet mellom disse to instansene, samt utviklingsmuligheter hos både helsestasjonene og BUP.

Tema i denne oppgaven er å se på hvordan kommunens helsestasjoner samarbeider med den lokale BUP i forhold til enkelt familier.

Jeg vil benytte meg av kvalitativ forskning i form av dybdeintervjuer med utvalgte informanter. Intervjuene vil bli ledet med hjelp av en intervjuguide, men vil være mest mulig åpne slik at den enkelte informant vil få mulighet til å si det som er viktig for dem å si. For å spisse problemstillingen og justere intervjuguiden, velger jeg å gjennomføre et pilotintervju. Jeg tenker meg at mitt arbeide frem mot en master blir dels eksplorerende, dels beskrivende og dels fortolkende.

Relevans og betydning for arbeidsplass

De nasjonale føringene framgår av Stortingsmelding nr. 25 Åpenhet og helhet (Sosial- og helsedepartementet, 1997), Stortingsproposisjon nr. 63 Om opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet , 1998), Helseforetaksloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001), Styringsdokumentene for Helse Sør og Veiledningsserie for distriktpsikiatriske sentre (Statens helsetilsyn , 2001).

Stortingsmelding nr 25 (Sosial- og helsedepartementet, 1997) angir tre viktige områder i det videre arbeidet. Det første er at holdninger til psykiske lidelser i befolkningen og i fagmiljøene må endres slik at psykiske lidelser blir like akseptert som somatiske. Mer kunnskap må utvikles da en vet for lite om hvorfor psykiske lidelser oppstår og hvordan de kan behandles. Til sist må behandlingstilbudene styrkes, de er hverken gode nok eller omfattende nok – mange avvises eller venter.

Stortingsproposisjon nr. 63 om opptrappingsplanen (Sosial- og helsedepartementet , 1998), sier at målet med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser må være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det krever at tjenestetilbud og behandling ses i dette perspektivet. Det enkelte menneske som har psykiske lidelser kan ha behov for tjenester fra ulike sektorer og forvaltningsnivåer samtidig. Helsetjenesten må legge til rette for slik samtidighet og se det som en oppgave å aktivt bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer.

Prioriteringen må bygge på den problembeskrivelse som ligger til grunn for opptrappingsplanen, der en bestemte å prioritere de yngste pasientene og pasienter med langvarige og omfattende tjenestebehov. Begrunnelsen for dette var erkjennelse av at gapet var størst mellom behov og tilbud for disse to gruppene.

Sykehuset og DPS ledelsen har inngått samarbeidsavtaler med hver enkelt av våre tre opptakskommuner. I disse samarbeidsavtalene presiseres behovet for en formalisering og evaluering av eksisterende samarbeidsrutiner mellom første- og andrelinjetjenesten. Et likeverdig samarbeid mellom disse er nødvendig for å skape god samhandling. En respektfull dialog er et viktig virkemiddel for å utvikle større felles forståelse og felles kultur i forhold til samhandling.

I boken "Kommunikasjon og samspill" har Stein Bråten (2004) pekt på sammenhengen mellom kunnskap og makt, og at det er viktig å anerkjenne begge parters premisser, perspektiver og kunnskap som aktuelle og relevante i en dialog-spiral mot utvidet erkjennelse. Når det gjelder samhandling i helsetjenesten er det viktig å anerkjenne premisser, perspektiver og kunnskap fra så vel primærhelsetjenesten som fra pasienter, pårørende og selvsagt fra spesialisthelsetjenesten.

Problemstilling

Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten i et psykisk helseaspekt er utgangspunktet mitt for denne undersøkelsen. Det overordnede jeg ønsker å se på er:

Hvordan kan psykiske problem avdekkes og avhjelpes på et tidlig tidspunkt?

Jeg har valgt å se på kommunenes helsestasjoner primært av to grunner.

- Helsestasjonene ved helsesøstertjenesten kommer i direkte kontakt med samtlige av kommunens småbarnsfamilier.
- De er definert som henvisende instanser da de har lege tilknyttet seg.

Finnes det mulige sammenhenger mellom den lave forekomsten av registrerte tiltak på barn i alderen 0-6 og det at helsestasjonene sjeldent eller aldri henviser barn til BUP?

Aktuelle spørsmål i undersøkelsen:

- Hvilken forståelse av barns psykiske helse kommer til uttrykk?
- Hvilke kriterier vektlegges ved en eventuell henvisning til BUP?
- Ut i fra eksisterende retningslinjer, hvordan opplever kommunens helsestasjoner at BUP følger opp?
- I hvilken grad opplever de BUP som en reell samarbeidspartner?
- Hvor tilgjengelig opplever de at BUP er?
- Hvilke holdninger til krav om endret praksis kommer til uttrykk?

Hensikten med en diskursanalyse er å peke på en diskursiv kraft som virker på aktørene uten at de selv er bevisst på det, samt å skape en erkjennelse om at det vi ser er et produkt av de diskurser som vi betjener oss av, og at hvis diskursene hadde vært annereledes så hadde vi sett noe annet.

Jeg ønsker å belyse følgende i min oppgave:

- 1. Hvilke diskurser om barns psykiske helse tar helsesøstrene i bruk i sitt møte med småbarnsfamilier?**
- 2. Hvilken betydning har måten helsesøstrene bruker diskursene på, for hvordan samtaler med små barn og deres foreldre gjennomføres og for hvilke temaer som blir berørt i samtalene?**

2.0 Metode og materialoppbygging

Innledning

Vitenskapsteorien utgjør en arena der vidtrekkende teorier om virkeligheten, kunnskap og menneske braker sammen. Tradisjonelt er vitenskapsteoretiske drøftinger avklaringer av grunnlagskriterier for forskning. Hva er sann kunnskap, og hvordan kan den finnes? Hva vi oppfatter av virkeligheten er påvirket av vitenskapsteoretiske tankemønstre. Dette gjelder våre oppfatninger av naturen, kulturen, av mennesket og av hva som er

meningsfylt. Vitenskapsteoriene har således følger som rekker langt ut over den rene forskningssammenheng – de rekker langt inn i hverdagen (Aadland, 1997).

Hermeneutikk

Blant vitenskapsteoretiske betegnelser kan man grovt skille mellom to hovedretninger, positivisme og hermeneutikk. Positivismen er knyttet til naturvitenskapen, mens hermeneutikken springer ut fra humanistisk forskning. Hermeneutikk som teoretisk retning tok form som et motsvar til den naturvitenskapelige, positivistiske metoden. Den gjorde *forståelse* til et hovedanliggende i motsetning til positivistenes *forklaring*. Forståelse ble derved et nøkkelbegrep når mennesket og samfunnet skulle studeres.

Hermeneutikk betyr *læren om tolkning* og danner et vitenskapsteoretisk fundament for den kvalitative forskningens sterke vekt på forståelse og fortolkning (Dalen, 2004). Den er en måte å forstå menneskers livsverden på. Fakta og sansing gir ikke absolutte og objektive beskrivelser i forhold til fenomen, det er behov for en fortolkningsprosess for å oppnå helhetsforståelse. Dalen (2004) sier videre at det sentrale ved hermeneutikk er at en fortolker det som blir formidlet, ved å søke et dypere meningsinnhold. For å få tak i en dypere mening må man sette budskapet inn i en helhet eller en sammenheng. Den enkelte del må sees i lys av en helhet og omvendt. Denne vekselvirkningen mellom helhet og del beskrives som den hermeneutiske sirkel. Videre sier hun at det ikke finnes ett utgangspunkt eller slutt punkt i hermeneutisk tolkning. Tolkningen er hele tiden i utvikling og i samspill mellom helhet og del, forsker og tekst, samt forskerens forståelse. Dette bildet blir kalt den hermeneutiske spiral.

Teoretiske perspektiver

Kvalitativ forskning forutsetter et sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Derfor vil denne oppgaven sees i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, og min måte å forstå og analysere informasjonen på vil forankres i et hermeneutisk grunnsyn. Samtidig vil jeg påpeke og trekke frem at det også finnes andre måter å forstå den gitte informasjonen på.

Vi konstruerer våre egne virkelighetsbilder. Våre virkelighetsoppfatninger er ikke et speilbilde av den ytre verden, men et bilde vi selv har konstruert.

Den største redselen mennesker står overfor, er redselen for kaos. Derfor er en av våre

sterkeste drivkrefter å søke orden – kosmos. Dette gjør vi ved å konstruerer våre virkelighetsmodeller. Som biologiske vesener er vi avhengige av modeller vi kan handle på bakgrunn av. Derfor blir det viktig å danne en mest mulig forståelig modell på kortest mulig tid. Om denne gir et eksakt bilde av verden er av mindre betydning. Mange av våre handlinger er motivert av at vi forsvarer våre virkelighetsbilder, vårt kosmos, – mot kaos. Vi har et stort behov for å oppleve indre samsvar mellom hendelser i omverdenen. Dypest sett handler all kommunikasjon om å formidle sine virkelighetsbilder, mener Bjartveit og Kjærstad (1996).

Et sosialkonstruksjonistisk perspektiv

Sosialkonstruksjonismen danner det filosofiske grunnlaget for det hermeneutiske perspektivet. Det er mange filosofiske og politiske synspunkter innenfor samfunnsvitenskapene som kritiserer positivistisk basert arbeid innenfor psykologi. Sosialkonstruksjonismen er en av disse. I sosialkonstruksjonismen er man opptatt av å forstå hvordan mennesker konstruerer sin sosiale virkelighet. Denne tilnærmingen har blitt stadig viktigere etter 1980-tallet. Til forskjell fra det positivistiske synet mener man ut i fra et sosialkonstruksjonistisk perspektiv at all erfaring er historisk og sosialt betinget. Sosiale fenomener er altså ikke enkle, statiske hendelser som kan måles, men må forstås i lys av spesifikke sosiale og historiske betingelser. Innenfor et sosialkonstruksjonistisk perspektiv så mener man at all kunnskap er historisk og sosialt intervenert.

Noen kritikere av sosialkonstruksjonismen har ment, at når all viten og alle sosiale identiteter er kontingente, så er konsekvensen at alt flyter, og at all tvang og regelmessighet i det sosiale derfor er oppløst (Jørgensen og Phillips, 2006). De fleste sosialkonstruksjonistiske tilnærminger, oppfatter det sosiale felt som regelbundet og regulerende. Selv om viten og identiteter i prinsippet er uforutsigbare, er de i konkrete situasjoner alltid relativt fastlåste. Enhver konkret situasjon legger begrensninger for hvilke identiteter et individ kan påta seg, og hvilke utsagn som aksepteres som meningsfulle (Neumann, 2001). Diskursanalysen er utviklet innenfor et sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Noe av den viktigste kritikken som har blitt rettet mot diskursiv tilnærming til psykologisk arbeid, angår det som ser ut til å være mangel på ”en person” (Langdridge, 2006). Den diskursive psykologien og diskursanalysen representerer et ikke-kognitivistisk syn på mennesket i samfunnet. Man anerkjenner de ideologiske

kreftene som virker i konstruksjonen av subjektet, og advarer mot og ”grave i folks hoder” for å finne selvet. Heller enn å se etter indre mekanismer som kan forårsake atferd, mener de at vi bør konsentrere oss om å forstå språklige praksiser, noe som gir opphav til en ganske annen forståelse av selvet; et selv slik det konstrueres gjennom språket.

Diskursanalytikere ser altså ikke på menneskers indre intensjoner, men på den retoriske styrken til tekster, effekten av tekstene og de teknikkene som brukes til å produsere mening. Man ser på hva mennesker faktisk gjør i samtaler og hvilke ressurser de bruker, heller enn på hva vi har intensjoner om (ibid.).

En annen kritikk som blir rettet mot diskursanalyse er relatert til det som finnes utenfor diskursene. Innenfor de forskjellige formene for diskursanalyse er man enige om at diskurser konstruerer den sosiale verdenen, og at det ikke finnes noen mening som ikke er språklig. Dette har ført til at kritikere har stilt spørsmål om det *ekstra-diskursive*, det vil si det som ligger utenfor diskursene. De mener det er viktig å anerkjenne viktigheten av både det diskursive og det ekstra-diskursive. Dette er en filosofisk posisjon som anerkjenner hvordan virkeligheten alltid er språklig mediert, men også at den språklig konstruerte sosiale virkeligheten hviler på en fysisk verden som er ikke-språklig. Dette er en debatt som pågår enda, og kommer til å gjøre det i lang tid fremover (ibid.).

Det diskursive perspektivet

Diskursanalysen som teori og metode appellerer til de som er nysgjerrige på sammenhengen mellom betydningsdannelse og sosiale prosesser. Videre lever vi i en tid som på mange måter preges av normer i bevegelse og diskurser som kjemper om makten, hegemoni.

Diskursanalysen leverer redskaper til å undersøke, hvordan betydning skapes sosialt, og hvilke virkninger bestemte verdensbilder har for vårt sosiale liv. Vår omverden blir beboelig, fordi vi hele tiden tillegger den betydning - vi forstår den på bestemte måter. Vår forståelse gir oss retningslinjer for, hvordan vi kan handle i verden, og den får dermed sosiale konsekvenser. Diskursanalysen innehar videre en kritisk holdning, den viser at vi kunne ha forstått og innrettet verden annerledes.

Filosofen Michel Foucault betraktes å være opphavsmannen til diskursanalysen, både ved å utvikle teori og begreper, samt ved diverse empiriske studier. Foucault sier i *The*

Archeology of Knowledge (1972) at han bruker diskurs for å vise til "the general domain of all statements, sometimes as an individualizable group of statements" (ibid. s. 80). Foucault bruker diskursbegrepet i en slik postmoderne forstand, som et spesielt mønster eller måte å tenke og handle på. Begrepet omfatter, slik jeg forstår det, både ytringer og praksis. Carla Willig skriver: "Foucauldian Discourse Analysis is concerned with language and its role in the constitution of social and psychological life. From a Foucauldian point of view, discourses facilitate and limit, enable and constrain what can be said, by whom, where and when" (Willig, 2008).

Willig refererer videre til Ian Parkers definisjon av begrepet diskurs: "...sets of statements that construct objects and an array of subject positions" (ibid. s. 112). Disse konstruksjonene gjør bestemte "måter-å-se-verden" og bestemte "måter-å-være-i-verden" tilgjengelige. Diskurser tilbyr subjekt-posisjoner, som har betydning for hvordan verden oppfattes og erfares. Aktørene konstruerer i diskursiv praksis sin egen subjektposisjon og identitet, i relasjon til andres. Dette gjør at diskurser i tillegg har med maktforhold å gjøre. Foucault snakker om både begrensende, negativ, og produktiv, positiv, makt. Det vil si at makt og motmakt, dominerende og konkurrerende diskurser opptrer i relasjoner, kontekst og tid. Dominerende diskurser foretrekker de versjonene av virkeligheten som legitimerer de eksisterende maktrelasjonene og sosiale strukturer. Noen diskurser er så fundamentalt forankret i kulturen at de blir tatt for gitt, de forstås som "sunn fornuft", og er dermed vanskelig å utfordre. Diskurser uttrykkes både i tale og tekst, og de viser seg i institusjonalisert praksis.

Det diskursive perspektivet kan derfor oppsummeres på følgende måte;

- Diskurser setter rammer for hva som kan sies, gjøres og erfares av hvem, når og hvor.
- Diskurser gjør visse "måter å se verden" og "måter å være i verden" tilgjengelige.
- Diskurser har begrensende, negativ, og produktiv, positiv, makt.
- Makt og motmakt, dominerende og konkurrerende diskurser opptrer i relasjoner, kontekster og tid.

Et sosiokulturelt perspektiv

Det diskursive perspektivet har sin forankring i en sosio-kulturell praksis. Man kan si at dette er en perspektiv som den diskursive praksis er innvevd i. Det er et dialektisk forhold mellom diskursiv praksis og sosiokulturell praksis. På den ene siden konstituerer sosio-

kulturell praksis betingelsene for diskursiv praksis, på den andre siden virker diskursiv praksis inn på de sosiokulturelle praksisene og virker konstituerende for ikke-diskursive praksisformer. Man etablerer en forklaring av relasjonene mellom de diskursive og de sosiale prosessene.

Diskursanalyse

Jeg har valgt diskursanalyse som tilnærming. Denne tilnærmingen er valgt fordi diskursanalyse etter min mening er en velegnet tilnærming til undersøkelser som har utgangspunkt i den type problemstillinger som dreier seg om fortolkning, menings- og betydningsproduksjon og reproduksjon. Diskursanalysen har ikke ambisjoner om å finne universelle, objektive erkjennelser om mennesker, samfunn og verden, men fokuserer på spørsmål om fortolkning og mening, og om betingelsene for hvordan vi forholder oss til verden og hvorfor den sosiale virkeligheten fremtrer slik den gjør.

En ønsker altså å vise hvordan et fenomen utvikles og dannes; å skape bevissthet om at den måten vi i dag forstår samfunnet og hvordan det bør endre seg på ikke nødvendigvis er slik. Hensiktene er videre å vise det spillet som foregår mellom diskurser om å få lov til å strukturere meningsdanningen i samfunnet. Til slutt kan en analysere diskurser fordi en vil vise frem hvordan en dominerende diskurs konstruerer et fenomen.

Diskursteori og –analyse tar utgangspunkt i at vår tilgang til verden alltid skjer gjennom språket, og at vi gjennom språket skaper representasjoner av virkeligheten. Disse representasjonene kan aldri være rene avspeilinger av virkeligheten, men er med på å skape det vi oppfatter som virkeligheten.

Begrepet diskurs kommer fra det latinske begrepet *discursus* som betyr løpe frem og tilbake. Diskurs betyr tale, samtale, drøftelse. En diskurs er et sett med begreper, problemstillinger og formuleringer som ligger nedfelt i språket og som mange deler innenfor en gitt kultur. Som en semantisk term viser diskurs til en sammenhengende rekke språklige enheter som utgjør en mening. Innenfor litteraturteorien kan termen diskurs betegne måten en fortelling er fremlagt på, i motsetning til «handlingen»; *historien*, *fabelen*, *plottet*. Som et sosiologisk eller sosialkritisk begrep henviser diskurs til en institusjonelt fundert måte å tenke på. Diskursbegrepet framhever at det er en sammenheng mellom kreftene i samfunnet slik de materialiserer seg i institusjoner, i språket, og i individets erkjennelse. Diskurs i en slik betydning er tett forbundet med

forskjellige teorier om makt, hvor det å kunne definere diskursen ofte sidestilles med det å definere virkeligheten selv. Det foregår en stadig kamp om ordene som skal beskrive verden. Et eksempel kan være forskjellen mellom å bli kalt *terrorist* eller *frihetskjemper*. (Wikipedia.org, 25.feb.-09)

Diskurs kan defineres som en bestemt måte å tale om og forstå verden eller et utsnitt av verden på (Jørgensen & Phillips, 1999). Eller som et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett av sosiale relasjoner (Neuman, 2001).

Diskursanalyse dreier seg blant annet om å studere mening, studere mening der den oppstår, nemlig i språket selv. Diskursanalysen har tre sentrale tilnærminger; Ernesto Laclau og Chantal Mouffes diskursteori, Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse samt diskurspsykologien representert av blant andre Jonathan Potter og Margaret Wetherell. For å tolke det innsamlede materialet har jeg valgt å kombinere Laclau og Mouffes diskursteori med Foucault tilnærming til diskursanalyse som analytisk rammeverk for denne undersøkelsen, noe jeg kommer nærmere inn på i kapittel 4.0.

Epistemologi og metodologi

Hvilken epistemologisk forankring man har er avgjørende for hvilken metodologi og metode man velger i et forskningsarbeide. Epistemologi er klart forbundet med metodologi, men ikke med metode. Metodologien har med generell tilnærming til forskning, mens metoder betegner de konkrete teknikkene vi bruker. Metodologien vil altså være sterkt påvirket av vårt epistemologiske ståsted.

Sosialkonstruksjonismen danner det filosofiske grunnlaget, og det er denne epistemologiske forankringen som ligger til grunn for oppgavens metodologi og mine valg av metoder. Videre velger jeg å innta et mer kritisk metodologisk ståsted.

Metodevalg

Den opprinnelige betydningen av begrepet ”*metode*” er ”veien til målet”. Hvis man skal finne eller vise andre veien til målet, må man vite hva målet er (Kvale,1997).

For at oppgaven skal være gjennomførbar, velger jeg en metodisk tilnærming. Ut ifra tema og problemstilling er det hensiktsmessig å velge kvalitativ metode og dybdeintervju i denne studien. ”Kvalitative metoder handler om å karakterisere. Selve ordet kvalitativ henviser til kvalitetene, det vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomenene” (Repstad,1993). Røttene til den kvalitative tilnærmingen ligger i den hermeneutiske tradisjon, og selve materialet man arbeider med er tekster som skal fortolkes så kreativt og innsiktsfullt som mulig. Hensikten med kvalitative metoder er å avdekke deltakernes egne oppfatninger, meninger, motiver og tenkemåte.

Det kvalitative forskningsintervju

Det kvalitative forskningsintervju, som jeg vil ta utgangspunkt i, er basert på en faglig spørreteknikk i en halvstrukturert form og med en klar hensikt, også kalt konversasjon.

Denne konversasjonen kan defineres som:

Et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene (Kvale,1997).

Denne samtaleformen kan ikke sees på som en dialog mellom likeverdige parter, men et asymmetrisk forhold, da intervjueren er den som kommer med tema og følger kritisk opp med spørsmål til intervjupersonens svar. Under denne samtaleformen kan man ende med flere motstridende svar, da svarene er subjektive og avhenger av den som intervjues. Dette kan sees på som en styrke ved denne formen, da det viser variasjonene i forståelsen rundt gjeldende tema og viser mangfold i oppfattelsene (Kvale,1997). Dette har jeg erfart under mine intervjuer, hvor for eksempel vektlegging og bevissthet på barns psykiske helse har vist seg varierende.

På grunn av ulikheter i kommunenes organisering, som innebærer at informantene har litt forskjellige ansvarsområder og arbeidsoppgaver, vil det være hensiktsmessig med et fleksibelt opplegg for intervjuene. Intervjuene på helsestasjonene er tenkt å gjennomføres som halvstrukturerte intervjuer. Jeg vil utarbeide intervjuguide der det er bestemt hvilke temaer som skal belyses, og der noen spørsmål vil være faste for alle informantene.

Samtidig vil et slikt opplegg kunne gi rike muligheter for å stille oppfølgingsspørsmål tilpasset den enkelte kommune og den enkelte informant.

Utvalg

Ved kvalitative intervju er ikke hovedintensjonen å sammenligne enheter, men å oppnå tilgang til handlinger og hendelser som ses som relevante for undersøkelsens problemstilling. Tilgjengelighet til den enkelte informant og slik han eller hun ser verden omkring seg er det sentrale, ikke å telle hvor mange som ser det likt eller forskjellig. Det er jo nettopp muligheten til å nå dypt i det enkelte intervju som er intervjuets fortrinn i kvalitative studier (Ryen, 2002).

En diskursiv analyse innebærer transkriberinger og tidkrevende analysemetoder. Videre er fokus på språket og ikke menneskene som bruker språket. Det som er viktig er at teksten man analyserer sier noe om det man ønsker og utforske. Dette gjør at utvalgene ofte er få når man velger denne metoden. Ifølge Langdridge (2006) er det ingen garanti for validitet av analysen at størrelsen på utvalget øker. For å styrke validiteten i analysen poengterer Langdridge viktigheten av at forskeren trekker inn flere tekstkilder for å belyse om et diskursivt virkemiddel kan ha forskjellige funksjoner. Kvalitative metoder er omstendelige og dyptpløyende, derfor vil utvalget begrenses til relativt få informanter.

Vårt opptaksområde spenner over tre kommuner. Det vil derfor være naturlig å velge ut en helsestasjon fra hver kommune. Videre velger jeg p.g.a. omfang å begrense meg til en informant fra hver helsestasjon, altså 3 informanter totalt. Jeg kan foreløpig ikke se at flere informanter nødvendigvis vil bringe noe nytt til undersøkelsen. Knut Halvorsen skriver at man kan intervju til man når et metningspunkt og jeg forstår det slik at det kan bli nødvendig å endre antall informanter underveis. Antall informanter er også avhengig av hvor mange kategorier som skal undersøkes. Jeg har valgt en hovedkategori i min oppgave og det skulle tilsi nødvendigheten av et lite utvalg (Halvorsen, 2003).

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, det vil si at vi velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2003). Helsestasjonsvirksomheten i Norge med sin høye dekningsprosent av småbarnsfamilier innebærer en unik mulighet for å identifisere småbarnsfamilier med psykiske vansker. For å sikre meg utfyllende og nok datamateriell, ønsker jeg å få en så fylldig beskrivelse av den undersøkte praksis som mulig. Det vil derfor være viktig for

meg å velge informanter som kan reflektere inngående rundt sin egen praksis i lys av sine erfaringer og ferdigheter. Et strategisk valg av informant for meg vil være å sikre at informantene er kunnskapsrike og erfarne.

Jeg har valgt få informanter fordi jeg ønsket å kunne fange inn deres erfaringsverden sett i forhold til forskningsspørsmålet så langt dette var mulig. Bedre enn et stort utvalg er et gjennomtenkt utvalg, i følge Thagaard (2003).

Gjennomføring av intervjuene og intervjuguide

Intervjuene ble gjennomført i løpet av en to måneders periode, fra mars til mai 2007. Som intervjuform har jeg anvendt halvstrukturert forskningsintervju (Kvale, 1997). Styrken ved denne intervjuformen er bruk av intervjuguide. I intervjusituasjonen skal denne guiden konkret uttrykke det man ønsker å analysere (Widerberg, 2002). Spørsmålene i intervjuguiden ble forberedt før intervjuene ble gjennomført. En halvstrukturert intervjuform gjør at selve intervjusituasjonen og gjennomføringen av samtalene er lettere å styre, og at det innsamlede materialet blir mer oversiktlig for videre strukturering og analyse (Kvale, 1997).

I denne oppgaven velger jeg å benytte begrepet *informant* om de tre personene jeg har intervjuet. For å legge forholdene best mulig til rette for informantene, at de skulle slippe til dels lange reiser, ble samtlige tre intervjuer etter avtale holdt på deres hjemsteder. Intervjuene ble lagt til tidspunkter som passet best for informantene. Etter ønske fra informantene selv ble intervjuene gjennomført på deres arbeidssted.

Fra tidligere kjente jeg to av informantene gjennom eget faglig arbeid. Den tredje hadde jeg ikke møtt tidligere. For alle representerte jeg barne- og ungdomspsykiatrien, og jeg tenkte en god del på hvordan informantene ville oppleve meg, i rollen som behandler i barne- og ungdomspsykiatrien eller som forsker og student. Til det første intervjuet var jeg spent på hvordan det hele ville fungere. Hvordan ville intervjuformen og emneområdene bli mottatt? Ville situasjonen bli opplevd som kunstig, formell og kanskje også uvant for informanten, var tanker som var sterkt fremme på veien til dette intervjuet.

Alle tre informantene undertegnet samtykkeerklæringen i forkant av intervjuene, og samtlige intervjuer ble gjennomført med informantene alene. Jeg startet alle intervjuene

med en kort samtale om hverdagslige ting, småprat, før vi startet på selve intervjuet. Deretter presenterte jeg intervjuguidens emneområder, den halvstrukturerte intervjuformen, og masterstudien. Jeg gjentok også informantenes rettigheter når det gjaldt frivillig deltagelse i prosjektet. Samtlige ble spurt om de godtok bruk av diktafon, og alle tre aksepterte dette. Fordelen ved bruk av diktafon var at jeg i intervjusituasjonen ble mindre bundet, og følgelig kunne konsentrere meg mer om relasjonen til informanten. Andre fordeler var at jeg fikk med rikere detaljer, småord og ulike refleksjoner som ofte kan ha betydning for analysen.

Jeg opplevde å bli godt møtt av samtlige informanter, og emneområdene i intervjuguiden ble også bra mottatt. Videre fant jeg det nyttig og benytte erfaringsbaserte utsagn fra en informant som ny kunnskap som kunne anvendes i det neste intervjuet. På denne måten erfarte jeg en generering eller eksplorering av kunnskap mellom informant og intervjuer direkte ut fra intervjurelasjonen, noe som bidro til at intervjuguiden ble noe revidert underveis.

Analyseprosessen og tolkning av materialet

Undersøkelsen har blitt gjennomført som en intervjustudie med et utforskende siktemål, basert på en diskursanalytisk og sosialkonstruksjonistisk tilnærming. Studien er sosialkonstruksjonistisk og diskursanalytisk i den forstand at det blir gitt fremstillinger av helsesøstres virkelighetsbeskrivelser og hvordan de bygges opp.

Analysen av datamaterialet viste seg å bli den mest krevende delen av prosessen. Datamaterialet var omfattende og variert, og i begynnelsen var jeg usikker på i hvilken ende jeg skulle begynne. Det finnes ingen standardprosedyre for kvalitative analyser, men det finnes mange råd om teknikker som kan brukes. Teknikker som ofte anvendes er *horisontale* og *vertikale* analyser, der horisontale analyser er temasentrerte og omfatter det samlede intervjumaterialet, mens vertikale analyser går i dybden i hvert intervju for seg (Thagaard, 2003). Jeg brukte begge disse teknikkene på ulike måter gjennom hele analyseprosessen. Det første, nødvendige skrittet i analysen var imidlertid å transkribere intervjuene.

Transkripsjonen innebar at jeg fikk gått gjennom intervjuene i et lavt tempo og hver for seg. Dette ga meg en god repetisjon av hva som hadde blitt sagt, i tillegg til at jeg fanget

opp en del nye momenter. Etter at jeg hadde transkribert intervjuene var neste skritt å skrive korte sammendrag av hvert enkelt intervju, en teknikk Kvale (1997) kaller *meningsfortetting*. På denne måten ble jeg tvunget til å gjengi den umiddelbare mening i det som ble sagt med få ord. Ved å komprimere det som ble sagt fikk jeg en større oversikt over intervjumaterialet og kunne generere ulike forståelser blant informantene. I neste steg benyttet jeg meg av en mer temasentrert eller horisontal framgangsmåte.

Jeg lagde ulike tabeller, hvor hver tabell hadde et tema som i utgangspunktet var inspirert av spørsmålene som lå til grunn for problemstillingen og også tematisert i intervjuguiden. Jeg fortsatte så med å identifisere hvordan disse sentrale temaene og begrepene ble konstruert i teksten. Problemstillingen omfattet for eksempel de diskursive objektene *barns psykiske helse* og *tidlig intervensjon*. Begrepet barns psykiske helse kan for eksempel bli konstruert gjennom et helhetlig helseperspektiv eller som en samfunnsutfordring, tidlig intervensjon gjennom å snakke om forebygging. Samtidig som jeg så etter hvordan disse begrepene ble konstruert, var jeg også oppmerksom på varierende og motsetningsfylte konstruksjoner. Begrepet *tidlig intervensjon* kunne for eksempel i en intervjutekst konstrueres både som en faglig forankret inngripen fra helsesøstrene, og som noe som forutsatte et samarbeid og en ”bestilling” fra foreldrene.

Neste skritt i analysearbeidet var å undersøke i hvilke kontekster de ulike konstruksjonene ble ”satt i arbeid”. Hvilke funksjon har de ulike konstruksjonene i teksten, hva oppnås med å konstruere barns psykiske helse på akkurat denne måten i akkurat dette utdraget av teksten? Hvordan relaterer denne konstruksjonen seg til andre konstruksjoner som snakkes frem andre steder i materialet? Jeg så også på hvilke subjektposisjoner de identifiserte diskursene åpnet for. For eksempel: Hvordan posisjonerer den helsesøsteren seg, som tar i bruk diskursen om at tidlig intervensjon forutsetter en ”bestilling” fra foreldrene, i forhold til de sakene hvor det er forskjellig oppfatning av barnets uttrykk og atferd? Posisjonerer hun seg som beskyttende overfor barnet, foreldrene eller seg selv som fagperson?

Jeg fortsatte så videre med det andre spørsmålet i min problemstilling. Dette omhandlet helsesøstrenes praksis. Hvilke muligheter og begrensninger for handling representerer de ulike diskursene og posisjonene? Den siste fasen i denne måten å analysere diskurser på, er å undersøke forholdet mellom diskurs og subjektivitet. Etter og tidligere ha stilt spørsmål ved hva som kan sies og gjøres innenfor forskjellige diskurser, er fokuset nå på

hva som kan føles, tenkes og erfares innenfor de forskjellige subjektposisjoner. Det er på denne måten erfaring av praksis konstituerer både diskurs og posisjon.

Min tolkning av materialet i denne undersøkelsen trenger ikke være lik andre leseres tolkning av det samme materialet. Jeg arbeider til daglig som behandler ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, og har både synspunkter på og erfaringer med temaer berørt i denne undersøkelsen. Dette gjør meg forholdsvis ”nærsynt” overfor ”tatt-for-gitt-heter”, til tross for at jeg i posisjonen som forsker forsøker å bruke litt andre briller enn de jeg har som terapeut og behandler. Denne prosessen, med vektlegging av egen forforståelse og dets betydning, er også aktiv når jeg skriver denne oppgaven. Alt som skrives her er mine valg, delvis med utgangspunkt i egne og andres refleksjoner, delvis med utgangspunkt i intervjuetekst og litteratur, og satt sammen til ny tekst av meg. Ethvert valg innebærer ”bort-velgelses”. En annen ville sannsynligvis ha foretatt andre valg. Når denne oppgaven leses, forstås og vurderes, må dette gjøres med utgangspunkt i at all tekst kan leses og re-leses og stadig gi ny mening innenfor nye kontekster.

Det jeg presenterer som ”funn” i analysen er ikke å betrakte som statisk kunnskap som skal forstås en gang for alle. Oppgavens tekst inviterer leseren til å vurdere om noe er gjenkjennelig og samtidig om ny mening kan konstitueres, ved at flere og varierende aspekter belyses i teksten (Kvale, 1997).

Forskningsetiske refleksjoner

Ifølge Kvale (1997) begrenser ikke etikk seg til feltarbeidet, men refererer til alle stadier i en forskningsprosess. Visse etiske aspekter går igjen i de fleste oversikter: Samtykke, konfidensialitet og tillit.

I forskning vedrørende mennesker må man alltid ta hensyn til personvern, taushetsplikt og anonymisering. Dessuten må man innhente frivillig informert samtykke; det vil si at deltakerne må få vite på forhånd hva de skal delta i. ”En skal innhente forsøkspersonens samtykke etter at vedkommende er blitt informert om forsøkets hensikt, natur, ubehag samt potensiell nytte og risiko” (Hovedkomiteen for norsk forskning, 1981).

Dessuten må informantene få vite at de kan trekke seg underveis. De såkalte Helsinki-deklarasjonene har satt opp klare forskningsetiske normer for denne type forskning.

Helsinkidekralasjonen 20,21

21, Forsøkspersonenes rett til å verne om sin integritet må alltid respekteres. Alle forholdsregler skal tas for å respektere forsøkspersonenes privatliv, behandle pasientopplysninger konfidensielt og redusere til et minimum studiens mulige innvirkning på vedkommendes fysiske og mentale integritet og personlighet.

22, Ved forskning på mennesker må forsøkspersonen gis fyllestgjørende informasjon om formål, metoder, finansieringskilder, interessekonflikter, forskerens institusjonstilhørighet, forventede fordeler og mulige risikoer i forbindelse med studien, og det ubehag som den kan medføre. Forsøkspersonen skal gjøres kjent med sin rett til ikke å delta i studien, og til på et hvilket som helst tidspunkt å trekke tilbake et gitt samtykke uten frykt for negative konsekvenser. Etter å ha forvissnet seg om at forsøkspersonen har forstått informasjonen, skal legen sørge for å få hans eller hennes fritt avgitte informerte samtykke, fortrinnsvis skriftlig. Dersom det ikke er mulig å få samtykket skriftlig, må det ikke-skriftlige samtykket dokumenteres og bevitnes.

Jeg vil i forkant informere og innhente samtykke fra informantene og anonymisere uttalelser fra intervjuene slik at ingen skal kjenne seg igjen. Videre vil jeg oppbevare lydbånd etter samme kriteriene som journal, og jeg vil ha en makuleringsdato på disse. Jeg skal ikke foreta intervju av brukere slik at søknad til REK ikke var aktuelt.

Reliabilitet og validitet

Høy reliabilitet kjennetegnes av at man oppnår likelydende svar ved parallelle eller gjentatte, like undersøkelser. Problemet med en kvalitativ undersøkelse med intervju er imidlertid at den aldri kan bli utført på samme måte og i samme situasjon, da intervjuene blant annet er person- og kontekstavhengig. Vurdering av reliabilitet kan dermed bli vanskelig. På den annen side dreier reliabilitet i kvalitative forskningsintervjuer seg først og fremst om å motvirke en vilkårlig subjektivitet (Kvale, 1997). Å ta opp intervju på bånd er for eksempel med på å øke en undersøkelses reliabilitet. Det samme er en grundig transkripsjon som tar sikte på å gjengi informanten så presist som mulig. Andre eksempler vil være bevisstgjøring omkring og eventuelt reduksjon av ledende spørsmål, og å bruke intervjuisiteter som en sentral del av forskningsrapporten, inkludert spørsmålene som fremkalte bestemte svar. Alt dette har jeg så langt som mulig søkt å etterstrebe.

Validitet kan i stor grad sidestilles med "gyldighet" eller "sannhet". Spørsmål om validitet vil inkludere spørsmålet om hva slags kunnskap det er mulig å innhente gjennom intervjuer. Fordi et sosialkonstruksjonistisk syn innebærer en avvisning av at kunnskap på en objektiv måte kan avspeile virkeligheten, vil det være umulig å finne fram til en metode som garanterer hundre prosent valid eller sikker kunnskap. Det betyr imidlertid ikke at en må forkaste validitetskriteriet. Selv om en ikke søker etter absolutt, sikker kunnskap kan en etterstrebe og produsere forsvarlige, velbegrunnede utsagn. I følge Kvale

(1997) avhenger en slik type validitet i stor grad å stille kvalitetskrav til undersøkelsen. Dette innebærer at validitetskravet bør gjennomsyre hele forskningsprosessen, og at funnene ”kontinuerlig må sjekkes, utspørres og tolkes teoretisk”. Under intervjuene innebærer dette blant annet at en foretar en grundig utspørring om meningen med det som blir sagt og en ”på-stedet-kontroll” av informasjonen som gis. Under analysen vil det innebære å være kritisk til egne tolkninger, samt at tolkningene er logisk konsistente (Kvale, 1997). Dette er mål jeg har forsøkt å etterstrebe under hele prosessen.

En forskningsprosess vil uunngåelig innebære en rekke valg. Hva man velger bort, og dermed sitter igjen med, vil bl.a. være avhengig av forskerens forståelse av hva man skal utforske. Forskeren må med andre ord inneha en viss forforståelse av hva han eller hun vil utforske, før forskningen begynner. Såfremt det finnes mer enn en måte man kan forstå sammenhengen på, blir man tvunget til å oppgi ideen om den objektive eller verdi-neutrale forskeren, da forskeren i disse situasjoner er nødt til å velge hva han vil fordype seg i.

Avslutning

I dette kapitlet har jeg forsøkt å gi en presentasjon av mine metodiske valg, erfaringer og utfordringer jeg har møtt gjennom innsamling og analyse av det empiriske materiale. Målet har vært å beskrive hvordan denne prosessen har foregått, samt gjøre rede for mine valg av metodologisk ståsted og koblingen mellom empiri og teori. Til slutt har jeg drøftet metodens og analysens vitenskapelige holdbarhet.

3.0 Teoretisk rammeverk

Innledning

I dette kapitlet vil jeg gjøre nærmere rede for noe av forskningslitteraturen om små barns psykiske helse og tidlig intervensjon. Videre vil jeg presentere teoretiske perspektiver på selvutvikling, identitet og selvnarrativer, inspirert av spedbarnsforskeren Daniel Stern, psykologen Jerome Bruner og psykodynamikeren John Bowlby. De representerer alle perspektiver jeg finner interessante og relevante opp mot problemstillingen.

Nyere sentral forskning

Barn og unges psykiske helse er høyt prioritert hos helsemyndighetene. Sosial- og helsedepartementets *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 til 2006* (Sosial- og helsedepartementet, 1998), representerer et bredt sett av virkemidler for å styrke tjenestetilbudene til barn og unge. I tillegg har regjeringen gjennom en egen strategiplan presentert 100 konkrete tiltak for økt satsning på barn og unges psykiske helse. Avdelig for psykisk helse er involvert i en rekke prosjekter med fokus på tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Prosjektene omfatter problemstillinger relatert til forebygging, tilgjengelighet og tidlig hjelp, kapasitet og kompetanse, samordning, samhandling og brukervedvirkning.

I Regjeringens Strategiplan for barn og unges psykiske helse, ”sammen om psykisk helse”, fra 2003 var sped- og småbarn i risiko viet et eget tiltakspunkt, tiltak 42. RBUP Øst og Sør fikk oppdraget med å lage en oversikt over systematiske tiltak på feltet og en forskningsbasert kunnskapsstatus.

Rapporten ”*Sped- og småbarn i risiko*” (RBUP Øst og Sør, 2008) omhandler en drøfting av hvem som er i risiko, kunnskapsgrunnlaget for tidlig innsats, en oversikt over praksisfeltet og en anbefaling om kartleggingsverktøy og behandlingsmetoder. Jeg vil i det følgende referere til denne rapporten samt til studien ”*Trivsel og oppvekst, barndom og ungdomstid*” utarbeidet av Nasjonalt Folkehelseinstitutt (Mathiesen m.fl., 2007).

Begge rapportene presiserer at det finnes få epidemiologiske studier på forekomst, fordeling og forløp av utviklingsforstyrrelser og psykopati hos barn i alderen 0-5 år. De fleste av de undersøkelsene som finnes har omhandlet emosjonelle problemer og utagerende atferdsvansker, her refereres det til to undersøkelser; Briggs-Gown et al. 2001, Sourander 2001. Videre omtales en undersøkelse fra Universitetet i Bergen; Gilberg m.fl. fra 2007. Dette er en undersøkelse av barn i alderen 7-9, som viste at 1 av 15 barn, d.v.s. 8%, har psykiske vansker som krever behandling. Det refereres også til en ny dansk undersøkelse; the Copenhagen Child Cohort fra 2000, hvor det rapporteres om forekomsten av psykiske helseproblemer hos barn i 18 mnd. alder. Forstyrrelser i foreldre-barn- relasjonen ble funnet hos 8% av barna. Dette sammenfaller med den norske TOPP-studien fra Nasjonalt folkehelse institutt (Mathiesen m.fl., 2007) som viser en tilsvarende forekomst, samtidig som den viser at atferdsproblemer og sosial kompetanse i 8 års alder

til en viss grad kan identifiseres allerede ved 18 måneders alder. Denne undersøkelsen vil jeg komme nærmere inn på seinere i kapittelet.

Det finnes noen, men ikke samlede tall, for hvor mange sped- og småbarn med psykiske forstyrrelser som blir fanget opp. Antall henviste barn til BUP i alderen 0-3 år utgjør 0,7% ifølge tall fra SINTEF Helses SAMDATA (2008). Tall fra BUP-data viser altså at antall sped- og småbarn som fanges opp av hjelpeapparatet, er svært lavt. Dette til tross for at nærmere 98% av barna er i kontakt med helsestasjon og fastlege. Videre er det etter hvert et stort antall barn som fra ettårs alder har et barnehagetilbud. Dersom en tar utgangspunkt i Sosial- og helsedirektoratets målsetting om at 5% av barnebefolkningen skal få et tilbud fra BUP, gir dette grunnlag for å hevde at antall barn som fanges opp av psykisk helsevern, er svært lavt. Dette er en slutning man kan gjøre med bakgrunn i kunnskap om stabiliteten av tidlig identifiserbare vansker og utviklingsforstyrrelser. Jeg vil videre gå mer inn på rapporten fra TOPP-studien som er nettopp er interessant fordi den bl.a. påpeker at problematferd kan identifiseres svært tidlig.

TOPP – studien ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt

TOPP-studien ”*Trivsel og oppvekst, barndom og ungdomstid*” (Mathiesen m.fl.,2007) har innhentet opplysninger om både oppvekstmiljøet og egenskaper ved barnet selv, og fulgt barn fra de er ett år og inn i ungdomstiden. Studiens målsetning er å fremskaffe kunnskap om norske barnefamilier som kan bidra til å danne grunnlag for å bedre helsefremmende, forebyggende og behandlende tiltak. I rapporten ”Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid” har forskerne Kristin S. Mathiesen, Anne Kjeldsen, Annie Skipstein, Evalill Karevold, Leila Torgersen og Helene Helgeland presentert sine forskningsfunn. I rapporten formidler de også ny kunnskap til fagfolk som jobber med barn og unges psykiske helse .

Flest barn og unge med psykiske plager i vanlige familier

De fleste barn og unge med psykiske plager kommer fra helt vanlige familier. Det viser funn fra Topp- studien. Det er viktig å merke seg at hovedparten av barna som utvikler betydelige psykiske plager og normbrytende atferd som tyveri, skoleskulk og mobbing ikke kommer fra spesielle risikogrupper. Derfor er den største utfordringen å iverksette tiltak som forebygger problemutvikling hos barn flest og bedrer oppvekstmiljøet til alle barn samt øke kompetansen i kommunenes tjenesteapparat, sier forsker Kristin S.

Mathiesen. Den høyeste andelen barn og unge med psykiske plager og normbrytende atferd, fant de likevel i familier hvor foreldrene selv hadde psykisk sykdom, var rusmisbrukere eller voldelige eller hadde visse typer minoritetsbakgrunn. Disse familiene er imidlertid tallmessig få, og det høyeste antallet barn og unge med problemer kommer altså fra helt vanlige familier konkluderer rapporten med.

Resultater fra TOPP-studien viser også at det er mulig å identifisere forstadier til psykiske plager allerede fra barn er halvannet år gamle. Om lag en fjerdedel av barna med betydelige plager i halvannetårsalderen, hadde fremdeles slike da de var åtte år. Dette understreker hvor viktig det er å ha et godt helsestasjonstilbud som både kan bidra til å bedre oppvekstmiljøet for alle barn og samtidig gi barn som bekymrer oss tettere oppfølging. Rapporten fant videre at risikoforhold som allerede var til stede da barna var halvannet år, fremdeles virket inn på deres symptomnivå tre år senere.

Videre har forskerteamet bak TOPP har også funnet at forekomsten av psykiske plager minsker dersom de sosiale ferdighetene øker, samt at utviklingen av sosiale ferdigheter var relativt uavhengig av belastningsnivået i familien. Dette tyder på at vi kan oppnå betydelige helsegevinster gjennom å styrke barns og unges mestringssevne og sosiale kompetanse, sier Mathiesen. ”Å fjerne belastningene til barn og unge er en viktig målsetning, men vi kan oppnå like god effekt på den psykiske helsen til barn og unge ved å øke de sosiale støttefunksjonene og styrke den sosiale integrasjonen i vennenettverk, familie og jobb – både til barna, ungdommene og mødrene deres. Helsestasjoner, barnehager og skoler er naturlige arenaer hvor dette bør vektlegges enda kraftigere enn i dag. I tillegg er det viktig å tilby ungdomsklubber” (Mathiesen m.fl, 2007).

Forstadier til psykiske problemer vises i tidlig barndom

Et av fem barn med problematferd rundt 18 måneders alder utviklet klare symptomer på angst og depresjon da de var åtte år, viser funn fra TOPP-studien. Balansen mellom belastninger og støtte i barnas tidlige oppvekstmiljø bestemmer hvilke barn som klarer seg godt og hvilke som utvikler vansker. I studien undersøkes blant annet hvor stabil problematferd er hos et- til toåringer gjennom førskolealderen, og hvilke oppvekstforhold som påvirker symptomer på angst og depresjon hos barna.

Resultater fra prosjektet viste at en god del av åtteåringens sosiale ferdigheter og problematferd kan forklares ut fra risikofaktorer og støttefaktorer som var til stede hos barnet og i familien allerede da barnet var 18 måneder. Noen av barna i studien utviklet

forbigående vansker til tross for at de kom fra belastede familier. Dette ble sett i sammenheng med at barnet vokste opp i miljøer som gjennomgikk positive forandringer. Hvis familien fikk god sosial støtte fra venner og naboer da barna var 18 måneder, forebygget dette senere psykiske vansker og bidro til at barna utviklet god sosial kompetanse (Mathiesen m.fl.,2007).

Ifølge TOPP-studien viser tidligere undersøkelser at mellom 10 og 20 prosent av alle barn mellom fire og ti år har så store psykiske plager at det virker inn på deres daglige fungering. Psykiske vansker er et av vår tids største helseproblem, en regner at vel en tredjepart av barna med klare plager trenger profesjonell hjelp, sier Mathiesen. Hun forteller at resultater fra internasjonal forskning tyder på at alvorlige vansker har høy stabilitet. Vanligvis vil mer enn 40 prosent av fireåringene med behandlingstrengende problemer fremdeles ha slike vansker når de er ti år. ”Når det gjelder denne gruppen barn trenger vi ikke å vente på mer forskning før vi setter inn forebyggende tiltak. Forholdene i Norge ligger godt til rette for arbeid med utsatte familier i de første par årene i barnas liv. Barnefamilier flest har blant annet hyppig kontakt med helsestasjonene i løpet av småbarnsperioden,” sier Mathisen.

Viktig med gode helsestasjoner

Det er viktig at kommunenes hjelpeinstanser, som helsestasjonen, får kompetanse og informasjon som gjør dem i stand til å finne fram til barn med økt risiko for å utvikle psykiske plager. På den måten vil de kunne sette i gang med hjelpetiltak så tidlig som mulig i forløpet (Mathiesen, m. flere 2007). Forskerne fra TOPP-studien påpeker at det derfor er viktig å ha et godt utbygd helsestasjonstilbud som alle barn kan nyte godt av. De hevder at de kommunale tilbudene bør rustes ytterligere opp og tilføres mer kompetanse om barns psykiske helse. Forskerne påpeker også at det bør rettes mer oppmerksomhet mot mødre med psykiske plager for å forhindre at også barna utvikler sine. De påpeker at helsevesenet i dag ikke anvender undersøkelsesmetoder som gjør det mulig å finne fram til deprimerte mødre og støtte disse allerede fra svangerskapet og framover, og at de aller fleste kommuner mangler spesialutdannet personell som er velegnet til å jobbe med denne målgruppen (ibid.).

Barns selvutviklingsmodell, relasjoner og narrativer

Utviklingspsykologien har vært et forskningsområde i sterk ekspansjon de siste årene. Mye av den tradisjonelle tenkningen omkring barns utvikling har gjennomgått store forandringer (Johnsen m.fl. 2000). Psykoanalytikeren og spedbarnsforskeren Daniel Stern har på mange måter vært en foregangsperson på dette området. Et viktig anliggende for Stern har vært å gjøre den forskningsbaserte kunnskapen til en ressurs også for klinisk praksis. Ut fra en integrasjon av begge disse perspektivene – det observerte og det kliniske spedbarnet – har han utformet hva han kaller en arbeidshypotese om det subjektivt opplevende spedbarnet. Stern hevder at spedbarnet helt fra fødselen av aktivt deltar i å konstruere sin egen verden, og at konstitueringen av barnets selv foregår i et kontinuerlig samspill med omgivelsene og andre.

Utviklingen av selvet med tilhørende relasjonsområder fremstiller Stern i en fem-trinns modell av selvopplevelser:

1. Det gryende selvet (0 – 2 mnd.) Følelsenes verden
 2. Kjerneselvet (2 – 6 mnd.) Den nære sosiale verdenen
 3. Det subjektive selvet (7 – 15 mnd.) Sinnlandskapets verden
 4. Det verbale selvet (15 – 18 mnd.) Ordenes verden
 5. Det narrative selvet (3 – 3 1/2 år) Historienes verden
- (Stern, 2003)

Stern mener at spedbarnet har evnen til å oppleve en følelse av et oppvåkne selv helt fra begynnelsen av, og at det er aktivt i dannelsen av et *gryende selv* i løpet av de to første månedene. Denne selvopplevelsen vil være til stede resten av livet. Mens det gryende selvet muliggjør en helhetsopplevelse, er *kjerneselvet* basert på at spedbarnet gir inntrykk av å ha en integrert opplevelse av seg selv som fysisk atskilt fra andre, med egne handlinger og følelser. På grunnlag av forskjellige konkrete samspillsepisoder med f.eks mor, vil spedbarnet konstruere en abstraksjon eller en slags gjennomsnitt av disse erfaringene. Denne gjennomsnittserfaringen er en indre representasjon. Disse danner arbeidsmodeller som gir utgangspunkt for relasjonelle forventninger og handlinger. Det *subjektive selvet* utvikler evnen til å kunne dele følelsestilstander med andre. Et nytt opplevelses- og relasjonsområde blir mulig. Stern kaller det følelsen av et subjektivt selv. Barnet viser nå en intuitiv følelse for andre

mennesker, og det har en indre verden som kan formidles til andre. Deling av felles oppmerksomhet, deling av intensjoner og deling av affektive tilstander. Dette er det som menes med *intersubjektivitet*.

Barnet kommer fra og med ca toårsalderen til å leve i to verdener : ordenes verden og følelsenes verden. Ett nytt opplevelsesområde stiger frem gjennom ordene. Språket blir et nytt medium til samspill og nærhet, men kan også bli et redskap til å forvrengte, forvirre og manipulere opplevelser og føre til en økende opplevelse av ensomhet.

Det *narrative selvet* dreier seg om å skape mening og sammenheng gjennom å fortelle sine egne historier, snakke om seg selv med egne ord. Stern kaller dette en *følelse av et fortellende selv*. Den primære funksjonen ved den narrative historie er å organisere opplevelse og erfaring. Det er en beskrivelse av et forløp over en viss tid. Fortellingen er en måte å skape en meningsfylt sammenheng på, å sortere ut det viktige fra alle inntrykkene, og å sette det sammen til en årsakskjede og i et tidsforløp. Gjennom å skape et bilde av seg selv og sin opplevelse, påvirker man sitt eget speilbilde, identiteten skapes i fortellingen.

Utvikling, slik Stern definerer det, er altså en kontinuerlig konstruksjonsprosess.

Teoretikere som Freud, Erickson og Piaget, beskriver utviklingen hos barnet i et antall forskjellige faser eller stadier som avløser hverandre. Til hver fase hører det en spesiell utviklingsoppgave som barnet er opptatt av akkurat da, for eksempel gjennomgår de en fase hvor selvstendigheten er det sentrale. Når barnet går inn i en ny fase, ”lukkes døren” til den forrige. Man tenker seg at resultatene av det som hendte i den forrige fasen, og hvordan barnet lyktes i å løse oppgaven der, setter varige spor i personligheten som barnet siden bærer med seg gjennom livet.

Her skiller Stern seg fra overnevnte teoretikers mer faseorienterte og lineære syn på utvikling. Han mener at det ikke finnes spesielle perioder der en utviklingsoppgave skal løses før man går videre til neste. Sentrale menneskelige livstemaer som for eksempel tillit og selvstendighet er forhold som utvikles, påvirkes og forandres gjennom hele livet. Ser vi utviklingen på denne måten, blir ingen ting for sent. Vi påvirkes, forandres og utvikles hele livet. De vanskene vi sliter med, kan vi arbeide med og forandre her og nå. Vi må ikke vende tilbake til en spesiell utviklingsfase der noe gikk galt, for så å løse opp knutene der. Videre kan vi heller ikke forutsi en utvikling ut fra spesielle hendelser i en bestemt utviklingsfase. Det finnes ifølge Stern en iboende, selvkorrigerende kraft i den menneskelige utviklingen. Feil kan kompenseres og repareres.

Sterns syn på utvikling representerer på mange måter et sosialkonstruksjonistisk perspektiv; Mennesket konstruerer gjennom samhandling og erfaring sitt bilde og sin forståelse av verden, og virkeligheten konstitueres gjennom språket. Virkeligheten blir så organisert og bevart gjennom narrativer.

Begrepet narrativ stammer fra det latinske ordet *gnarus* som betyr å ha kunnskap eller kjennskap til noe. Et narrativ er et muntlig eller skriftlig uttrykk som representerer hendelser, og hvor hendelsene er satt i tids- eller årsaksmessige sammenhenger (Wikipedia.org, 25.feb.09)

Begrepene fortelling og narrativ brukes ofte om hverandre. Et narrativ eller en fortelling innebærer en relasjon: Noen forteller noe til noen. Konteksten, den situasjonen fortelleren befinner seg i og de sosiale og kulturelle forventninger som knytter seg til denne, innvirker på hva som kan fortelles og plottet. Profesjonelle hjelpere vil ofte søke å finne en konstruktiv narrativ ramme rundt en situasjon, en ramme som peker mot en fremtid eller en endring som oppfattes som meningsfull for pasienten.

De siste 20 årene har det vært en økende interesse for narrativers betydning for samspill mellom mennesker og menneskelig utvikling (Haavind/Øvreeide, Mæhle 2007). Psykologen Jerome Bruner støtter Sterns oppfatning av en tidlig narrativ struktur (Haavind/Øvreeide, 2007). Bruner hevder at narrativer står sentralt i prosessene som leder fram til at barn lærer å organisere og skape mening av sine erfaringer. Barns tilegnelse av narrativ kompetanse går derfor, ifølge Bruner, parallelt med tilegnelse av mening. Narrativ utvikling skjer i språklig samspill mellom barn og viktige andre. Foreldrenes bidrag til å stimulere og understøtte barnas fortellinger om egne opplevelser – fortolkningene, spørsmålene, forslagene – blir av Bruner omtalt som ”scaffolding” eller stillasbygging. Ifølge Bruner er dette samspillet en forutsetning for utvikling av den narrative kompetansen. Bruner argumenterer videre for at spedbarn har en medfødt primitiv disposisjon for narrativ organisering. Det er en nær sammenheng mellom narrativ utvikling og språkutvikling. Spedbarn har ifølge Bruner artstypiske forutsetninger som danner basis for språklig og narrativ utvikling, samtidig som de er grunnleggende avhengige av sine omsorgspersoners sensitivitet, innlevelse, forståelse og bistand for å utvikle disse ferdighetene (ibid.) Knytter man dette opp mot Sterns teori, vil jeg tenke at

barns følelsesmessige erfaringer kan nås gjennom foreldre og andres voksnes affektive inntoning, i tillegg til utveksling av mening gjennom verbalt språk og narrativer.

Tilknytningsteori og små barns psykiske helse

Et grunnleggende premiss i tilknytningsteori er at mennesker er primært relasjonelle vesener. Omsorgsgiverens sensitivitet og kontingens i samspill med barnet er en god prediktor for trygg tilknytning, mens mangel på kontingens og tilgjengelighet fra omsorgsgiverens side blir assosiert med ulike varianter av angst og utrygg tilknytning (Lieberman, 1997). Det er imidlertid også viktig å huske at oppvekstmiljø som disponerer for utrygg tilknytning, vanligvis også inkluderer en rekke andre risikofaktorer; vold, overgrep og andre former for omsorgssvikt. Dette er risikofaktorer som ikke trenger å ha noe med tilknytning som sådan å gjøre. Det er med andre ord foreldrenes fortolkninger av barnets aktiviteter og preferanser som gjør dem i stand til å respondere på en sensitiv, konsistent og utviklingsstøttende måte. Tilknytning er et relasjonelt begrep. Det betyr at trygg eller utrygg tilknytning ikke er en egenskap hos barnet, men et kjennetegn ved relasjonen mellom barnet og viktige andre. Slike relasjoner utvikles og endres over tid, barns tilknytningserfaringer har utviklingsmessige konsekvenser ved at de blir generalisert som en sosial innstilling og dermed påvirker hvordan nye utfordringer takles.

Et av de mest aktuelle forskningsområdene når det gjelder forståelsen av sped- og småbarns psykiske helse, springer ut fra tilknytningsteori, som nettopp har fokus på betydningen av kvaliteten på den tidlige omsorgen for barnets tilknytningstrygghet (Haavind/Øvreeide, 2007). Trygg tilknytning er en beskyttelsesfaktor som fremmer barnets selvfølelse og sosiale tilpasning.

Den engelske psykodynamikeren John Bowlby tydeliggjør i sin teori interaksjonens betydning i forholdet mellom mor og barn. Barnet blir født med et visst atferdsrepertoar, som inngår i barnets samspill med moren, helt i fra fødselsøyeblikket, og at mor og barn gjensidig påvirker hverandre over tid. Dette innebærer at det eksisterer en toveis kommunikasjon der barnet påvirker sitt livsmiljø, og livsmiljøet påvirkes så igjen av barnet. I en videre betydning, innebærer dette at barnet er sosialt aktivt helt i fra fødselen. Dette står i en motsetning til både psykoanalytisk- og læringspsykologisk teori, som betrakter det nyfødte barnet som ”ikke sosialt” ved fødselen.

Bowlby antok at trygghet eller utrygghet i tilknytningsrelasjonen påvirker barns utvikling av indre representasjoner, eller ”arbeidsmodeller”, av verden. De indre arbeidsmodellene er basert på barnets forventninger om tilknytningspersonens atferd i truende eller fryktvekkende situasjoner. Modellene utvikles til bredere representasjoner av selvet, tolkninger av egne erfaringer og regler for hvordan barnet samhandler med andre. En kan si at barnets indre arbeidsmodeller fungerer som ”fortolkningsfiltre”. De indre arbeidsmodellenes funksjon er å hjelpe barnet til å forstå hva som skjer, forutsi hva som vil kunne hende i fremtiden, og lage strategier for handling i tilknytningsrelevante situasjoner (Haavind/Øvreeide, 2007).

Både trygg og utrygg tilknytning kan betraktes som adaptive strategier. Et viktig aspekt er hvor akseptabelt og kompetent barnet selv synes det er, og i hvilken grad oppfatter at det er verdt å bli elsket. Videre er det avgjørende hvor tilgjengelig og emosjonelt støttende barnet oppfatter tilknytningspersonen.

Fordi tilknytningsrelasjoner blir til indre arbeidsmodeller, vil tidlige erfaringer og forventninger virke fremover i tid og påvirke senere atferdsmessige og emosjonelle tilpasninger, selv i nye kontekster og overfor andre personer enn foreldrene. Relasjoner, hvor tilknytningspersonen er kilden til både frykt og trygghet, vil kunne føre til en sterk konflikt hos barnet. Barn i slike relasjoner kan vise en forvirret og oppgitt atferd, de mangler en klar strategi for hvordan de skal forholde seg til omsorgspersonen, og de viser gjerne motstridende og ikke – organiserte tilknytningsmønstre. Ifølge Bowlby, og i tråd med senere forskning, er det en klar sammenheng mellom en slik desorganisert tilknytning og senere atferdsvansker (ibid.).

I tilknytningsteori defineres det hva som kjennetegner psykisk helse og ønsket psykologisk utvikling, samtidig som det spesifiseres i noen grad hvilke betingelser som må være til stede for at barn skal utvikle seg til å bli sunne og trygge.

Tilknytningsteori gir oss derfor noen brede, men tydelige anvisninger, både for hva som representerer utviklingsstøtte, og for risiko. Risikofaktorer er forhold som kjennetegner individer og eller miljøer, og som kan resultere i økt sannsynlighet for barns senere skjevutvikling eller forstyrrelse. Risikofaktorer kan kategoriseres som (1) etablert risiko, for eksempel en kjent kromosomforstyrrelse (f.eks. fragilt X syndrom, Downs syndrom), (2) biomedisinsk risiko, for eksempel eksponering for alkohol eller narkotiske stoffer, prematuritet og lav fødselsvekt, og (3) miljømessig risiko, der det foreligger alvorlige belastninger i miljøet og i relasjonen til de primære omsorgspersonene. Det vil si at man

er bekymret for barnets utvikling fordi omsorgspersonene har egne vansker, for eksempel psykisk lidelse, rusproblematikk, vanskelige familieforhold eller sosiale omstendigheter, som påvirker omsorgen og relasjonen mellom foreldre og barn (Haavind/Øvreeide, 2007). En åpenbar klinisk konsekvens blir å bidra til samspill mellom barn og omsorgsgiver som en vet representerer utviklingsstøtte og fremmer trygg tilknytning, og intervensjoner i forhold til samspill som fremmer utrygghet og dermed representerer risiko. Trygt tilknyttede barn er ifølge tilknytningsteori et produkt av optimale tidlige relasjoner. Slike barn har typisk kjennetegn som vi forbinder med psykisk helse. Uttrygg tilknytning har på den andre siden blitt assosiert med økt risiko for utvikling av emosjonelle og atferdsmessige problemer i førskolealder.

Forebyggende arbeid for helsestasjonen innebærer tidlig identifisering av slike risikofaktorer. Det er viktig at spedbarnsfamilier som er i risiko for å utvikle psykiske vansker blir identifisert så tidlig så mulig. Dette krever kunnskap og erfaring hos dem som møter spedbarnsfamiliene. Det krever også at man er lydhør slik at man kan tolke det man ser, noe som er lettere dersom man har tilgang til regelmessig konsultasjon (Hwang og Wickberg, 2001).

Hvor stort er behovet for tiltak rettet mot familier i risikozonen?

Undersøkelser viser at 10-20% av alle foreldre opplever problem med barnets søvn, mat og atferd de to første årene. Av disse er det 4-7% som er behandlingstrengende ifølge Hwang og Wickberg (2001). Dette er tall som støttes av Hwang og Wickberg skriver, at svenske helsesøstre fant samspillsproblem i 3,5% av alle spedbarnsfamilier. Behovet for "Spädbarnsverksamheter" har derfor blitt sterkt betont i nabolandet. Mange steder er det behandlingssenheter for spedbarnsfamilier, enten i regi av fylket eller i samarbeid med sosiale myndigheter, tilsvarende helsevesenet i 1. eller 2.linjen. Psykologer jobber også i nær tilknytning til helsestasjonene og studier viser at de møter cirka 6 % av spedbarnsfamiliene.

Mange foreldre får problemer i forbindelse med fødsel, cirka 20-25 %. En del foreldre opplever stress i forbindelse med mat og søvnproblemer hos barnet. Andre har egne problemer eller relasjonsproblemer til den andre forelderen, hvilket kan få konsekvenser for det lille barnet. Studier viser for eksempel at fødselsdepresjon forekommer med en frekvens på 13 % (ibid). Spedbarn er ekstremt avhengige av omsorgspersonene og er følsomme for kvaliteten i relasjonen til dem. Ulike depressive symptomer hos mor, som

f.eks nedstemthet, irritasjon, aggressivitet og overbeskyttelse, kan gjøre det vanskelig for mor å ha et følelsesmessig godt samspill med barnet og være lydhør overfor barnets behov. Dette kan vanskeliggjøre utviklingen av en trygg tilknytning mellom mor og barn, noe som i sin tur kan føre til følelsesmessige problemer for barnet senere i livet.

Tidlig intervensjon

Når er det behov for tidlig hjelp?

I de nordiske velferdslandene er oppvekstforholdene relativt godt tilrettelagt, både medisinsk og sosialt, for at småbarn skal få en god start på livet. For de fleste småbarnsfamilier vil den første spedbarnstiden være en fase for gjensidig utprøving og inntoning. Den ekstra støtten de kan få gjennom helsestasjonen, eller eventuelt andre forebyggende tiltak, vil være tilstrekkelig for de fleste. Det har likevel skjedd en kompetanseoppbygging i førstelinjen og på helsestasjonene, som igjen har resultert i at det ofte avdekkes et tidlig behov for mer omfattende hjelp til barn i risiko og familier i krise. Selv om oppvekstbetingelsene er svært varierte, er det i realiteten ikke så mange barn som faller utenfor normalområdet og utvikler en form for psykopatologi. Det er mer vanlig at barn er forsinket i sin utvikling, eller at vanskene viser seg ved forstyrrelser i reguleringen av atferd (Haavind/Øvreide, 2007).

Ifølge Stern finnes det en iverende, selvkorrigerende kraft i den menneskelige utviklingen. Denne gjør at midlertidig miljøforårsaket skade kan rettes opp hvis omsorgsbetingelsene endres og feil kan kompenseres og repareres. I iveren etter å komme tidlig til med hjelp og forebygging, er det viktig å respektere at enhver familie må få tid til å bli kjent med sitt barn, gjøre feil og utvikle sin kompetanse på bakgrunn av den unike kjennskap de får til sitt barns væremåte og spesielle behov. Kanskje noe av det viktigste forebyggende hjelpetiltak som kan tilbys foreldrene er tid og en lyttende holdning, slik at man kan fange opp og være lydhør for hva nettopp denne spesielle familien ber om. Feiloppfatninger hos omsorgspersonene og brudd i kommunikasjonen med et lite barn kan føre til forbigående utviklingsvansker, men behøver ikke å resultere i varige skader hos barnet dersom omsorgsgiverne evner, eller får hjelp til, å gjenopprette kontakten og reparere interaktive feilgrep som har forstyrret samspillet.

For en del risikoutsatte småbarn vil det likevel være behov for mer målrettet og spesifikke tiltak fra hjelpeinstansene.

Når vi snakker om etablering av målrettede og spesifikke hjelpetiltak opp mot risikoutsatte småbarn og deres familier, er det bredt dokumentert at denne hjelpen bør gis på et så tidlig tidspunkt som mulig. Dette for å forhindre utvikling av mer alvorlige vansker. Til tross for at kunnskapen finnes, har det vært en utbredt holdning at når noen er bekymret for et lite barn, er det bedre ”å vente og se” om problemene vedvarer og eventuelt forsterkes, i stedet for å iverksette intervensjon. Redselen for å anklage eller såre foreldre og for å stigmatisere små barn kan tenkes å være en årsak til dette. Uansett hva som er årsaken, kan resultatet av en slik ”vente-og-se” holdning bli at vansker man på et tidlig tidspunkt kunne ha avhjulpet på en grei måte, nå blir større, mer omfattende og vanskeligere å rette opp.

Haavind og Øvreeide (2007) angir fire grunner for at det er viktig med tidlig intervensjon overfor tidlig oppståtte utviklings- eller relasjonsproblemer.

For det første påstår de at når noen er bekymret for et barn, viser det seg som regel at bekymringen var berettiget. De viser til at foreldrenes bekymring begynner langt tidligere enn hjelpeapparatet fanger opp, og at mange føler seg avvist og ikke møtt av helsepersonell i forhold til sine tidlige bekymringer om at noe var galt med barnet. Foreldrenes konstante bekymring vil også kunne bidra til å opprettholde vanskene, dette fordi engstelse skaper stress og lite responsivitet i samspillet. Videre påpeker de at problemer som debuterer i tidlig barnealder, som regel har dårligere prognose enn de som først inntreffer på et senere alderstrinn. Et tredje argument for tidlig intervensjon, er at kvaliteten på de tidlige samspillerfaringene har innflytelse ikke bare på den følelsesmessige utviklingen som skjer i de første leveår, men også på mange nevrobiologiske prosesser som skjer gjennom hele livet. Hjelp til samspillregulering er altså av betydning for barnets senere utvikling og mentale helse. En fjerde grunn for at det er viktig med tidlig intervensjon overfor tidlig oppståtte utviklings- eller relasjonsproblemer er at de mekanismene som fremmer utvikling vil være sterkest på et tidlig alderstrinn. Utvikling foregår gjennom hele livet, men mye av barnets grunnleggende erfaringsgrunnlag finner sted i løpet av de første leveårene. Foreldrenes entusiasme og oppmuntring av spedbarnet til og utforske miljøet og deres evne til å fungere som formidlere av felles opplevelser og inntrykk, er viktige forutsetninger for utvikling av barnets grunnleggende kognitive og sosiale ferdigheter. De peker på at det mest optimale tidspunkt for utviklingsfremmende samspill mellom foreldre og barn er mens den biologisk betingede modningen av hjernen går raskest. Så godt som all

grunnleggende språktilegnelse finner sted i løpet av de fire første leveår. Språket konstituerer etter hvert en av de viktigste komponentene i barns kommunikasjon og lek med andre, samt i deres representasjoner av relasjoner og følelser.

Helsestasjonens formål

I Norge er kommunene pålagt å organisere helsestasjoner (Statens helsetilsyn, 1998).

Forskriftene til loven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982) sier at

“Helsestasjonsvirksomhetens formål er å forebygge medfødte og ervervede sykdommer, også tannsykdommer og skader blant barn og å fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse.” Statens Helsetilsyn anbefaler i sin veileder hyppige helsekontroller frem til 2-års alder, deretter kontroll ved 4-års alder og ved skolestart. Hensikten med disse helsekontrollene er ikke å komme frem til endelig diagnose eller å behandle sykdommer eller skader, men ansvaret ligger i å henvise til annen kompetanse i helsetjenesten.

Helsestasjonen i Norge er en del av den kommunale helsetjeneste. Den har altså som formål å styrke psykisk og fysisk helse og gode sosiale og miljømessige forhold. I tillegg er formålet å forebygge sykdommer og skader hos barnet. Helsestasjonen skal jobbe helsefremmende og forebyggende. ”Helsestasjonen skal fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold og søke å forebygge og behandle sykdom skade eller lyte. Den skal videre spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen” (Misvær og Oftedal, 2002). Helsestasjonen skal altså fremme barns helse på best mulig måte både fysisk og psykisk.

Forekomst av psykiske lidelser

Tallene på forekomst av psykiske lidelser blant barn og unge er usikre. Ifølge *Regeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse* (Helsedepartementet, 2003) er det ikke vitenskapelig belegg for å hevde at forekomsten av psykiske problemer hos barn og unge har økt i omfang. Planen refererer videre til studier som klart indikerer at den psykiske sykkeligheten er omtrent like stor på ulike alderstrinn, men det foreligger begrenset kunnskap om utbredelsen blant barn under tre år.

Med utgangspunkt i rapportene ”*Sped- og småbarn i risiko*” (RBUP Øst og Sør, 2008) og ”*Trivsel og oppvekst, barndom og ungdomstid*” (Mathiesen m.fl., 2007) og de undersøkelser som der refereres, kan man anslå at mellom 4-7 % av små barn trenger

behandling i forhold til psykiske lidelser, noe som samsvarer med Sosial- og helsedirektoratets målsetting om at BUP skal gi et tilbud til 5% av barnepopulasjonen.

Hvor mange barn trenger tidlig hjelp?

Ifølge Haavind og Øvreeide (2007) viser både prospektive og retrospektive undersøkelser med all tydelighet at mye av den psykopatologien som forkommer hos eldre barn og unge, kan møtes med forebyggende tiltak eller behandling på et langt tidligere tidspunkt. De refererer blant annet til en retrospektiv undersøkelse av barn med ulike psykiske lidelser som hadde vært til behandling ved Anna Freud Centre i London. Denne undersøkelsen er utarbeidet av Fonagy og Targett i 1996, og viste at effekten av behandling var størst for barn under 12 år og enda større for barn under 6 år. Videre viser de til flere studier; Bates, Bayles, Bennet, Ridge & Brown, 1991; Koot, van den Oord, Verhulst & Boosma, 1997; Mathiesen m.fl. 2000; Nærde m.fl. 2002; Prior, Smart, Sanson & Oberklaid, 1993, som alle viser at det er mulig å identifisere tilpasningsvansker selv hos små barn (ibid.) Med utgangspunkt i overnevnte undersøkelser, regner man med at mellom 10 og 20 prosent av førskolebarna er så plaget med psykiske vansker at det går ut over deres daglige fungering, og ca. 4-7 prosent av barna antas å være så alvorlig plaget at de er i behov av behandling. Undersøkelsene pekte også på at alvorlige plager har høyest stabilitet. Mellom 40 og 60 prosent av barna som hadde mest omfattende vansker i 3-4 årsalderen, hadde også alvorlige vansker som 10-åring. Kunnskap om forekomst, stabilitet, og konsekvenser av psykiske vansker i barnealderen understøtter altså ytterligere betydningen av tidlig intervensjon.

Oppsummering

Psykiske vansker og lidelser hevdes å være det viktigste helseproblemet blant barn i dag. Det er stor enighet om at mellom 10 og 20 % av alle barn mellom 4 og 10 år har så vidt store psykiske plager at dette påvirker deres fungering, og at mellom 4 og 7 % er behandlingstrengende. Psykiske lidelser er resultat av et komplisert samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Måling av psykiske vansker blant barn 0-3 år representerer store utfordringer. Det foreligger ikke entydig dokumentasjon på at psykiske lidelser i denne gruppen generelt har økt i omfang de siste årene. Både nasjonalt og internasjonalt er det mangel på omfattende, longitudinelle forskningsprosjekter som

inkluderer barn i de laveste aldersgrupper, 0-3 år, jfr. Rapporten *Tidlig diagnostisering og forebyggings tiltak ved psykiske lidelser og atferdsvansker blant barn, 0-12 år*, fra Senter for medisinsk metodevurdering (Helsedirektoratet, 2003).

Psykiske vansker hos barn uttrykkes på ulike alderstrinn gjennom forskjellige former for problematferd. De fleste typer av problematferd kan plasseres inn enten under hovedkategoriene *utagerende* vansker eller *emosjonelle* vansker. Kunnskap om forekomst, stabilitet, og konsekvenser av problematferd i barnealderen kan peke på betydningen av tidlig intervensjon. Forebyggende tiltak antas å ha størst effekt om de iverksettes tidlig i et utviklingsforløp. De psykiske lidelsene som er mest prevalente blant barn i alderen 0-12 år er atferdsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser, depresjon, angstlidelser og fobier og tvangslidelser (Haavind/Øvreide, 2007).

Psykiske lidelser er resultat av et komplisert samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Mange risikofaktorer opptrer i ”pakker” og enkelte risikofaktorer kan få særlig uheldige konsekvenser, for eksempel arbeidsløshet og fattigdom. Dette er forhold som kan gjøre foreldrene bekymret og deprimerte, noe som igjen kan gjøre dem mindre sensitive overfor barnets fungering og utvikling. Videre kan en gitt risikofaktor ha betydning for flere mulige utfall og det kan også være flere ”veier” til et bestemt utfall. Forekomst av vansker på ett område behøver ikke å føre til en økt risiko for problemer, mens vansker på flere områder kan øke sjansene for senere problemer.

4.0 Empiriske funn

”Man kan aldri vite, hvordan en annen person oppfatter det, man tror, man formidler.”
(Anderson, 2003)

Innledning

”Dekonstruksjon”, ”hegemoni”, ”antagonisme”, ”kontekst” og ”diskurs” er noen av de analytiske begrepene som jeg benytter meg av i denne oppgaven. Felles for disse er at de belyser språklig aktivitet og språkpraksis. Årsaken til at begrepene er relevant i denne oppgaven er dypst sett at språklige representasjoner ikke er løsrevet fra, men inngår i produksjon av kunnskap og praksis på alle fagfelt. Språklige representasjoner er handlinger som påvirker betingelser for utvikling og implementering av nye ”sannheter”

og virkelighetsoppfatninger. I dette kapitlet vil jeg ved hjelp av utdrag fra intervjuer forsøke å belyse hvordan språklig representasjon produserer effekter og gjør et ”arbeid”.

Jeg har valgt å systematisere og kode det innsamlede materialet ut fra referanser til *små barns psykiske helse og tidlig intervensjon* jfr. oppgavens problemstilling s.11. Videre vil jeg, som tidligere nevnt, anvende diskursanalyse som grunnlag for tolkning av materialet.

Diskursanalyse

En av diskursanalysens hovedoppgaver er å avdekke, hvordan folk kategoriseres og kategoriserer, og hvordan det påvirker deres handlingsmuligheter.

En diskursanalyse kan beskrives som en analyse av diskurser. En slik analyse har altså fokus på diskursen og søker å avdekke hvordan diskursen ser ut, hvordan den ble og blir til og hvilke konsekvenser det har at diskursen ser ut slik den gjør. De fleste diskursanalytiske retninger har det til felles at de forstår diskurs som en fastleggelse av betydning innenfor et bestemt livsområde. Diskursen er den mekanismen som betydning skapes gjennom. Tanken er at virkeligheten ikke forteller i kraft av seg selv hva den betyr eller hvordan den skal forstås. Betydning skapes, og den mekanismen som gjør denne skapelsen av betydning mulig kalles diskurs. Dette er et felles utgangspunkt for alle diskursanalytiske retninger. Grunntanken kan spores tilbake til Saussure (Neumann, 2001), som skilte mellom ”tegnet” og ”det betegnede”. Hans poeng var at et tegn eller en representasjons mening ikke kommer fra det som representeres, men fra måten tegnet er relatert til andre tegn. Blå er en meningsfull kategori gjennom måten denne fargen er annerledes enn andre farger. Den er ikke meningsfull fordi den representerer en eller annen essensiell blåhet. Det er denne fundamentale dreiningen i oppmerksomhet mot tegnenes innbyrdes forhold som ligger til grunn for de fleste diskursanalytiske retninger. Diskursanalysens grunnleggende intensjon er å få øye på diskursen og hvordan den virker.

Ut i fra diskursteorien deles selve analysen kan inn i tre aktiviteter:

1. Kartlegge hvilke diskurser som konstrueres i materialet. Her dekonstrueres tatt-for-gitt relasjoner mellom elementer og søker å synliggjøre diskursens konstruerthet; kontingensen.
2. Analysere hvordan diskursen kom til å kople sammen elementene på den måten som den gjør, en oppsporing av diskursens historie.

3. Analysere hvordan diskursen konstruerer det fenomen man er opptatt av å studere. (Jørgensen og Phillips, 1999)

Hensikten med å gjennomføre en diskursanalyse er å påvise en diskursiv kraft som virker på aktørene uten at de selv er bevisst på det. Tanken er å skape bevissthet om at det vi ser er et produkt av de diskurser som vi betjener oss av, og at hvis diskursene hadde vært annerledes så hadde vi sett noe annet. En ønsker å peke på et fenomens konstruerthet; å skape bevissthet om at den måten vi i dag forstår samfunnet og hvordan det bør endre seg på nødvendigvis ikke er slik. Hensikten er videre å vise det spillet som foregår mellom diskurser om å få lov å strukturere meningsdanningen i samfunnet. Videre vil en analyse av diskurser kunne vise hvordan dominerende diskurser konstruerer fenomen, og på denne måten påvirker vår oppfattelse av virkeligheten og videre våre handlinger.

Jfr. Jørgensen og Phillips opererer diskursteorien med to begreper: ”diskurs” og ”det diskursive felt”. ”Diskurs” er navnet på den enkelte entydige betydningsdannelse, og ”det diskursive felt” betegner alt det som ikke er plass til i den enkelte diskurs. De introduserer videre begrepet ”diskursorden”, som betegner det sosiale rom hvor forskjellige diskurser delvis dekker det samme terreng som de konkurrerer om å innholdsutfylle på hver sin måte. Diskursorden betegner dermed to eller flere diskurser som hver på sin måte forsøker å etablere seg i samme domene (Jørgensen og Phillips, 1999).

Diskurser om små barns psykiske helse

Barns psykiske helse blir konstruert på forskjellige måter innen faglitteraturen og innenfor de instansene som konstituerer de største diskursene innenfor fagfeltet psykiske helse.

Følgende er hentet fra Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse

”...sammen om psykisk helse... (Helsedepartementet, 2003)”

- Psykiske vansker er en hovedutfordring i samfunnet
- Vansker hos barn i aldersgruppen 0 – 3 år er hyppige
- Tidlige vansker forutsier i stor grad senere psykiske problemer
- Størst effekt av forebygging og behandling oppnås mens barna er små.
- Det er utviklet gode metoder for å fange opp- og yte hjelp ved vansker i denne aldersgruppen.

- Vansker i denne alderen er likevel i liten grad erkjent i hjelpeapparatet, og mange med behov for hjelp, får det ikke.

I intervjuene med helsesøstrene ba jeg dem beskrive erfaringer fra og synspunkter på sitt arbeide med småbarnsfamilier, med utgangspunkt i små barns psykiske helse. Jeg var spesielt interessert i å høre om deres forståelse av barns psykiske helse og deres opplevelse av forekomst og behov for tidlig intervensjon. Er psykiske problemer hos små barn et økende samfunnsproblem, og hvordan kan helsestasjonen avdekke og avhjelpe på et tidlig tidspunkt? Hvordan begrunnet de praksisen sin, og hvilke holdninger til krav om endret praksis kommer til uttrykk?

Med utgangspunkt i egen erfart praksis og etter litteraturgjennomgang hadde jeg en forforståelse av to dominerende diskursive praksiser på området; ”*psykiske vansker hos små barn opptrer hyppig og anses som et økende utfordring i hjelpeapparatet*”, og ”*psykiske vansker hos små barn oppleves unntaksvis*”. Hvordan vises disse diskursene i informantenes utsagn og hvilke andre faglige diskurser snakkes fram i intervjuene? Hvordan samsvarer helsesøstrenes praksis med hvordan de i-tale-setter sine idealer? Jeg vil også være oppmerksom på eventuelle andre diskurser jeg finner interessante og som kan belyse helsesøstrenes praksis.

Er det slik at disse perspektivene eller diskursene eksisterer parallelt, eller har diskursen om psykiske vansker hos barn som et økende samfunnsproblem overtatt for den mer optimistiske diskursen om at små barn med psykiske vansker er å anse som unntak. Kan den ene diskursen ha blitt dominerende og ”politisk korrekt” å fremholde, mens den andre likevel er aktiv? Kan det noen ganger se ut som om det er de politisk korrekte betraktningene som formidles snarere enn informantenes faktiske tanker forankret i egne erfaringer?

Hvordan konstruerer informantene *barns psykiske helse*, og hvordan samsvarer helsesøstrenes praksis med hvordan de snakker om sine idealer?

”For det første vil jeg si at etter opptrappingsplanen og alt det som har vært, så har jo jeg og vi fått mye mer fokus på det fra vårt ståsted. Jeg ser også nå at foreldre og elever selv tenker mer psykisk helse enn det som har vært før. Sånn at i det siste har jeg opplevd flere henvendelser

fra foreldre som gjerne vil ha utredet ungenes psykiske helse. Det synes jeg er kjempespennende å jobbe med, for da er jo motivasjonen i utgangspunktet der.

Vi har fått stillinger via øremerka psykiatrimidler, og skal dokumentere hva de er brukt til, sånn at vi er blitt tvunget til å tenke ”*hva gjør vi av oppgaver i forhold til psykisk helse*”. For det er stillinger som skal gå til å styrke den delen av jobben vår. Og den har vi blant annet i forhold til ungdomshelsestasjonen, vi har fått stilling på videregående skole og vi har også ressurser til bruk i skolene sånn at vi skal være mer tilstede. Så jeg synes det blir stadig mer og mer fokus på psykisk helse. Selv om helsesøster er sånn potetoppgave som skal vite litt om veldig mye, så... i hvert fall min verden kretser mye om det.”

(”Karin”, s. 3)

Her kan vi se at ”Karin” konstruerer *barns psykiske helse* som et perspektiv som nærmest er tvunget på dem. Ved å referere til statlige føringer som utgangspunkt for satsingen og fokuseringen på barns psykiske helse. Samtidig som hun konstruerer barns psykiske helse som et perspektiv som er tvunget på dem, gir hun et bilde av seg selv og egen faggruppe som passive mottakere og deltakere i et system. I diskursteoretiske termer kan man si at ”Karin” her inntar en subjektposisjon som undergraver hennes mulighet til innflytelse og påvirkning i det systemet hun er en del av. Samtidig tar ”Karin” i bruk den deiktiske markøren ”vi” som henviser til et flertall. Deiktiske markører er de tegn i et utsagn som henviser til den kontekst noe uttales i. Disse markørene kan være personlige pronomen, steds- og tidsangivelser (Jørgensen og Phillips, 1999). ”Karin” uttaler seg her på vegne av gruppen ”vi”, som *vi på helsestasjonen* eller *vi som helsesøstre*. Ut fra kontekst forstår jeg hennes uttalelse som en representasjon av *vi på helsestasjonen*. Hun uttaler seg altså her på vegne av seg og sine kollegaer på helsestasjonen. Taleren kan bruke den deiktiske markøren, ”vi”, for å overbevise og konstituere nye betydningsdannelser om tema, her i betydningen av *fokus på psykisk helse*. Jeg ønsker her å dvele ved den kollektive identitetsdannelsen dette indikerer.

En slik gruppedannelse må i følge diskursteorien forstås som reduksjon av muligheter ved at noen identitetsmuligheter framheves som relevante og andre ignoreres. ”Karin” benytter seg videre av følgende subjektposisjoner; *helsesøster* og *potet*. Hun posisjonerer seg som helsesøster samtidig som hun bruker metaforen ”potetoppgaver”. Jeg tolker dette som om hun snakker frem en diskurs som konstruerer helsesøstre som ”*noen som skal vite litt om veldig mye*”, i motsetning til andre yrkesgrupper som mer spesialiserte. Hvordan har denne diskursen oppstått og hva er det som gjør at den videreføres? Hvordan kan det ha seg at gruppen helsesøstre her konstrueres og posisjoneres som mindre spesialiserte? Kan

dette tolkes som et uttrykk for faglig usikkerhet eller kan en tillegge det å ha et bevist faglig ståsted som generalister?

Ser man denne uttalelsen i sammenheng med hennes konstruksjon av helsesøstre som passive mottakere og deltakere i et system man har liten innflytelse på, settes det i arbeid en underliggende diskurs om en faggruppe – ”helsesøstre” med begrenset påvirkningsmuligheter og lav selvfølelse i forhold til eget yrke. Dette er konstruksjoner som blir snakket frem i samtale med ”Bente” også;

”Og litt sånn i tråd med den handlingsplanen for psykisk helse. I den planen så var jo noe av satsingsområdene og styrke helsestasjonen og skolehelsetjenesten. Og de første årene var det utrolig lite forståelse for at det hadde noe med saken å gjøre, og det må jeg si ... og vi er ikke noe flinke i min bransje til å ... ha et språk som folk skjønner altså (ler), i forhold til å forklare viktigheten av det, fordi...

Si noe mer om det, hva legger du i det?

Ja, jeg legger nok kanskje i det at tjenesten har nok en lav status kanskje, sånn som jeg oppfatter det. Vi lager ikke vedtak vet du og det koster litt penger og ... selvfølgelig så har folk flest en erfaring også med denne tjenesten, og mange har jo en erfaring som kanskje ikke uten videre sier at det var så mye vits i det eller hva jeg skal si! Og det kan også hende at vi oppigjennom årene har hatt en image som kanskje ikke tilsier at folk skjønner hvor lur den instansen egentlig er,...

(”Bente”, s. 14)

Her ser vi at ”Bente”, akkurat som ”Karin” i overnevnte utdrag, tar i bruk den deiktiske markøren ”vi” som henviser til et flertall og en generalisering. Hun uttaler seg altså på vegne av gruppen ”vi”, som *vi på helsestasjonen* eller *vi som helsesøstre*. Ut fra kontekst forstår jeg hennes uttalelse som en representasjon av *vi som faggruppen helsesøstre*. Hun uttaler seg altså her på vegne av seg og sin ”bransje”.

Hun posisjonerer seg som helsesøster, innenfor en diskursiv terminologi kan man si at ”helsesøster” blir en mesterbetegner. Identitet er det samme som å identifisere seg med noe. Dette ”noe” er de subjektposisjonene diskursene gjør tilgjengelige for individet. Mester- betegner er i diskursteoretiske termer identitetens nodalpunkter. Man kan si at mester- betegner organiserer identiteter (Jørgensen og Phillips, 1999). Mesterbetegneren helsesøster ekvivaleres i dette utdraget med momentene ”ikke noe flinke i min bransje”, ”lav status”, ”lager ikke vedtak” og ”liten vits i”. Jeg tolker dette slik at ”Bente” her

snakker frem en diskurs som konstruerer helsesøstre som en faggruppe uten stor innflytelse og med begrenset makt til å påvirke. Dette er en fortolkning som styrkes av ”Bentes” bruk av metaforen å snakke et språk andre ikke forstår. Dette forstår jeg som et uttrykk for og ikke nå frem til folk, og ikke bli hørt. ”Bente” snakker videre i intervjuet om en image som undergraver gruppens faglige tyngde og kompetanse, både i forhold til enkeltbrukere og på systemnivå. Hun presiserer samtidig at helsestasjonen gir et godt helhetlig tilbud til småbarnsfamilier, og at de tydelig har økt fokus på barns psykiske helse.

”Ja, ... jeg mener og kunne si at vi har forstått at psykisk helse virker inn mye mer enn vi tenkte før. Før så, ... vi kunne være fornøyd når vi kunne snakke om barn og diabetes, barn og astma, barn og sånn og sånn og sånn, de fysiske tingene. Mens nå ser vi den psykiske siden ved også de fysiske tingene, hvor mye det virker på hverandre.”

(”Karin”, s. 9)

”Sånn at jeg tror psykisk helse er blitt en mye større dimensjon i et liv, et barns liv, i det hele tatt i en vurdering av det...Jeg mener at vi har den psykiske dimensjonen ved livet har blitt mye mer fokus på, og vi ser betydningen med og jobbe med det på de årene.”

(”Karin”, s.9)

Her kan vi se at ”Karin” konstruerer *barns helse* til også å omfatte psykisk helse. Den psykologiske diskursen blir koblet sammen med den medisinske diskursen, og hun vektlegger betydningen av en sammenheng og helhet. Det fysiske og det psykiske virker på hverandre. En ny diskurs om barns helse som inkluderer den psykiske dimensjonen blir konstruert i denne artikkelen. Dette er i samsvar med resultatene fra bl.a. Toppstudien som viser at det er mulig å identifisere forstadier til psykiske plager allerede fra barn er halvannet år gamle.

Det snakkes altså i teksten frem en dekonstruksjon av diskurser som har funnet sted over tid. ”Karin” beskriver en tjeneste som tidligere var dominert av hegemoniske medisinsk forankrede diskurser, som gjennom de siste årene har blitt utfordret av et psykologisk perspektiv, og en ny forståelse av barns helse har vokst frem. Jeg tolker denne ekvivalenskjeden slik at barns helse konstrueres til også å omfatte psykisk helse.

Ja, for det var ikke så veldig mye snakk om det tidligere, ikke sånn som nå. Det har kommet etter hvert. Det ble nevnt at en skulle ha fokus på det psykiske, men det var liksom, jeg vet ikke, i en bisetning. Det var mye annet som kom først. Så det har endret seg veldig oppover og nå i de siste åra så har det blitt enda mer fokus på det.

(”Mona”, s. 17)

Føler du at det har blitt mer integrert i deres tenkning som helsesøstere, at det somatiske og det psykiske er en helhet, har det fått mer fotfeste i..

Ja, jeg føler det. For noen ganger så tenker vi, liksom ... jeg hadde en mor her som var veldig deprimert som hadde en fødselsdepresjon, og jeg tenkte *hvordan takler du dette her?* Og jeg tenker mye mer i den retningen nå enn jeg gjorde før, legger merke til det og om vi eventuelt kan hjelpe de med et eller annet, og om det går ut over ungene. Jeg tror vi har et fotfeste i at vi tenker mer på den psykiske helsa enn vi gjorde før. For fysisk så er de jo veldig friske, stort sett (ler).

(”Mona”, s. 18)

Her kan vi se at også ”Mona” snakker frem en dekonstruksjon av diskurser som har funnet sted over tid. Hun ekvivalerer ”fokus på det psykiske” med ”i en bisetning” og ”det var mye annet som kom først”, når hun snakker frem tidligere dominerende diskurser i fagfeltet. Jeg tolker denne ekvivalenskjeden slik at barns helse tidligere ble konstruert med en identitet knyttet til fysisk utvikling innenfor en medisinsk forankret kontekst. En ny diskurs om barns helse som inkluderer den psykiske dimensjonen blir konstruert i denne artikulasjonen.

”Mona” sier ellers i intervjuet at hun har en klar oppfatning av at de fleste små barn er veldig friske fysisk sett. Dette er uttalelser som støttes av Topp-studien (Mathiesen m.fl.,2007) og Regjeringens Strategiplan for barn og unges psykiske helse (Helsedepartementet, 2003) som begge sier at de fleste barn som vokser opp i Norge har det bra og beskrives som friske, både fysisk og mentalt.

Både ”Karin” og ”Mona” bekrefter og støtter opp under helsestasjonens økende fokus på små barn psykiske helse. De presiserer at fokus i dag er mer rettet mot en helhetstenkning i forhold til barns helse, hvor alt virker sammen og på hverandre. Alle dimensjoner i et barns liv skal integreres i deres møte med barna og deres omsorgspersoner. Denne forståelsen i forhold til helhetstenkning bekreftes også av min tredje informant ”Bente”.

Jeg mener helsestasjonen er et sted som kan se helheten på en spesiell måte. Vi kjenner foreldrene, vi kjenner hjemmet, vi har vært hjemme og masse rundt familien,
(”Bente”, s. 5)

Diskurser til drøfting:

- Helsesøstres erfaring og kunnskap om barns psykiske helse undergraves av brukere, systemet og dem selv.
- Begrepet barns helse inkluderer både psykiske og fysiske aspekter.

Diskurser om tidlig intervensjon

Med utgangspunkt i egen erfart praksis og etter litteraturgjennomgang hadde jeg en forforståelse av en dominerende diskursiv praksis, *om at tidlig intervensjon er avgjørende for å forhindre utvikling av mer alvorlige vansker*. Dette fremheves spesielt i forhold til etablering av målrettede og spesifikke hjelpetiltak opp mot risikoutsatte småbarn og deres familier. Overfor disse barna er det bredt dokumentert at denne hjelpen bør gis på et så tidlig tidspunkt som mulig (Hwang/Wickberg 2001, Haavind/Øvreeide m.fl. 2007). Haavind og Øvreeide angir flere grunner for at det er viktig med tidlig intervensjon overfor tidlig oppståtte utviklings- eller relasjonsproblemer, viser til s. 36.

I intervjuene med helsesøstrene ba jeg dem også beskrive erfaringer fra og synspunkter på sitt arbeide med småbarnsfamilier, med utgangspunkt i tidlig intervensjon i forhold til små barns psykiske helse. Jeg var spesielt interessert i å høre om deres bevissthet i forhold til tidlig intervensjon, og hvordan praksis ble formidlet. Hvordan kan helsestasjonen avdekke og avhjelpe på et tidlig tidspunkt? Hvordan begrunnet de praksisen sin, og hvilke holdninger til krav om endret praksis kommer til uttrykk? Hvilke diskurser tas i bruk når de snakker om tidlig intervensjon som et forebyggende aspekt i forhold til små barns psykiske helse? Hvordan vises disse diskursene i informantenes utsagn og eventuelt hvilke andre interessante diskurser snakkes fram i intervjuene?

Men jeg ser noen ganger at kanskje burde vi vært litt tidligere ute, eller skulle ha vært tidligere ute, men jeg kan ikke si hvordan vi skal gjøre det. Kanskje vi skulle hatt en lavere grense for å kunne henvise, at kanskje vi setter den litt for høyt noen ganger.

(”Mona”, s. 10)

Noen ganger er jeg usikker, jeg må si det. Hvor stort er slingringsmonnet liksom, hva er innenfor normalområdet. Det må jeg si at noen ganger føler jeg meg på gyngende grunn, og da har jeg noen ganger tenkt at jeg skulle hatt noen knagger, som jeg ikke har, og hengt det på. Og da er det vel kanskje mangel på et redskap det er, jeg tror kanskje det.

(”Mona”, s. 11)

”Mona” er i overnevnte utdrag opptatt av å formidle at hun opplever usikkerhet i forhold til når man skal eller bør intervenere. I det første utdraget tar ”Mona” i bruk den deiktiske markøren ”vi”. Ut fra kontekst forstår jeg hennes uttalelse som en representasjon av *vi på helsestasjonen*. Som tidligere beskrevet kan en taler benytte seg av markøren ”vi”, for å overbevise og konstituere nye betydningsdannelser om tema, her i betydningen av *tidlig intervensjon*. I det andre utdraget benytter ”Mona” markøren ”jeg”, noe som i diskursteoretiske termer indikerer at informanten her skiller mellom en generaliserende posisjon og en subjektposisjon. ”*Vi på helsestasjonen*” kontra ”*Jeg som helsesøster*”. ”Mona” veksler altså på å uttale seg på vegne av seg og sine kollegaer på helsestasjonen.

Mona bruker metaforene ”å føle seg på gyngende grunn”, ”manglende knagger å henge ting på” og ”mangel på redskap” når hun snakker om usikkerhet knyttet til å intervenere på et tidlig tidspunkt. Mesterbetegneren *tidlig intervensjon* ekvivaleres med overnevnte metaforer, og ”Mona” identifiserer her fenomenet tidlig intervensjon til noe hun føler seg usikker på, og mangler kompetanse i forhold til, ved og bruke overnevnte metaforer. I dette utdraget settes altså diskursen om usikkerhet og manglende kompetanse i forhold til tidlig inngripen overfor små barns psykiske helse, i arbeid. Videre snakker ”Mona” om et ”slingringsmonn” og relaterer dette til ”normalområdet”. Mesterbetegneren, *tidlig intervensjon*, ekvivaleres med momentene ”slingringsmonn” og ”normalområdet”. Jeg tolker denne ekvivalenskjeden slik at *tidlig intervensjon* posisjoneres med identiteten noe som er ubestemmelig, lite definerbar. Her snakker ”Mona” igjen frem en diskurs om tidlig intervensjon som vanskelig, fordi det er en handling som gjør henne usikker både i forhold til når inngripen skal gjøres, og hvordan.

Bruken av tegnet ”liksom” er et uttrykk for marginale stemmer, som betegnelse for at noe beveger seg helt på grensen. Tegnet ”liksom” understreker at identitetene står i et antagonistisk forhold til hverandre. Effekten er at *tidlig intervensjon* ikke identifiseres ut fra entydige kategoriseringer.

Det er vanskelig ... det er vel kanskje lettere å se skjevutvikling når de blir litt større. For da ... på en måte ... det er lettere å se avvik enn når de er mindre, for da kan det være... det er jo et slingringsmonn og slingringsmonnet synes jeg er større når de er mindre. Du stiller andre krav til en på 5-6 år enn til en på 3-4. Jeg vet ikke om det ligger noe der, at en ser det tydeligere.

(”Mona”, s. 20)

I dette utdraget snakker ”Mona” frem en diskurs som konstruerer små barns uttrykk og atferd som vanskelig å tolke, i motsetning til eldre barn. Jo mindre barna er, jo mer av deres atferd kan plasseres innenfor normalområdet. Igjen benytter ”Mona” seg av momentet *slingringsmonn*. Hun identifiserer gruppen *små barn* til posisjonen ”utydelige” ved bruk av tegnet ”at en ser det tydeligere”, som i ”jo eldre jo tydeligere symptombilde”. ”Mona” snakker her frem en diskurs om jo mindre barna er, desto større avvik i atferd og utvikling må aksepteres. Innenfor en medisinsk diskurs ville man kunne si at hun konstruerer små barn som uklare symptombærere. Denne artikulasjonen som skjer gjennom ”Monas” relasjon mellom gruppen *små barn* og *utydelighet*, forstår jeg som at hun opplever at små barns uttrykk er vanskelig å tolke, derav opplever hun at tidlig intervensjon er vanskelig. Dette er en diskurs som snakkes frem i utdrag fra de andre informantene også.

Og jeg hører stadig at vi oppfanger for få i den yngste aldersgruppa, og det er ikke rart fordi det er så utydelige symptomer.

(”Karin”, s. 5)

Det vil alltid være gråsoner i forhold til å vite, normalspekteret er bredt, og særlig kanskje på de minste.

(”Karin”, s. 7)

men nå er det kanskje fordi jeg ikke har helsestasjonen for de små, men jeg tenker tilbake på når jeg hadde det, så hadde jeg lett for å si at ting var normalt for de aller minste.

(”Karin”, s. 18)

Diskursteorien vektlegger at diskursene alltid kunne vært annerledes. Artikulasjonene kunne alltid ha vært annerledes. Hvilke effekter ville utsagnet om at små barn har et utydelig uttrykk medført? Ville effekten være å forstyrre eller utfordre helsesøstres posisjon som kompetente fagpersoner, eller fremme en forståelse av det komplekse og utrygge ved å intervensjonere når man ikke er sikker. I følgende utdrag bruker ”Mona”

metaforen ”redd for å trække på”, som hun videre meningsutfyller med tegnene ” redd for å gjøre det verre enn det er, ta feil”. Hun inntar en subjektposisjon som helsesøster samtidig som hun posisjonerer seg med identiteten ”redd for å ta feil, ville være sikker”. Mesterbetegneren, tidlig intervensjon, ekvivaleres altså med tegnene ”redd for å trække på”, ”redd for å gjøre det verre, ta feil” og ”en skal være sikker”. Jeg tolker denne ekvivalenskjeden slik at tidlig intervensjon forutsetter en stor grad av sikkerhet i forhold til synlige avvik i små barns atferd og utvikling før ”Mona” griper inn.

Så lenge det dreier seg om det psykiske så er det veldig vanskelig å... se symptomer på at kanskje noe er i gang, at man hadde noe redskap på det. Det er en av de tingene som gjør en litt usikker, at en er litt for redd for å trække på, redd for å gjøre det verre enn det er, ta feil. En skal være sikker liksom.

Kan man være sikker noen gang?

Nei, jeg tror ikke det (ler)

(”Mona”, s. 22)

I følgende utdrag ser vi at ”Karin” ved å bruke retoriske spørsmål, setter diskursen om at *psykiske vansker hos små barn forekommer unntaksvis* i arbeid. Dette er å definere som en motdiskurs til diskursen om *psykiske vansker som en utfordring i samfunnet og vansker hos små barn er hyppige*. Innenfor diskursteoretiske termer kan man si at overnevnte diskurser står i et antagonistisk forhold til hverandre. Antagonisme oppstår når to identiteter stiller motstridende krav til ens handlinger i en gitt kontekst (Jørgensen/Phillips, 1999). Når ”Karin” stiller spørsmålene; ”Er de der?”, ”Er det reelt å forvente flere henvisninger?” og ”Hva er det vi skulle gjøre for å få ta i de?” uten å forvente svar, kalles det retoriske spørsmål. Videre svarer hun selv på spørsmålet ved å understreke at dersom de, som i gruppen helsesøstre, hadde mistenkt at de, som i gruppen små barn, trengte hjelp så hadde de henvist videre. Retoriske spørsmål blir her brukt av ”Karin” for å understreke et poeng, og i dette utdraget sette i arbeid diskursen om at *psykiske vansker hos små barn forekommer unntaksvis*. Jeg forstår denne bruken av retoriske spørsmål som en dekonstruksjon av diskursen om *psykiske vansker hos små barn er hyppige*. Den hegemoniske diskursen om at psykiske lidelser hos små barn opptrer hyppig utfordres, dette betegnes i diskursteorien som en hegemonisk intervensjon. Identitetene står i et antagonistisk forhold til hverandre. Effekten er at *barns psykiske helse* ikke identifiseres ut fra entydige kategoriseringer. Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet, danner dette utgangspunkt for videre drøfting og refleksjoner i forhold til hvordan informantene konstruerer barns psykiske

helse. Som nevnt innledningsvis i kapittelet ”*Diskurser om små barns psykiske helse*”, reises spørsmålet om disse perspektivene eller diskursene eksisterer parallelt, eller har den ene diskursen blitt mer dominerende og ”politisk korrekt” å forfekte, mens den andre likevel er aktiv? Kan det noen ganger se ut som om det er de politisk korrekte betraktningene som formidles snarere enn informantenes faktiske tanker og kliniske erfaring? Dette er refleksjoner jeg vil komme tilbake til i neste kapittel.

Nei, ... altså jeg stiller meg bare et spørsmål; Når vi ikke henviser nok, er de der? Er de der så tidlig? Er det reelt og forvente flere henvisninger? Og hva er det vi skulle gjøre for å få tak i de i tilfellet? For hadde vi mistenkt at de trengte hjelp, så hadde vi henvist. Så hva er det vi ikke ser?
(”Karin”, s. 22)

Tidlig intervensjon forutsetter at man kommer i posisjon til barnet og dets omsorgspersoner. Målsettingen for intervensjonen er å bidra til en endring som kan styrke barnets utviklingsmuligheter videre. Inngangsporten for å skape denne endringen vil, i de fleste tilfeller, være gjennom foreldrene. At intervensjon i stor grad forutsetter et samarbeid med foreldrene, er en oppfatning alle mine informanter ga uttrykk for.

Ja, det kan være veldig vanskelig sett fra helsestasjonens side å vite liksom. Fordi at folk flest er der jo kort, bare en liten stund, og folk flest de kommer jo ikke med en bestilling på et problem, vanligvis.

Og der er alltid vanskelig å vite hvordan man skal gripe inn i bekymringer da ... som man kanskje får som ikke noen kommer og ber om hjelp til eller noen har bestilt det, og det kan jo være vanskelig å vite om man tar feil eller er det noe her eller... så man må trå litt varsomt og noen ganger så trår vi kanskje for varsomt ikke sant. Så ... det er ikke så enkelt.
(”Bente”, s. 7)

Her snakker ”Bente” frem en annen diskurs, det vanskelige ved å gripe inn når foreldrene på forhånd ikke har kommet med en bestilling. Som i tidligere utdrag tar ”Bente” i bruk en flertallsform når hun uttaler ”sett fra helsestasjonens side”. Ut fra kontekst forstår jeg at hun i overnevnte utdrag uttaler seg på vegne av gruppen ”helsesøstre”. Ved å generalisere en uttalelse, ønsker taleren og fremstå mer overbevisende i den hensikt og konstituere nye betydningsdannelser om tema, her i betydningen av tidlig intervensjon.

I overnevnte utdrag ekvivaleres *tidlig intervensjon* med tegnene ”vanskelig når det ikke har kommet en bestilling på et problem” og ”vanskelig å vite når ingen har bedt om hjelp

til eller har bestilt". Jeg tolker denne ekvivalenskjeden slik at tidlig intervensjon posisjoneres med identiteten vanskelig å gripe inn uten et initiativ og godkjenning fra foreldrene. Videre tar "Bente" i bruk metaforen "trå varsomt", som hun meningsutfyller med tegnene "vanskelig og vite om man tar feil". Hun inntar en subjektposisjon som helsesøster samtidig som hun posisjonerer seg med identiteten "usikker, vanskelig å vite om man tar feil, ville være sikker". Jeg tolker denne ekvivalenskjeden slik at tidlig intervensjon forutsetter et samarbeid og initiativ fra foreldre før "Bente" intervensjonerer i forhold til små barns psykiske helse. På denne måten bidrar hennes erfaringer til å konstituere hennes konstruksjon av tidlig intervensjon som en handling som forutsetter et initiativ fra og ivaretagelse av foreldrene.

Helsestasjonen skal styrke foreldrene i foreldrerollen, og hvis vi da blir et sted som får ord på seg for å se sykdom i alt som ikke er, så ville det være negativt også.

("Karin", s. 5)

I dette utdraget ekvivalerer "Karin" mesterbetegnelsen *tidlig intervensjon* med tegnene "se sykdom i alt som ikke er". Jeg tolker dette utsagnet slik at "Karin" posisjonerer *tidlig intervensjon* med en identitet som står i kontrast og konflikt med det å styrke foreldrene i sin rolle, samt å ivareta et tillitsforhold til foreldrene. Identitetene står i et antagonistisk forhold til hverandre. Effekten er at *tidlig intervensjon* ikke identifiseres ut fra entydige kategoriseringer. Jeg tolker dette slik at her beveger "Karin" seg innenfor en diskursorden hvor motstridende diskurser om tidlig intervensjon kommer til uttrykk. I dette utdraget snakker hun frem en diskurs som konstruerer tidlig intervensjon som en handling som må forankres i en ivaretagelse og styrking av foreldrene. Premissene for tidlig intervensjon forankres i å opprettholde et tillitsforhold hos foreldrene.

På denne måten bidrar denne erfaringen til å konstituere hennes konstruksjon av tidlig intervensjon som en handling som forutsetter et samarbeid med og en ivaretagelse av foreldrene. Er det slik at disse diskursene, om initiativ fra og ivaretagelse av foreldrene, som forutsetning for tidlig intervensjon, er å anse som den dominerende i praksis? I motsetning til den mer faglig dokumenterte diskursen om at psykiske vansker hos små barn er hyppige og bør avdekkes og avhjelpes på et tidligst mulig tidspunkt? Eller kan man tenke at den ene diskursen forutsetter den andre? Er begge diskursene å tolke som likeverdige i den forstand at begge er og bør være aktivt i arbeid i helsesøstrenes møte med små barn og deres familie? Dette er refleksjoner jeg vil komme tilbake til i neste

kapittel. Alle mine informanter formidlet på forskjellige måter at foreldresamarbeid, det å styrke foreldre i foreldrerollen, åpenhet, det å etablere tillit og innta en lyttende posisjon samt ta foreldre på alvor var et grunnleggende faglig ståsted i deres arbeide med småbarnsfamilier.

Diskurser til drøfting:

- Vurdering av psykiske vansker hos små barn er særlig vanskelig, og det er viktig å vite nok før man intervensjoner.
- Tidlig intervensjon forutsetter et samarbeid med og et initiativ fra foreldrene.

Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet, ved hjelp av diskursteorien, sett på hvilke diskurser informantene snakker frem om tema *små barns psykiske helse og tidlig intervensjon*.

Hvordan konstruerer informantene *barns psykiske helse og tidlig intervensjon*, og hvordan samsvarer informantenes praksis med hvordan de i-tale-setter sine idealer?

Hvilke diskurser om små barns psykiske helse og tidlig intervensjon kom til uttrykk?

Hvordan vises disse diskursene i informantenes utsagn og hvilke andre faglige diskurser ble snakket fram i intervjuene? Jeg var også oppmerksom på andre diskurser jeg vurderte som interessante for å belyse egen problemstilling.

Følgende diskurser har jeg valgt ut og ønsker å reflektere ytterligere over i neste kapittel:

- Begrepet barns helse inkluderer både psykiske og fysiske aspekter, samtidig som helsesøstrenes erfaring og kunnskap i forhold til psykiske helse undergraves av brukere, systemet og dem selv.
- Vurdering av psykiske vansker hos små barn er særlig vanskelig, og det er viktig å vite nok før man intervensjoner.
- Tidlig intervensjon forutsetter et samarbeid med og et initiativ fra foreldrene.

5.0 Drøfting

Innledning

Er psykiske problemer hos små barn et økende samfunnsproblem, og hvordan kan helsestasjonen avdekke og avhjelpe på et tidlig tidspunkt?

Jeg hadde som nevnt innledningsvis i analysekapittelet en forforståelse av to dominerende diskursive praksiser på området; ”*psykiske vansker hos små barn opptrer hyppig og anses som et økende utfordring i hjelpeapparatet*”, og ”*psykiske vansker hos små barn oppleves unntaksvis*”. Jeg vil i dette kapittelet se nærmere på om disse diskursene eksisterer parallelt innenfor samme diskursorden, eller har diskursen om psykiske vansker hos barn som et økende samfunnsproblem overtatt og blitt den dominerende og ”politisk korrekt” å fremholde? Kan det noen ganger se ut som om det er de politisk korrekte betraktningene som formidles snarere enn informantenes faktiske praksis?

Hvordan informantene konstruerte *barns psykiske helse* og *tidlig intervensjon*, og hvilke diskurser de tok i bruk når de snakket om temaene er utgangspunktet for refleksjonene og den videre drøftingen i dette kapittelet. Jeg har valgt følgende overskrifter ut fra de diskursene jeg valgte å løfte frem i analysekapittelet:

- Begrepet barns helse inkluderer både psykiske og fysiske aspekter , samtidig som helsesøstrenes erfaring og kunnskap i forhold til psykiske helse undergraves av brukere, systemet og dem selv.
- Vurdering av psykiske vansker hos små barn er særlig vanskelig, og det er viktig å vite nok før man intervensjoner.
- Tidlig intervensjon forutsetter et samarbeid med og et initiativ fra foreldrene

Begrepet barns helse inkluderer både psykiske og fysiske aspekter - **samtidig som helsesøstrenes erfaring og kunnskap i forhold til psykiske helse undergraves av brukere, systemet og dem selv.**

Vi vet at barn i Norge er friskere og sunnere enn noen gang tidligere. Dette gir et godt grunnlag for utvikling og helse i et livsperspektiv. Vår standard på mat og stell, vaksiner og helsetilbud er høy sammenlignet med de fleste andre land i verden. Samtidig vet vi også at våre behov forandres i takt med samfunnets forandringer. I løpet av de siste 10-20 årene

har det vært en økende interesse rundt barns oppvekstvilkår. Denne oppmerksomheten dreier seg ikke minst om barns psykiske utvikling. Forskning viser at barn trenger trygghet, kontakt og utfordringer på samme måte som for eksempel et allsidig kosthold. Det blir derfor viktig at barns omsorgspersoner innehar de nødvendige kvaliteter som må til for at barnet skal gis muligheter til en god fysisk og psykisk utvikling.

Helsesøster er ofte den første som kan oppdage situasjoner som reiser bekymring i forhold til små barns psykiske helse, fordi de ser barna fra de er nyfødte og i starten har de hyppige kontroller (Misvær og Oftedal, 2002). Helsesøster kan raskt identifisere dårlige foreldre-barn relasjoner, som videre kan være grunnlag for bekymring. Helsesøster skal bekymre seg der foreldrene ikke er engasjert i barnet sitt, der skjevutvikling hos barnet forekommer, når psykiske lidelser finnes hos foreldrene, når det er sosioøkonomiske vansker hos foreldrene og når foreldrenes atferd og livsstil skaper en omsorgssituasjon som barnet ikke har godt av å vokse opp i (ibid.).

Det kommer tydelig frem i materialet at helsesøstrene i stor grad er opptatt av små barns psykiske helse. Allerede på svangerskapskursene fokuseres tema. Hvilke situasjoner vektlegger helsesøstrene som betydningsfulle med tanke på å tolke og forstå små barns psykiske fungering? De sier at barnets fungering og relasjon til foreldrene gjenspeiles ved å observere samspillet mellom barn-foreldre; hvordan holder foreldrene barnet, ser på barnet og prater med og om barnet. Disse observasjonene gir helsesøstrene informasjon som gjør at de danner seg helhetsbilde av barnets fungering hvor samspillet med foreldrene vektlegges. Stern (Johnsen m.fl., 2000) hevder at spedbarnet helt fra fødselen av aktivt deltar i og konstruerer sin egen verden, og at konstitueringen av barnets selv foregår nettopp i et kontinuerlig samspill med omgivelsene og andre. Utvikling, slik Stern definerer det, er en kontinuerlig konstruksjonsprosess som påvirkes, forandres og utvikles hele livet gjennom samhandling med andre. Dette er et perspektiv som støttes av Bowlby (ibid.). I sin teori tydeliggjør han interaksjonens betydning i forholdet mellom mor og barn. Barnet blir født med et visst atferdsrepertoar, som inngår i barnets samspill med moren, helt i fra fødselsøyeblikket, og at mor og barn gjensidig påvirker hverandre over tid. Dette innebærer at det eksisterer en toveis kommunikasjon der barnet påvirker sitt livsmiljø, og livsmiljøet påvirkes så igjen av barnet. I en videre betydning, innebærer dette at barnet er sosialt aktivt helt i fra fødselen. Som følge av dette er det avgjørende for et barns mentale utvikling hvor tilgjengelig og emosjonelt støttende det oppfatter omsorgspersonen.

Generelt kan en si at barn som opplever en god tilknytning til sine foreldre utvikler en modell for relasjoner til andre personer. Tilknytningsrelasjoner betraktes som en viktig faktor for den sosiale, emosjonelle og kognitive utvikling. Iblant skjer ikke denne bindingen mellom barn og foreldre. Ifølge Stern (Johnsen m.fl., 2000) kan det være på grunn av at foreldrene selv mangler en god modell for foreldreskapet. I disse familiene stilles det ekstra krav til helsesøstrene i forhold til å styrke foreldrene i sin rolle, ved å intervensjonere på en bekreftende måte. Dette er et perspektiv som sammenfaller med Harlene Andersons samarbeidsorienterte tilnærming som jeg kommer tilbake til på s. 67. Endring i et familiemønster vil være en tidkrevende prosess for alle parter, og det er viktig at tilliten hos foreldrene opprettholdes slik at man ikke ”mister dem” i denne prosessen. Målet vil være og sammen skape en ønsket endring som fremmer barnets utviklingsmuligheter. Slik jeg ser det er det viktig at helsesøstrene reflekterer over hva man kan forvente seg av foreldrene, så lenge forskningen viser at foreldrenes samspill med barna er avgjørende i utviklingen av barnets psykiske helse. Alle mine tre informanter forteller at de er opptatt av spillet mellom barnet og foreldrene. De følger foreldre og barn i en utviklingsprosess, hvor samspill er et repeterende tema. I dette synes prosessen i arbeidet å være viktig. Foreldrene bidrar med ekspertise i forhold til innhold, mens helsesøstrene bidrar med ekspertise i forhold til prosessen. Enkelte helsesøstre betrakter seg som kompetente til å se sammenhengen mellom spillet kvalitet og den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn. Opplevelsen av å eie denne kompetansen vil ha innflytelse på samarbeidsforholdet og ansvarsfordelingen mellom helsesøster, andre samarbeidsinstanser og familien. Økt kunnskapstilfang og bevissthet omkring små barns psykiske helse, kan føre til en tidligere intervensjon i situasjoner der for eksempel spillet ikke fungerer så godt. Dette er et teoretisk aspekt som har blitt bevisstgjort gjennom nyere litteratur og kursing, og har resultert i at helsesøstrene nok i enda større grad enn tidligere har blitt opptatt av små barns psykiske helse i sitt møte med småbarnsfamilier.

Samtlige av mine informanter bekrefter sin interesse for tema -små barns psykiske helse-, og ser behovet for å øke sin kompetanse innen området. I intervjuene viser helsesøstrene innsikt i betydningen av god mental helse hos små barn. De har økt fokus på psykisk helse, samtidig som de uttrykker stor grad av usikkerhet knyttet til praksis. Hvordan kompetansen skal heves, og hvordan praksis kan endres, kommer i liten grad frem i intervjuene. Tidsfaktoren er en begrunnelse for at dette ikke får høy nok prioritering. Den

travle hverdagen krever sitt og de oppgaver som tradisjonelt må gjøres blir prioritert. Slik jeg ser det, er det mye som tyder på at det ville være gode prioriteringer om helsestasjonen som institusjon i større grad integrerte fokuset på små barns mentale helse i deres rutiner for virksomheten. Dette ville igjen kunne bidra til økt kompetanse og styrke helsesøstrenes faglige tyngde på området. Noe som igjen ville styrke helsesøstrenes status som kompetente fagpersoner både i forhold til systemet rundt dem, men også i forhold til seg selv.

Alle informantene gir uttrykk for at det er viktig å øke sin kompetanse. I intervjuene kommer informantene gjentatte ganger med uttalelser som ”vi må bli flinkere” eller ”vi er ikke flinke nok ...”. Dette er representasjoner som underbygger min tolkning av helsesøstre som en faggruppe som undergraver egen kompetanse og erfaring. Når informantene skal beskrive helsestasjonens kompetanse på psykisk helse og psykiske lidelser, er de mest opptatt av å fortelle om den generelle kompetansen som finnes i gruppen. De er i liten grad opptatt av å beskrive sin egen kompetanse. Dette kan forklares med at de ser på seg selv som en del av et team, og at det er en samlet kompetanse, i motsetning til den enkeltes kompetanse, som er viktig å fremheve. Det kan også være at de ikke ønsker å fremheve seg selv og derfor velger å generalisere sine uttalelser.

Informantenes uttalelser om viktigheten av å tenke helhet og ha et økt fokus på utviklingen av barns psykiske helse, underbygges og støttes av forskning (jfr. Kapittel 3.0) og nasjonale føringer (jfr. Kapittel 2.0). På tross av at helsesøstre har denne bevisstheten, tror jeg at arbeidet lett kan bli underprioritert på grunn av alle andre krav og gjøremål som må utføres i løpet av en arbeidsdag. Her må helsesøstertjenesten som institusjon være sitt ansvar bevisst. Deres oppdrag er å arbeide ut fra et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Hvis dette tas på alvor, må forholdene legges til rette slik at helsesøstre både får styrket sin kompetanse og gitt ressurser som gir dem mulighet til og gå inn i arbeidet med og rundt psykisk helse.

Det er viktig at kommunens hjelpeinstanser, som helsestasjonen, får kompetanse og informasjon som gjør dem i stand til å finne fram til barn med økt risiko for å utvikle psykiske plager. På denne måten vil de kunne sette i gang med hjelpetiltak så tidlig som mulig i forløpet (Mathiesen m.fl., 2007). Forskerne fra TOPP-studiet presiserer viktigheten av å ha et godt utbygd og kvalifisert helsestasjonstilbud, og hevder at de kommunale tilbudene bør rustes ytterligere opp og tilføres mer kompetanse om barns

psykiske helse. Informantene bekreftet at helsesøstrene og helsestasjonen har økt fokus på helhetstenkning i forhold til barns helse. Fokuset på barns mentale helse og bevissthet på viktigheten av tidlig intervensjon, har økt. Likevel opplever de det som vanskelig å vite sikkert om og når de skal gripe inn. Mitt inntrykk er at kunnskap om, kombinert med implementering av programmer som sikrer økt fokus på barns psykiske helse, burde styrkes ytterligere på helsestasjonene.

Vurdering av psykiske vansker hos små barn er særlig vanskelig - og det er viktig å vite nok før man intervensjoner.

Opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til at flere barn får hjelp, men fremdeles sliter mange barn med psykiske vansker. Disse trenger voksne som ser og tolker tegnene og symptomene de sender - og tar initiativ for å hjelpe. Helsesøstre og helsestasjonen står i en spesielt viktig posisjon for å oppdage og fange opp barn som sliter, er sårbare og har vanskelige hjemmeforhold. Det kommer likevel alt for få henvisninger fra helsestasjonen. Dette var mitt utgangspunkt for undersøkelsen. I mine intervjuer med helsesøstre fant jeg at samtlige av dem gir repeterende uttrykk for at de opplever det vanskelig å vurdere små barns psykiske helse. Dette begrunnes på flere måter og forankres i flere forhold. Det gis uttrykk for både faglige standpunkter og personlige erfaringer, som bekrefter informantenes oppfatninger. Et utsagn som går igjen i flere variasjoner er at små barns uttrykk og atferd er vanskelig å tolke. Jo mindre barna er, jo mer av deres atferd kan plasseres innenfor ”normalområdet”. Desto mindre barna er, desto større avvik i atferd og utvikling må aksepteres som normalt. To av informantene ekvivalerte ”små barn” med ”uklart symptombilde”. Et utsagn som i seg selv har klare forankringer i den medisinske diskursen. Helsestasjonen, og helsesøstertjenesten, kan beskrives som et diskursivt felt mellom fagfeltet medisin og psykologi. Dette snakkes også frem i intervjuene med helsesøstrene. Både ”Mona” og ”Karin” presiserte i sine uttalelser at fokus i dag er mer rettet mot en helhetstenkning i forhold til barns helse. Det fysiske må sees i sammenheng med det psykiske, og omvendt. Alle dimensjoner i et barns liv skal integreres i deres møte med barna og deres omsorgspersoner.

Informantenes utsagn om det vanskelige ved å vurdere psykiske vansker hos små barn, følges opp av en holdning om at det er viktig å være sikker før man griper inn. Deretter artikuleres det fram diverse uttalelser om hvor vanskelig det er å bli ”sikker nok”. Dette er en holdning alle informantene forfektet på forskjellige måter.

At små barns psykiske vansker er vanskelig å vurdere, støttes av det faktum at det foreligger relativt lite forskning på dette området sammenlignet med forskning på eldre barns psykiske helse. Relevante nasjonale og nordiske forskningsrapporter er ”Sped- og småbarn i risiko” utarbeidet av RBUP Øst og Sør (2008), samt rapporten ”Trivsel og oppvekst, barndom og ungdomstid” utarbeidet av Nasjonalt Folkehelseinstitutt (Mathiesen m.fl.,2007). Begge rapportene presiserer at det finnes få epidemiologiske studier på forekomst, fordeling og forløp av utviklingsforstyrrelser og psykopati hos barn i alderen 0-5 år. De fleste av de undersøkelsene som finnes har omhandlet emosjonelle problemer og utagerende atferdsvansker. Overnevnte rapporter refererer videre til en undersøkelse fra Universitetet i Bergen; Gilberg m.fl. fra 2007 av barn i alderen 7-9, som viste at 1 av 15 barn, d.v.s. 8%, har psykiske vansker som krever behandling. Det refereres også til en dansk undersøkelse; the Copenhagen Child Cohort 2000, hvor det rapporteres om forekomsten av psykiske helseproblemer hos barn i 18 mnd. alder. Forstyrrelser i foreldre-barn- relasjonen ble funnet hos 8% av barna. Dette sammenfaller med den norske TOPP-studien (2007) som viser at tilsvarende forekomst, samtidig som den viser at atferdsproblemer og sosial kompetanse i 8 års alder til en viss grad kan identifiseres allerede ved 18 måneders alder. Viser her til kapittel 3.0 – Nyere sentral forskning.

Ifølge Stern finnes det en iboende, selvkorrigerende kraft i den menneskelige utviklingen. Denne gjør at midlertidig miljøforårsaket skade kan rettes opp hvis omsorgsbetingelsene endres og feil kan kompenseres og repareres. Feiloppfatninger hos omsorgspersonene og brudd i kommunikasjonen med et lite barn kan føre til forbigående utviklingsvansker, men behøver altså ikke å resultere i varige skader hos barnet dersom omsorgsgiverne evner, eller får hjelp til, å gjenopprette kontakten og reparere interaktive feilgrep som har forstyrret samspillet. For en del risikoutsatte småbarn vil det likevel være behov for mer målrettet og spesifikk tiltak fra hjelpeinstansene.

Man regner med at mellom 10 og 20% av alle førskolebarn er så plaget at det går ut over daglig fungering, og at om lag en tredjedel av disse barna, 4-7%, er alvorlig plaget og i behov for behandling (Haavind/Øvreeide, 2007). Videre refereres de til flere undersøkelser som viser at alvorlige vansker har høyest stabilitet. Mellom 40-60% av barna som var alvorlig plaget i 3-4 årsalderen, hadde også alvorlige vansker som 10-åring (ibid.). Dette er tall som samsvarer med Hwang og Wickbergs (2001) studier fra Sverige, se s. 35.

Tilgangen og tilgjengeligheten på faglig kompetanse kan synes å være av vesentlig betydning i arbeidet med å vurdere små barns psykiske helse. Dette er en oppfatning som samtlige av mine informanter også formidlet. De uttrykte alle stor grad av usikkerhet i forhold til egen vurdering av små barns psykiske helse. På forskjellige måter beskrev de et klart behov for mer støtte i form av faglig veiledning og tilgjengelighet fra 2.linjen. Jeg tenker her på Harlene Andersons ikke-vitende posisjon. Å ikke vite åpner for muligheter som vite ikke gjør. En av disse mulighetene er dialog. Når man som hjelper inntar en ikke-vitende posisjon, inntar man en fortolkende holdning som forankres i en kontinuerlig analyse av klientens erfaringer etter hvert som de oppstår i konteksten og fortelles av klienten (Anderson, 1997). Dette er en tilnærming som kunne gitt helsesøstre en mulighet til å invitere foreldrene inn i en felles utforskning av barnet. Å innta en ikke-vitende posisjon fordrer at hjelperen gjennom handlinger og holdninger formidler en genuin nysgjerrighet i forhold til hva foreldrene formidler. Ved å lære og ved å ta familiens historie alvorlig, går hjelperen sammen med foreldrene i en felles utforskning av deres forståelse og erfaring. På denne måten blir fortolkningsprosessen, kampen for å forstå, en samarbeidsprosess (Lundby, 1998). En samarbeidsprosess som kunne bidratt til at helsesøstre kunne blitt sikrere i sin vurdering av et barns faktiske fungering og utvikling, og som følge av dette kunne intervenert på et tidligere tidspunkt der det ble vurdert som nødvendig.

I boken *Kommunikasjon og samspill* (2004) har Stein Bråten pekt på sammenhengen mellom kunnskap og makt, og at det er viktig å anerkjenne begge parters premisser, perspektiver og kunnskap som aktuelle og relevante i en dialog-spiral mot utvidet erkjennelse. Når det gjelder samhandling i helsetjenesten er det viktig å anerkjenne premisser, perspektiver og kunnskap fra så vel primærhelsetjenesten som fra brukergruppen og selvsagt fra spesialisthelsetjenesten. For å oppnå kulturendringer i organisasjoner må det gjennomføres en omfattende læringsprosess. En lærende organisasjon forbedrer seg kontinuerlig (ibid.). Lærende organisasjoner vektlegger også helhetstenking innenfor og mellom organisasjoner. Dette oppnås blant annet gjennom deling av kompetanse og aktiv deltakelse fra alle medarbeidere. En økt fokusering på å finne tiltak som kan styrke samhandlingsrelasjoner på tvers, og utvikle en felles kultur, kunnskap og praksis vil være ønskelig ut fra et perspektiv om å sikre fokus på og ivaretagelse av små barns psykiske helse.

Tidlig intervensjon forutsetter et samarbeid med og et initiativ fra foreldrene.

Helsesøster skal bekymre seg der foreldrene ikke er engasjert i barnet sitt, der skjevutvikling hos barnet forekommer, når psykiske lidelser finnes hos foreldrene, når det er sosioøkonomiske vansker hos foreldrene og når foreldrenes atferd og livsstil skaper en omsorgssituasjon som barnet ikke har godt av å vokse opp i (Misvær og Oftedal, 2002). Skulle det være bekymring for barnet og eller foreldrene skal det følges opp og eventuelt henvises videre. Det er viktig i etableringsfasen at man utvikler tillitt til foreldrene. Dernest vil det bli lettere å kartlegge forskjellige behov samt samarbeide med omsorgspersonene til barnet (ibid.).

Alle informantene ga uttrykk for at arbeidet med å oppdage og intervensjon i forhold til psykiske vansker i en familie stiller store krav til dem som hjelpere. Det kom også frem som et gjennomgående tema, at det kreves stor grad av sikkerhet og erfaring for å stå for sine observasjoner og vurderinger. Informantene beskrev at en god relasjon til familiene var en klar forutsetning for å kunne arbeide med familiene og bidra til å skape ønsket endring.

Dette er en tilnærming som den strukturelle familierapeuteren Minuchin kaller ”joining” (Hårtveit/Jensen, 2004). Hans utgangspunkt er at den som intervensjonerer er en del av systemet. Når familien og hjelperen møtes dannes det et nytt system som inkluderer alle som er tilstede. Forutsetningen for å oppnå endring er at hjelperen i utgangspunktet evner å bli akseptert av familiesystemet. Hun må få familiemedlemmenes, i dette tilfellet foreldrenes, tillit. Dette oppnås ifølge Minuchin ved at hjelperen i starten går uforbeholdent inn i hver enkelts opplevelse av situasjonen og viser at hun aksepterer og forstår. Alle skal bli sett og alles stemmer skal bli hørt. Hjelperen skal overbevise familien om at hun arbeider på deres side. Dersom hjelperen ikke oppnår å overbevise familien om dette, vil intervensjonen mislykkes ifølge Minuchin. Det sentrale i ”joining” er at hjelperen demonstrerer tydelig at hun har sett og godtatt familiens kulturelle regler og vaner, samtidig som man gjerne vil utfordre og utforske familien som system.

Ifølge Bruner finnes det to grunnleggende tenkemåter; Den narrative tenkemåten etablerer kunnskap på det konkrete og individuelle plan, mens den logisk-vitenskapelige tenkemåten søker å overskride det individuelle og etablere kunnskap om det generelle (Johnsen m. fl. 2000). Fortellinger spiller en avgjørende rolle for hvordan mennesker

opplever, forstår og mestrer livshendelser. Helsepersonell vil derfor være tjent med å dyrke et kunnskapsbegrep som også ivaretar det narrative aspektet. Narrativ kompetanse innebærer å kunne forstå barnet eller familiens fortellinger, samt ha et kritisk og reflektert forhold til egen rolle som medforfatter. Denne kompetansen er viktig i forhold til å sikre at familiens egen opplevelse av situasjonen avdekkes. Narrativ kompetanse er dessuten av betydning for helsepersonells bidrag til at den enkelte familie finner en konstruktiv ramme for forståelse og handling. I motsetning til en mer lineær fremgangsmåte hvor klinikeren griper inn i familiens fortelling med en bestemt fortolkning, diagnose og behandling.

Tidligere forskning som refereres til i kapittel 3.0 viser at samspillet mellom foreldre og barn er av betydning for barnets tilknytningsevne og at dette vil prege de nære relasjoner senere i livet. Der foreldre og barn ikke oppnår et godt samspill blir det viktig at de så tidlig som mulig får støtte og hjelp fra den profesjonelle hjelpeinstans. Hvis ingen fanger opp disse problemene risikerer man at det oppstår en uheldig tilknytning som igjen vil kunne prege utviklingen av barnets psykiske helse.

Stern sier at begynnelsesfasen for dannelsen av nye selvområder er mer sensitiv hos spedbarn enn i senere faser i livet. Dette gjelder spesielt i løpet av de tre første leveårene i den forstand at prosessen går hurtigere under barnets første år, og barnet er dermed mer prisgitt det menneskelige miljøet det har til rådighet. Barnet er helt fra starten av aktivt deltakende og påvirker i stor grad sin egen utvikling. Sterns synspunkt påpeker behovet av den ”betydningsfulle andre”. Barnet må ha tilgang på omsorgspersoner som er i stand til og affektivt tone seg inn og møte deres behov for og oppnå et godt samspill. Bowlby definerer tilknytning i spedbarnsalderen som et emosjonelt bånd som dannes mellom barnet og personen det knytter seg til. Videre er Bowlby opptatt av tilknytningens kvalitet. Det skjer alltid en tilknytning sier han, så sant det finnes en eller flere omsorgspersoner som er tilgjengelige for et minimum av kontakt og samspill med barna. Kvaliteten på tilknytningen varierer og påvirkes av flere faktorer. Foreldrenes og barnas relasjonelle egenskaper påvirker samspillet og tilknytningens kvalitet. Bowlby hevder at både binding, bonding, og tilknytning, attachment, påvirker samspillet og har stor betydning for tilknytningsprosessens kvalitet. Begrepet binding brukes om omsorgspersonens, oftest mor, tidlige følelser for barnet, mens tilknytning benyttes om barnets tidlige atferd mot omsorgspersoner.

Gjennom samspillet i det første leveåret, etableres det en sterk følelsesmessig binding mellom barnet og omsorgsgiverne. Bowlby betegner disse følelsene som selve limet i forholdet mellom barn og tilknytningsperson (Karterud/Monsen, 1997).

I forbindelse med å styrke foreldrene i foreldrerollen, sier informantene at det er vanskelig å vite hvor direkte de kan kommunisere sine bekymringer der det allerede foreligger bekymring i forhold til barnets psykiske helse. De ønsker primært å gi foreldrene fornemmelse av at nettopp de er verdens beste foreldre for sine barn. Denne balansegangen opplever helsesøstrene som utfordrende. Når foreldrene går fra helsestasjonen ønsker de at foreldrene har en god følelse av at de mestrer sin rolle som kompetente omsorgspersoner. Videre sier en informant at ved å ta utgangspunkt i de situasjoner foreldrene allerede behersker, styrkes foreldrene i sin omsorgsrolle. Men når helsesøstrene snakker om å ta utgangspunkt i det positive tar de også opp at dette ikke alltid er like lett. Det kan synes som om de er i konflikt mellom ulike verdier. De har fagkunnskaper og meninger om hvordan foreldrene bør handle for å gi barna best mulig helse. Når foreldrene forholder seg til, eller handler overfor sine barn slik at det ikke er med å fremme barnets helse, er dette en utfordring for helsesøstrene. Det kan synes som om de noen ganger vegrer seg for å kommentere og gripe inn overfor handlinger som er i strid med deres idealer og verdier. Dette er også tema i doktorgradsavhandlingen til Therese Andrews, *”Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten.”*, fra 2002. Andrews peker i sin avhandling på at helsesøstrene er sterkt influert av en holdning om å veilede foreldrene på en slik måte at de selv kommer frem til løsninger på problemer som gjelder sitt eget barns ve og vel. Dette er et perspektiv som kan samsvare med å erkjenne brukerens kompetanse og integritet, i motsetning til å innta den mer tradisjonelle ekspertrollen overfor foreldrene. Harlene Anderson (2007) fremhever at hvis man alltid ser eller hører ting på en rutinert måte, vil man gå glipp av, dvs hverken se eller høre det annerledes eller unike. Ønsker man som hjelper å la klienten være ekspert på sitt eget liv, må en vite hvordan man setter til side egen forståelsesramme så mye som mulig, og hvordan utforske de forståelsesrammer klienten har. For å klare dette må man som hjelper lære å innta en ikke-vitende posisjon. Anderson og Goolishian hevder at en behandler aldri på forhånd vil kunne vite noe om betydningen av klientens erfaringer og handlinger. Behandleren må i stedet stole på klientens oppfatninger og forklaringer, og den beste måten å gjøre dette på er å innta en ikke-vitende posisjon.

Avhandlingen til Andrews (2002) viser imidlertid at helsesøstrene støter på en rekke dilemmaer når de forsøker å tone ned sin rolle som ”eksperter”. For det første oppstår dilemmaer fordi yrkesutøverne i rollen som ”ikke-eksperter” bryter med forventningene til mange foreldre. I møter med helsestasjonstjenesten er det nettopp ”ekspertråd” foreldre i stor grad etterspør. For det andre kommer ikke denne måten å tenke på inn som en erstatning, men som et tillegg. Det vil si at det offentlige i realiteten ikke har gitt opp tanken om å lede foreldre i retning av det profesjonelle mener er god barneomsorg. Helsesøstrene må med andre ord forholde seg til motstridende perspektiver i sin praksis. Helsesøstrene har i mange sammenhenger fagkompetanse om hvilke valg som fremmer barnets helse og utvikling. Utfordringen vil være å få sine kunnskaper formidlet til brukerne slik at disse får best mulig kompetanse til å gjøre de beste valgene ut i fra sin livssituasjon.

Helsesøstrene i min undersøkelse var bevisste på og ikke kritisere foreldrene. Samtidig ga de klart uttrykk for at de noen ganger må formidle andre handlingsalternativer enn foreldrene har valgt. Et skifte fra rollen som støttende og oppmuntrende til en som påpeker hva foreldrene bør gjøre, synes vanskelig for helsesøstrene. Å opptre som en samarbeidspartner med foreldrene synes å være en foretrukket rolle. Samtidig føler helsesøstrene et uttalt ansvar overfor barna. De kan ikke ignorere at de er representanter for en offentlig tjeneste som ved lov skal fremme barns helse på best mulig måte både fysisk og psykisk. Helsesøstre er ikke fristilt til bare å ta utgangspunkt i det som måtte være av positive ressurser hos en familie. Når de observerer forhold rundt et barn som krever korrigerende eller intervensjoner på annen måte, vil helsesøstrene måtte innta et annet perspektiv, nemlig som eksperter som representerer en mer normativ helsefremmende tjeneste.

Mine informanter presenterer samsvarende perspektiver på sin tilnærming i forhold til hva som kan uttrykkes og ikke uttrykkes til foreldrene der man er bekymret for et lite barns psykiske helse. Alle gir uttrykk for at de opplever det viktig og riktig at de kommuniserer budskapet, sine observasjoner og tanker, mest mulig direkte. Samtidig gir de uttrykk for at de opplever det som krevende og vanskelig å gå inn i situasjoner der det er problemer mellom foreldre og barn. Det krever mot og sikkerhet til å stå for sine iakttagelser og vurderinger. Et viktig poeng de alle vektlegger er at helsesøstrenes gode relasjon til foreldrene er en forutsetning for å gå inn i situasjoner og kunne bidra til endring for barnet. Hvis det ikke foreligger en trygg relasjon mellom helsesøster og foreldre, er det

tvilsomt at man kan lykkes i arbeidet. Videre snakkes det i intervjuene frem en holdning om at foreldrene er spesialister på sine barn. Dette gjør at helsesøstrene kvier seg for å gå inn i situasjoner som krever at de må utøve korrigeringer og risikerer og støte foreldrene fra seg. Dette kan reise et etisk dilemma. På den ene siden er det viktig at helsesøstrene oppmuntrer foreldrene og gir dem en bekreftelse på at de er gode foreldre for sine barn. Det å styrke foreldrene i sin omsorgsrolle ved å bekrefte dem er av stor betydning for at foreldrene skal lykkes i sitt samspill med barna. På den andre siden oppstår det et dilemma når det hersker uenighet mellom foreldrene og helsesøster om forholdene rundt barnet kvalifiserer for korrigeringer eller annen type inngripen. Helsesøstrenes begrunnelse for og ikke gripe aktivt inn varierer. På den ene siden uttaler de at føler seg usikre og mangler kunnskap, på den andre siden gir de uttrykk for at de innehar kunnskapen, men redselen for å ta feil gjør dem likevel avventende. Tidsfaktoren blir også brukt som en forklaring på at dette arbeidet ikke prioriteres. Å samle inn tilstrekkelig viten som grunnlag for en intervensjon, tar tid. Videre er de opptatt av faren ved at de kan støte foreldrene fra seg ved å gripe inn i familiemønsteret. Slike etiske valg er det vanskelig å finne klare løsninger på og derfor er det viktig og reflektere over de valg som gjøres. Hvem sine behov blir ivaretatt? Det blir viktig å klargjøre at valgene som tas blir til barnets beste, og ikke for å beskytte foreldrene eller seg selv som fagperson. Hvis helsesøstrene unndrar seg ansvar, vil dette gå ut over det helsefremmende arbeidet som helsestasjonen lovfestet er satt til å utføre. Derfor er det mye som tyder på at å styrke helsesøstrenes selvforståelse og kompetanse med å gå inn i situasjoner der man er bekymret for et barns mentale helse, vil være helsefremmende. Jeg tenker at dette også handler om og styrke egenutvikling hos denne faggruppen. Dette kan for eksempel gjøres ved å gi helsesøstrene tilbud om å delta i veiledningsgrupper med fokus på egenutvikling.

Helsesøstrene er opptatt av at det fysiske og psykiske aspektet ved et barns utvikling må sees som en helhet, og at begge aspekter påvirker hverandre gjensidig. Samspillet og relasjonene i en småbarnsfamilie vil alltid være påvirket av begge aspekter. Foreldrenes psykiske helse og modenhet nevnes spesielt som betydningsfulle for kvaliteten av samspill og utvikling av små barns mentale fungering. I tilfeller der foreldrene av en eller annen grunn er ustabile, vil dette kunne føre til at de ikke evner å gi barnet den omsorg og oppfølging det har behov for. Mine informanter er opptatt av viktigheten av å støtte foreldre som har det vanskelig, og gi dem anerkjennelse for det som fungerer. Umodne foreldre trenger å bli styrket i foreldrerollen. Det å fokusere på mestring og anerkjennelse i

samtaler med disse foreldrene snakkes frem som viktig i intervjuene. Helsesøstrene jeg intervjuet har alle en grunnforståelse av at et godt samspill mellom foreldre og barn gir barnet en god start i livet, og dets forutsetninger for å oppnå en god helse styrkes.

Denne forståelsen av samarbeid med foreldrene som en grunnleggende viktig faktor i helsesøstrenes arbeid i familier, blir fremhevet av Misvær og Oftedal i "Håndbok for helsestasjoner"; *"Det er viktig i etableringsfasen at man utvikler tillit til foreldrene. Dernest vil det bli lettere å kartlegge forskjellige behov samt samarbeide med omsorgspersonene til barnet."* (2002).

Dette er et perspektiv som samsvarer med Harlene Andersons (2007) samarbeidsorienterte tilnærming til terapi. Hun fokuserer på det relasjonelle ved systemet og prosessen, klient og hjelper blir likestilte samtalepartnere i fortellingen, undersøkelsen, fortolkningen og formingen av fortellingene. Det er et perspektiv som bidrar til å etablere den nødvendige allianse som er nødvendig for og sammen skape ønsket endring. Sentralt i denne holdningen er prinsippet om ekvivalens, klienten og hjelperen er begge eksperter. I denne formen for tilnærming vektlegges sammensmeltingen av familiens og helsesøsterens ekspertise. Foreldrene bidrar med ekspertise i forhold til innhold, mens helsesøster bidrar med ekspertise i forhold til prosessen. Grunnleggende i denne terapeutiske tilnærming er hjelperens ærlige og oppriktige evne til å være mottakelig for, til å imøtekomme, respektere, lytte og være engasjert i familiens historie.

I intervjuene bruker informantene betegnelsen "bestilling", som å få en bestilling fra foreldrene, når de snakker om tidlig intervensjon. Å motta en bestilling følger at foreldrene ønsker noe konkret, her i form av type veiledning fra en ekspert. I denne konteksten vil dette bety at foreldrene søker råd hos helsesøstrene, hvilket medfører at det er de som sitter med kompetansen om barns utvikling og atferd. Helsesøstrene posisjonerer seg som eksperter i forhold til foreldrene. På den annen side omtaler også informantene foreldrene som eksperter på sine barn. Dette kan virke forvirrende og selvmotsigende at helsesøstrene på den ene siden ser på seg selv som ekspertene, og på den andre siden snakker om foreldrene som eksperter på sine barn. Jeg tenker her at ekspertisen er å finne hos begge parter, og at dette danner grunnlaget for en samhandlingsarena mellom helsesøster og foreldrene.

For en del år siden var tilnærmingen i helsevesenet preget av at de profesjonelle hjelperne, for eksempel helsesøstrene, innehadde en ekspertise og sto i en maktposisjon overfor

foreldrene. I dag er man i større grad opptatt av et samarbeidsperspektiv. Foreldrenes selvstendighet og frihet til å påvirke sin situasjon, er en ideologi som settes høyt. De kjenner sine barns behov best, og er som følge av dette å betrakte som eksperter på egne barn. I de tilfellene hvor foreldrene ikke evner å la barnas behov overstyre egne behov oppstår det et dilemma. Her vil helsesøstrene få en utfordring i forhold til å sørge for at de valgene som tas ikke skjer på bekostning av barna. Dersom helsesøstrene mestrer denne oppgaven, viser de at de innehar kompetanse og nødvendig faglig tyngde i forhold til å ivareta og fremme barns utvikling og helse i tråd med tjenestens formål. Slik jeg ser det vil et samarbeid som i størst mulig grad ivaretar begge parters kompetanse, være til barnets beste. Hvem som besitter ekspertisen vil derfor variere fra situasjon til situasjon. Samtidig vil det være situasjoner hvor helsesøstrene må, for å sikre barnets interesser, ta på seg en ekspertrolle og overta regien i møte med foreldrene.

Sett i et helsefremmende perspektiv er det viktig at helsesøstrene har tilstrekkelige kunnskaper innen området psykisk helse. I følge prosjektet "Barn i Bergen" basert på professor Gillbergs forskning som det refereres til i rapporten fra TOPP-studien (Mathiesen m.f.l, 2007), vises det til behov for nye metoder for tidlig oppdagelse og intervensjon i forhold til forebyggende arbeid av mentale problemer. Økt kompetanse om betydningen av en god psykisk helse vil kunne føre til at forskjellige hjelpeinstanser kommer i posisjon til å hjelpe barnet på et tidligere tidspunkt. Dette avhenger av at helsesøstrene i sitt praktiske arbeid med foreldre og barn lykkes i å overføre denne kompetansen til foreldrene. Foreldrene må veiledes slik at de blir i stand til å fange opp eventuelle faresignaler barnet måtte uttrykke. I dag er situasjonen slik at flere instanser som arbeider med barns psykiske helse synes de kommer for seint inn i forhold til problemene. Hvis man ikke prioriterer det psykososiale arbeidet, vil dette kunne prege foreldrenes og barnas helse også på et seinere tidspunkt. Hvis en derimot arbeider ut fra et helsefremmende perspektiv, vil dette kunne forebygge seinere skader.

Oppsummering

Det er nettopp i de første leveårene at det finnes størst muligheter for å rette opp en begynnende skjevutvikling. Formbarheten hos barn i den første levetiden er stor, og atferd er i høy grad modifiserbar. Det betyr at selv om spedbarnsalderen kan være en særlig sårbar periode, representerer denne tiden også et mulighetenes vindu. Nettopp fordi

barnets utvikling i de første leveårene er så rask og modifiserbar, vil man i samarbeid med foreldrene kunne ta utgangspunkt i, og løfte fram, barnets positive utviklingspotensial og benytte det som en viktig faktor i arbeidet med småbarnsfamiliene. Dette er med på å understreke betydningen av å komme tidlig i posisjon med forebygging og behandling. Et mål i alt helsefrembringende arbeid er å hjelpe foreldrene til å se sine barn slik de er, med sine muligheter og eventuelle svake sider som trenger å støttes, uten at foreldrenes egne bekymringer eller urealistiske forventninger og forforståelser av barnet får virke forstyrrende inn på utviklingen. Felles for alt arbeid med sped- og småbarnsforeldre, er respekten for dem i egenskap av at de er de sentrale emosjonelle omsorgsgivere og viktigste hjelpere for sine barn. Utfordringen for dem som skal gi foreldreveiledning, eller intervenere på andre måter, er å kunne gi hjelpen en utforming som kan øke foreldrene egen kompetanse i forhold til barnet i motsetning til å innta en ekspertrolle, hvor ansvar for endring plasseres hos den profesjonelle hjelperen.

6.0 Avslutning

Innledning

Mitt utgangspunkt for denne undersøkelsen var observasjon av og undring over at så få barn i alderen 0-6 var registrert i tiltak i barne- og ungdomspsykiatrien. Dette til tross for omfattende satsing og fokus på tidlig intervensjon mot denne aldersgruppen. Jeg var videre opptatt av at helsestasjonen sjeldent, eller aldri, henviste små barn til videre utredning og eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Jeg ville undersøke hvordan helsesøstre arbeider med psykiske helse i småbarnsfamilier. Helsestasjonen, og helsesøstertjenesten, kan beskrives som et diskursivt felt mellom fagfeltene *medisin* og *psykologi*. Hvordan påvirker dette helsesøstrenes praksis? Hvilken plass har det psykologiske perspektivet i forhold til det medisinske perspektivet i deres møte med små barn og deres familier? Problemstillingen jeg søkte belyst var formulert slik:

- 1 Hvilke diskurser om barns psykiske helse tar helsesøstrene i bruk i sitt møte med småbarnsfamilier?
- 2 Hvilken betydning har måten helsesøstrene bruker diskursene på, for hvordan samtaler med små barn og deres foreldre gjennomføres og for hvilke temaer som blir berørt i samtalene?

Fokus i oppgaven er helsesøstere; deres blikk på barn og foresatte, deres refleksjoner rundt små barns psykiske helse, deres samhandling med småbarnsfamilier, og ikke minst, deres selvforståelser som profesjonelle helsearbeidere. Spørsmålene som utgjorde undersøkelsens var; ”er psykiske problemer hos små barn et økende samfunnsproblem, og hvordan kan helsestasjonen avdekke og avhjelpe på et tidlig tidspunkt?”, og ”hvordan konstruerer helsesøstrene *barns psykiske helse*?” Hvordan samsvarer deres praksis med hvordan de snakker om sine idealer? Hvilken forståelse av små barns psykiske helse snakkes frem i intervjuene, og hvilke diskurser settes i arbeid?

Ved gjennomgang av fag- og forskningslitteratur om små barns psykiske helse, samt diverse offentlige styringsdokumenter som omhandlet tema, mente jeg å finne en klart dominerende diskurs; ”*om psykiske vansker hos små barn som et økende samfunnsproblem og behovet for tidlig intervensjon er tilsvarende stort.*” Samtidig angir tall fra nasjonal registrering (SINTEF Helse, 2008), og de samme styringsdokumenter, at svært få barn i aldersgruppen 0-6 er i registrerte tiltak i hjelpeapparatet. Dette gir et bilde av en praksis som bygger opp under en motdiskurs om at psykiske vansker hos små barn oppleves unntaksvis og vansker i denne alderen er i liten grad erkjent i hjelpeapparatet. Mitt hovedinntrykk etter analysearbeidet er at det er lite samsvar mellom informantenes i-tale-satte idealer og den praksis de formidler. Overnevnte to motdiskurser synes å eksistere parallelt. Den første settes i arbeid når helsesøstrene i-tale-setter sine idealer, mens den andre konstitueres gjennom helsesøstrenes praksis. Den ene diskursen er ”i tiden” og ”politisk korrekt” å forfekte jfr. forskning, faglitteratur m.m. , mens den andre gjenspeiler praksis.

Jeg fant begge disse diskursene representert i datamaterialet. Min forståelse av hvordan diskursene gjør seg gjeldende, og hva slags betydning de ser ut til å ha for helsesøstrenes praksis vil jeg oppsummere i det følgende.

Den første tittelen; *Begrepet barns helse inkluderer både psykiske og fysiske aspekter, samtidig som helsesøstrenes erfaring og kunnskap i forhold til psykiske helse undergraves av brukere, systemet og dem selv*, viser til et inntrykk av at informantene snakker frem en praksis hvor deres fokus på små barns psyke har endret seg, samtidig som de konstruerer seg som en faggruppe uten stor innflytelse og med begrenset makt til å påvirke.

Informantene snakker alle frem en diskurs om barns helse som inkluderer den psykiske dimensjonen. Barns helse konstrueres til og også omfatte psykisk helse. I teksten snakkes det frem en dekonstruksjon av diskurser som har funnet sted over tid. Tidligere ble barns helse konstruert med en identitet knyttet til fysisk utvikling innenfor en medisinsk forankret kontekst. De beskriver en tjeneste som i løpet av de siste 20 årene har blitt utfordret av et psykologisk perspektiv, noe som har resultert i at en ny forståelse av barns helse har vokst frem. Et eksempel på dette er når helsesøstrene snakker om betydningen av sammenheng og helhet, det fysiske og det psykiske virker på hverandre. Alle dimensjoner i et barns liv skal integreres i deres møte med barna og deres omsorgspersoner. Samtidig som helsesøstrenes fokus på psykisk helse har økt, konstruerer de seg som faggruppe som lite spesialiserte og med begrensede påvirkningsmuligheter. De tegner et bilde av egen faggruppe som ”lettvektene” i systemet. De beskriver en image som undergraver helsesøstres faglige tyngde og kompetanse, både i forhold til enkeltbrukere og system. Et eksempel på dette er når en informant snakker om å ha et språk andre ikke forstår og at de representerer en tjeneste uten vedtaksmyndighet. Samtidig snakker helsesøstrene selv frem diskurser som bidrar til å opprettholde overnevnte konstruksjoner. Alle tre informantene omtalte egen faggruppe repeterende som ”ikke flinke nok” og for lite spesialiserte. På forskjellige måter underbygget mine informanter selv konstruksjonen om helsesøstre som mindre spesialiserte og med begrenset makt til å påvirke systemet og brukerne rundt seg. Mine informanter ble på mange måter selv diskursbærere av dominerende forståelsesformer skapt av andre. Forståelsesformer som eksempelvis kan virke undertrykkende for utvikling av egen praksis.

De to neste titlene; *Vurdering av psykiske vansker hos små barn er særlig vanskelig og det er viktig å vite nok før man intervenserer*, og *Tidlig intervensjon forutsetter et samarbeid med og et initiativ fra foreldrene*, viser til to praksisformer helsesøstrene i undersøkelsen snakket frem under temaet tidlig intervensjon. Vurdering av små barns mentale helse opplevdes som svært vanskelig og krevde stor grad av viten før en eventuell intervensering, og en intervensering forutsatte et samarbeid med og initiativ fra foreldrene. Alle informantene ga uttrykk for stor usikkerhet knyttet til når man skal eller bør intervensere. De snakket alle fram en praksis som forutsatte stor grad av sikkerhet i forhold til synlige avvik i små barns atferd og utvikling før de intervenserte, samtidig som det i et utdrag ble presisert at man aldri kan bli sikker. Denne praksisen begrunnet helsesøstrene

med at små barns uttrykk og atferd var vanskelig å tolke, i motsetning til eldre barn. Jo mindre barna er, jo mer av deres atferd kan plasseres innenfor normalområdet. Dette vil resultere i en praksis som posisjonerer små barns uttrykk som ”utydelig”, og større avvik i atferd og utvikling aksepteres. Innenfor en medisinsk diskurs ville man kunne si at helsesøstrene konstruerer små barn som uklare symptombærere. Hvis man ser denne praksisen i sammenheng med informantenes tidligere uttrykk for å være lite spesialiserte, reiser det seg et spørsmål i forhold til reell kompetanse. Tidlig innsats overfor de yngste aldersgruppene er et relativt nytt fagfelt som omfatter både forebygging og behandling. Å øke kompetansen i forhold til å kunne møte problemstillinger relatert til psykisk helse hos små barn, vil kunne være et viktig satsningsområde i denne sammenheng.

Helsesøstertjenesten representerer et kommunalt lavterskeltilbud som treffer nær 100 prosent av barn, unge og deres familier. Helsesøstre har derfor en særdeles sentral rolle i det forbyggende og helsefremmende arbeidet overfor barn og unge. Gitt de mange ulike arbeidsområdene helsesøstrene arbeider innenfor, er det behov for bred og til dels svært ulik utdanning og kunnskap. Gjennom økt kompetanse i å se tidlige tegn og symptomer på psykiske vansker, samt med bedre kjennskap til- og samarbeid med de tilgrensende tjenestenes fagfelt og kompetanse, vil flere barn og unge med psykiske problemer kunne få rett hjelp til rett tid.

Alle informantene beskriver i sine utsagn en praksis der tidlig intervensjon forutsetter et samarbeid og et initiativ fra foreldrene. Dette initiativet beskriver de som en ”bestilling” fra foreldrene. Tidlig intervensjon forutsetter at man kommer i posisjon til barnet og dets omsorgspersoner. Målsettingen for inngripen er å bidra til en endring som kan styrke barnets utviklingsmuligheter videre. Inngangsporten for å skape denne endringen vil, i de fleste tilfeller, være gjennom foreldrene. Intervenering vil i de fleste tilfeller forutsette en allianse og et samarbeid med barnets omsorgspersoner. Mine informanter snakker frem en praksis der premissene for å intervenere forankres i et etablert tillitsforhold til foreldrene. Styrking av foreldrenes omsorgskompetanse er grunnleggende i helsesøstrenes arbeid med småbarnsfamilier. Tar man utgangspunkt i sosialkonstruksjonismen så skjer nyskapningen i samskapningen. En hjelpers oppgave blir ut ifra en slik tenkning å bidra til at alles stemme kommer frem og blir hørt, og at det som sies formidles i en språkdrakt som alle forstår. Viktigheten av å skape tillit og allianse med foreldrene for og oppnå ønskede endringsprosesser står etter min mening ikke i noe motsetningsforhold til å intervenere. Bevist handling for å skape tillit er i seg selv en intervensjon. Foreldrene er eksperter på

egne barn, noe som vektlegges i helsesøstrenes praksis. Jeg tenker her at en tydelig og allianseskapende måte å intervensere på er å posisjonere seg som en hjelper hvis agenda er å hjelpe foreldrene til å hjelpe barna sine. Gi klart uttrykk for at man ”spiller på samme lag” og har et ”felles prosjekt”. I denne prosessen blir det viktig at man tenker sirkulært slik at foreldrene blir i stand til å bidra i et samarbeid uten å føle skyld for den situasjonen som er skapt.

I systemteorien har det vært fokusert på at hva som punktueres i et system, er avhengig av observatøren. Som følge av dette vektlegges ”blikket” og at hva en ser, er avhengig av ståsted. Videre at forskjellige observatører vil ha forskjellig blikk, og at ingen av disse blikkene eller perspektivene kan privilegeres, bare utforskes. I møtet med småbarnsfamilier kan det være nyttig for helsesøstrene å ha med seg en tenkning som tillater mange perspektiv, og hvor ingen privilegeres, og hvor en kan fokusere mer på hva forskjeller i perspektiv og opplevelser betyr, heller enn å finne ut hva som er det rette.

Veien videre – undersøkelsens betydning for fremtidig praksis

Denne undersøkelsen er foretatt blant erfarne helsesøstre. Jeg skapte interesse, og spørsmålene vedrørende små barn psykiske helse og tidlig intervensjon ble møtt med engasjement hos informantene. Oppnår en å skape interesse for noe, kan dette i seg selv føre til ytterligere engasjement i forhold til tema. En konsekvens av undersøkelsen kan være en fortsatt diskusjon og økt refleksjon om hvordan man i større grad kan implementere psykiske helse i helsesøstrenes praksis. Både det fysiske og psykososiale miljøet bidrar til å forbedre forutsetningene for helse. Med bakgrunn i dette vil det psykososiale arbeid være viktige prioriteringer for helsesøstrene med tanke på å motvirke risikofaktorer i utvikling av barnets psykiske helse.

Ifølge Toverud m.fl. (2002) kan enkelte personer og grupper framstå som ”diskursprodusenter” og får definisjonsmakt på et område. Andre kjemper forgjeves med å bli hørt, mens andre igjen tildeles eller tar en rolle som ”diskursbærere”. Deres rolle er å formidle de dominerende forståelsesformene som er skapt av andre. Det er mot disse diskursprodusentene og diskursbærerne nye diskurser eller forståelsesformer konkurrerer. Å tydeliggjøre forståelsesformer som tas for gitt, kan i seg selv skape endring i maktforhold og utvide aktørers handlingsrom. Informantene i min undersøkelse snakket frem en ny diskurs som konstruerte små barns helse til også å inkludere en psykisk

dimensjon. Denne utvidede meningsutfyllingen av begrepet helse representerer et perspektiv som jeg oppfatter som klart dominerende innenfor deres fagfelt.

Jeg finner det derfor interessant at til tross for økt kunnskap om og bevissthet på psykisk helse, er det psykiske perspektivet i liten grad forankret i rutiner i helsesøstrenes praksis. Dette i motsetning til diverse sjekklister og rutiner de har for å vurdere små barns fysiske og motoriske utvikling.

Jeg håper denne undersøkelsen kan bidra til å utfordre eksisterende tatt-for-gitt-heter hos helsesøstrene. Hvis helsesøstrene, og helsestasjonen som tjeneste, i større grad enn i dag, velger å ta i bruk diskursen om at en god psykisk helse er grunnleggende for et barns utvikling, vurderer jeg at flere små barn ville bli hjulpet på et tidligere tidspunkt.

7.0 Referanser/Litteraturliste

- Anderson, Harlene (2003): *Samtale, språk og terapi*. København: Hans Reitzels Forlag
- Andrews, Therese (2002): *Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*. Doktoravhandling. Universitetet i Bergen
- Bjartveit, Steinar & Trond Kjærstad (1996): *Kaos og kosmos – byggesteiner for individer og organisasjoner*. KOLLE forlag
- Bråten, Stein (2004): *Kommunikasjon og samspill - fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalen, M (2004): *Intervju som forskningsmetode. En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Folkhelseinstituttet(2003): Rapport 2003:10 *Psykiske lidelser blant barn 0-12 år*. Nærde, Ane og Simon-Peter Neume
- Foucault, Michel (1972): *The Archeology of Knowledge*. New York, Pantheon
- Green, J & R. Goldwyn (2002) *Attachment disorganization and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, 835-846
- Halvorsen, Knut (2003): *Å forske på samfunnet*. Oslo: Cappelen Forlag
- Helsedepartementet (2003): Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse ...sammen om psykisk helse...
- Helsedirektoratet (2003): Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) *Tidlig diagnostisering og forebyggings tiltak ved psykiske lidelser og atferdsvansker blant barn (0-12 år)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1982): Kommunehelsetjenesteloven
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001): Helseforetaksloven (I 2001 hefte 7)
- Hovedkomiteen for norsk forskning (sist oppdatert 18.juli 2002)
- URL: <http://www.arkivverket.no/arkivverket/publikasjoner/nett/handbok-ra/inst-dep/sak/forskning.html> (lest 17.Okt.2008)
- Hwang, Philip & Birgitta Wickberg (2001): *Förelärdstöd och spädbarns psykiska hälsa*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut,
- Hårtveit, Håkon & Per Jensen (2004): *Familien –pluss èn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Haavind, Hanne & Halvor Øvreide (2007): *Barn og unge i psykoterapi - samspill og*

- utviklingsforståelse*. Oslo: Gyldendal
- Johnsen, Astri, Rolf Sundet og Vigdis Wie Torsteinsson (2000): *Samspill og selvopplevelse – nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Tano Aschehoug
- Jørgensen, Marianne W. & Louise Phillips (1999): *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag
- Karterud, Sigmund & Jon T. Monsen (1997): *SELV psykologi – utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Langdridge, Darren (2006): *Psykologisk forskningsmetode*. Trondheim: Tapir Akademiak Forlag
- Lieberman, A (1997): *Attachment and psychopathology - Toddlers internalization of maternal attributions as a factor in quality of attachment*. Atkinson & Zucker (red.) New York: Guilford
- Lundby, Geir (1998): *Historier og terapi* Oslo: Tano Aschehoug
- Mathiesen, Kristin S, Anne Kjeldsen, Anni Skipstein, Evalill Karevold, LeilaTorgersen og Helene Helgeland (2007): *TOPP-studien: Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. Oslo: Nasjonalt folkehelse institutt
- Misvær, Nina & Gunnar Oftedal (2002): *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år*. Oslo: Kommuneforlaget
- Mæhle, Magne (2005): *Re-Inventing the Child in Family Therapy*. Oslo: Academic Press
- Neumann, Iver B. (2001): *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget
- RBUP Øst og Sør (2008): *Sped- og småbarn i risiko – en kunnskapsstatus* Bergum, Marit og Hansen Heidi Jacobsen
- Repstad, Pål (1993): *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ryen, Anne (2002): *Det kvalitative intervjuet – fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- SINTEF Helse (2008): *SAMDATA Sektorrappport psykisk helsevern 2007*
- Sosial- og helsedepartementet(1997): St.meld.nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbud*
- Sosial- og helsedepartementet(1998): St.prp.nr 63 (1997-98) *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 til 2006*
- Statens helsetilsyn (1998): *Veiledningsserien 2-1998. Veileder for helsestasjons- og*

skolehelsetjenesten.

Statens helsetilsyn (2000): Utredningsserien 4-2000. *Psykiatriske poliklinikker – en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien.*

Statens helsetilsyn (2001):Veiledningsserien 1-2001. *Distriktpsikiatriske senter – organisering og arbeidsområder*

Stern, Daniel N. (2003): *Spedbarnets interpersonlige verden.* Oslo: Gyldendal

Thagaard, T (2003): *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode.*

Bergen: Fagbokforlaget

Toverud, Ruth & Kirsten Thorsen (2002): *Kulturpsykologi - Bevegelser i livsløp.*

Oslo: Universitetsforlaget

Widerberg, Karin (2002): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt.*

Oslo: Universitetsforlaget

Wikipedia (sist oppdatert 23.feb.2009)

URL: <http://www.Wikipedia.org>

(lest 25.Feb.2009)

Wikipedia (sist oppdatert 23.feb.2009)

URL: <http://no.wikipedia.org/wiki/Diskurs>

(lest 25.Feb.2009)

Willig, Carla (2008): *Qualitative Research in Psychology.* UK: Open University Press

Aadland, Einar (1997): ”Og eg ser på deg...” *Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag.* Oslo: Tano Aschehoug