

”Helsesøstres møter med familier i konflikt etter samlivsbrudd”

En kvalitativ studie av helsesøstres erfaringer fra møter med familier
som lever i konfliktfylte relasjoner etter samlivsbrudd

Astrid Selset

Diakonhjemmet Høgskole

Masteroppgave

Master i familieterapi og systemisk praksis 2015

Mafam 2011

Veileder: Ottar Ness

Antall ord: 27133

Dato 29.05.2015

”En kjærlig atmosfære i ditt hjem er fundamentet for ditt liv.”

(Dalai Lama)

Takk

Proessen i arbeidet med dypdykk i litteratur og refleksjoner rundt denne masteroppgavens emne har berørt meg personlig, og dermed mitt arbeid som terapeut og konsulent. Fra de første famlende tankene om tema til ferdigstilling og trykking av masteroppgaven har vært krydret med lærerike, krevende, spennende og også morsomme opplevelser – et uttrykk for det mangefasetterte aspektet ved det å være menneske underveis i livet.

Som 14-åring fant jeg et dikt av en for meg ukjent forfatter som har fulgt meg gjennom livet, dukket opp nå og da, og så også nå:

”Å leve vil si å vandre omkring, og samle på nye tanker og ting, mer enn man kanskje kan make, og finere enn man får sagt det.”

Jeg kom vel gjennom denne delen av min vandring takket være mange støttespillere, og jeg ønsker å rette en stor takk til velvillige ledere og informanter i den kommunen hvor intervjuene foregikk. Det gjorde det mulig for meg å få del i en viktig og engasjert faggruppes erfaringer og kunnskap om et tema som opptar meg.

Hjertelig takk til veileder, for oppmuntring, heiarop og støtte gjennom hele prosessen. Det var gull verdt og bidro til både mot og styrke til å fortsette mot målet – levering av master.

En varm takk til alle som på ulike måter bidro til at jeg fikk nye tanker, støttet når det buttet imot, inviterte til oaser av atspredelser og gøy; pauser som ga plass til refleksjoner som igjen ga ny fremdrift i arbeidet.

Takk til alle som gjorde det mulig for meg å komme i mål.

Steinkjer 27.mai 2014

Astrid S.K. Selset

Sammendrag

Temaet for min studie er helsesøstres erfaringer med å møte familier med konfliktfylte relasjoner etter samlivsbrudd. Med tanke på barns helse og utvikling er blikket rettet mot hva helsesøstre erfarer er nyttig og ikke nyttig hjelp i disse møtene. Foreldrekonflikter etter samlivsbrudd og støtte av barn med tanke på helsekonsekvenser av foreldrekonflikt er studiens hovedfokus. Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan helsesøstre kan være til hjelp for disse familiene.

Det er gjort lite forskning på helsesøster i møte med konfliktfylte familier etter brudd. Denne studien vil derfor være et bidrag til økt kunnskap i fagfeltet. Studien tar utgangspunkt i forskning som ikke er direkte knyttet opp til problemstillingen, men som kan ses som indirekte relevant i møte med foreldre i konflikter etter brudd.

Problemstillingen for min studie var: ”Hvordan beskriver helsesøstre på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten sine erfaringer med å møte familier som lever i konfliktfylte relasjoner?” Studien er en kvalitativ undersøkelse med gjennomføring av flerstegs fokusgruppeintervjuer. Det teoretiske grunnlaget for studien er basert i systemisk kommunikasjonsteori, konfliktteori, helseperspektiv, tilknytningsteori og salutogenese.

Jeg har intervjuet en gruppe helsesøstre i en kommune i Midt-Norge som møter familier med konfliktfylte relasjoner etter brudd, med tanke på barns helse og deres utvikling. Helsesøstrene arbeider ved helsestasjon, skolehelsetjeneste og i tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid. Som analysemetode brukte jeg tematisk analyse. Analysen førte frem til fire hovedfunn, som ble drøftet i kapittel fem: 1) Dialogisk samtaler og samarbeidende relasjoner, 2) Å være talerør for barn i foreldrekonflikten, 3) Å se og støtte barn med foreldre i konflikt og 4) Å manøvrere og balansere relasjoner.

Studiens funn viser at helsesøster har en betydningsfull rolle i arbeidet med å sikre barns helse som følge av foreldrekonflikt. Det er behov for ytterligere forskning rundt helsesøsters rolle i foreldrekonfliktarbeidet.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	8
1.1 HELSESTASJON- OG SKOLEHELSETJENESTEN - STUDIENS KONTEKST	11
1.2 HENSIKT OG PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	12
1.3 OPPGAVENS OPPBYGNING	12
2 TEORETISK RAMMEVERK OG TIDLIGERE RELEVANT FORSKNING	14
2.1 SYSTEMISK KOMMUNIKASJONSTEORI.....	14
2.2 TEORI OM KONFLIKT	19
2.3 HELSE	23
2.4 TILKNYTNINGSTEORI	26
2.5 HELSEFREMMENTE ARBEID.....	27
2.6 GJENNOMGANG AV RELEVANT FORSKNING	28
3 METODE	31
3.1 VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED – EN FENOMENOLOGISK-HERMENEUTISK FORSTÅELSESRAMME	31
3.2 VALG AV FORSKNINGSDESIGN: KVALITATIV METODE	32
3.3 DATAINNSAMLING: FLERSTEGS FOKUSGRUPPEINTERVJU	32
3.4 UTFORMING AV INTERVJUGUIDEN	33
3.5 UTVALG OG REKRUTTERING	33
3.6 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE.....	34
3.7 TEMATISK ANALYSE AV DATAMATERIALET	35
3.8 FORSKERENS FORFORSTÅELSE.....	39
3.9 ETISKE VURDERINGER	40
3.10 STUDIENS KVALITET: GYLDIGHET, PÅLITELIGHET OG OVERFØRBARHET.....	42
4 PRESENTASJON AV FUNN	45
4.1. DIALOGISKE SAMTALER OG SAMARBEIDENDE RELASJONER.....	45
4.2 Å VÆRE TALERØR FOR BARN I FORELDREKONFLIKTEN	51
4.3 Å SE OG STØTTE BARN I FORELDREKONFLIKTEN.....	55
4.4 Å MANØVRERE OG BALANSERE RELASJONER	57
4.4.1 Samhandling og forventningsavklaring.....	57
4.4.2 Å være både personlig og profesjonell	60
4.6 OPPSUMMERING AV FUNN.....	64
5 DRØFTING	66
5.1 HELSEGEVINSTER FOR BARN OG VOKSNE VED AT HELSESØSTER HAR KOMPETANSE OM KONFLIKTARBEID DER DET ER KONFLIKTFYLTE BRUDD MELLOM FORELDRE?	66
5.2 UTFORDRINGER OG MULIGHETER I HELSESØSTRES FAGPERSONROLLE	69
5.3 FREMTIDIGE FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	74
5.4 IMPLIKASJONER FOR PRAKSISFELTET	75
5.5 METODISKE BEGRENINGER VED STUDIEN	76
5.6 AVSLUTTENDE KOMMENTARER	76
LITTERATURLISTE	79
VEDLEGG	86

1 Innledning

Jeg er opptatt av menneskers velvære og trivsel, og helseaspektet knyttet til dette. Med bakgrunn i den økte mengden ny kunnskap om helsekonsekvenser av konflikter på lang sikt, er jeg særlig opptatt av barn og unges helse når de lever i konfliktfylte familierelasjoner. Mine erfaringer fra mange år som sykepleier og leder i institusjon for mennesker med nedsatt funksjonsevne, som saksbehandler i kommunal helse- og sosialtjeneste, kontakt med familier og brukerorganisasjoner, og for øvrig samhandling på tvers av sektorer og nivå, har gitt meg innblikk i hvordan konflikter og dilemmaer utfordrer både ansatte og brukere av hjelpetjenestene. Også arbeid på re-/habiliteringsfeltet og i kommunens koordinerende enhet har gitt meg kunnskap og erfaringer om utfordringer som det kommunale hjelpeapparatet må forholde seg til når de skal hjelpe barn og familier i slike livssituasjoner.

Som en erfaren kursleder på samlivskurset ”Hva med oss/meg”

(<http://www.bufetat.no/hvamedoss/>) har det gjort inntrykk på meg å høre kursdeltakeres beretninger om relasjonelle konflikter i familie og parforhold. Konflikter som ble beskrevet å være helsebelastende over tid for både enkeltpersoner, par og familier, har ytterligere forsterket min interesse og mitt engasjement for konfliktfylte relasjoners betydning for helsen.

Etter å ha arbeidet på et familievernkontor erfarte jeg at det er et stort ”trykk” på familieverntjenesten grunnet økning i antall høykonfliktsaker som ender i retten.

Slike høykonfliktsaker handler ofte om et foreldresamarbeid der samtalene mellom foreldre er preget av skiftende temaer og høyt emosjonelt trykk. Gulbrandsen (2013) beskriver at familierapeutisk arbeid med høykonfliktsaker preges av avbrytelser, fokusskifter, angrep, forsvar, ikke-bekreftelse, rigiditet, problem- og prinsipporientering.

Konsekvensene av høy konflikt er at hele familien lider under dette. Størksen og kolleger (2006) beskriver barns konsekvenser etter konfliktfylte samlivsbrudd som angst og depresjon, utagerende vansker og rusproblemer. Getz og Vogt (2013) hevder at mange av vår tids folkesykdommer kan ha sammenheng med belastende barndomserfaringer, som for eksempel konfliktfylte relasjoner etter brudd. De nevner blant annet hjerte-karsykdommer,

inflammatoriske sykdommer, sykkelig overvekt, diabetes, depresjon, angst, rusproblemer, smertesyndromer, og andre problemer og lidelser som pr i dag klassifiseres som psykiatriske.

Konfliktpregede foreldrerelasjoner er karakterisert ved hyppige konflikter, dårlig kommunikasjon og manglende vilje og/eller evne til å frigjøre seg følelsesmessig fra hverandre, hos den ene eller begge. Åpenlyse konflikter mellom foreldre etter brudd har en dokumentert negativ effekt på barns psykologiske/mentale trivsel (Ottosen, Stage, Jensen, 2011). Såkalte ”skilsmissebarns” trivsel har stor sammenheng med foreldres innbyrdes relasjoner. Hvis foreldrenes relasjoner er preget av krangling og åpenlys konflikt trives skilsmissebarn vesentlig dårligere enn andre barn (Hetherington & Kelly, 2002; Maccoby & Mnookin, 1992). Foreldre som er i store konflikter med hverandre har vanskelig for å fokusere på barnas behov, de er mer tilbøyelig til å bruke barna i sin egen konflikt, og de synes å ikke være i stand til å løse selv de minste uoverensstemmelser. Den ene forelderen kan imidlertid være følelsesmessig avklart og ønsker å unngå flere konflikter, mens den andre forelderen forblir fokusert på hevn, kontroll, sinne, og gjentatte initiativ til å bringe saken for retten (Friedman, 2004; Kelly, 2003, 2002).

Helse- og Omsorgsdepartementet utga i 2015 Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19, 2014-2015). Den fokuserer på bredere satsning på folkehelse og bedre forebygging og arbeid for at psykisk helse skal bli like viktig som fysisk helse i arbeidet med folkehelse. Den bygger på at grunnlaget for god helse legges tidlig, derfor må barn ha gode oppvekstvilkår og gi tidlig hjelp før problemene blir for store. Barn som lever i konfliktfylte relasjoner står i fare for negativ helseutvikling på kort og lang sikt, og det er av den grunn viktig å ha folkehelseperspektivet med inn i studien da denne utviklingen bør forebygges. Helsesøstres arbeid utgjør derfor en viktig del av kommunens forebyggende og helsefremmende helsearbeid i møte med barn og familier.

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er kommunens helsetjeneste med tidlig kontakt med familier, barn og unge. Mange barn opplever samlivsbrudd. I 2010 opplevde godt og vel 13 000 barn under 18 år at mor og far ble separert i følge tall fra SSB. Om vi inkluderer ”samboerbarn” som opplever at mor og far flytter fra hverandre, er det totale antall barn som opplever samlivsbrudd, anslått til nærmere 20 000. Barn berøres også når steforeldre flytter ut. Regner vi med disse, er det anslagsvis 25 000 barn som årlig opplever samlivsbrudd på

nært hold (Oppvekstrapporten 2013). Det betyr at helsesøstre vil møte mange av disse barna gjennom sitt daglige arbeid.

Forskning viser at mange av vår tids folkesykdommer kan ha sammenheng med belastende barndomserfaringer som gir helsemessige konsekvenser i form av angst, tristhet, uro, apati og tretthet (Oppvekstrapporten 2013). Tall fra Levekårsundersøkelsen i 2005 viser at åtte prosent av barn mellom seks og 15 år bodde i familier hvor foreldrene var i konflikt med hverandre (SSB) (Oppvekstrapporten 2013:204). Folkehelse rapporten 2014 om ”Helse hos barn og unge” viser i den sammenhengen til at konflikter mellom foreldre kan henge sammen med søvnvansker, kroppslige helseproblemer, endrede fysiologiske reaksjoner og utagerende atferd hos barn (El-Sheikh, 2001, 2006). I rapporten sies det også at foreldres samlivsbrudd ser ut til å ha sammenheng med både psykiske helseplager hos barn, skoleproblem og frafall fra skole (Amato, 2010; Størksen, 2006, 2007; Sun, 2002).

Temaet relasjonelle konflikter er et stort og komplekst felt. Jeg vil i min studie begrense det til å gjelde konflikter ved samlivsbrudd som handler om fast bosted, foreldreansvar og samvær som skal løses etter reglene i barneloven (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>). Foreldrene har avtalefrihet, men enkelte foreldre greier ikke å komme fram til gode avtaleløsninger, og får en konflikt som varer over lengre tid. Foreldrene har myndighet til å avtale egne løsninger. I veileder for forholdet mellom barnevernloven og barneloven står det at uenighet om disse spørsmålene faller i utgangspunktet utenfor barneverntjenestens ansvarsområde (s.8), og helsesøstres møter med disse familiene blir dermed fokus for mitt prosjekt.

Jeg er nysgjerrig på helsesøstres erfaringer og opplevelser i møter med konflikter i familier. Hva helsesøstres rolle i forhold til den økte mengden konfliktfylte brudd med påfølgende utfordringer for mange barn og unge er; kan de oppfattes som ”kommunens frontlinje” for møtet med familier, barn og unge som trenger hjelp til å håndtere en krevende livssituasjon som følge av langvarige og fastlåste konflikter som kan føre til at barns helse og utvikling hemmes? Hva skjer i møter mellom helsesøster og foreldre som står i relasjonelle konflikter? Hva erfarer helsestasjons- og skolehelsetjenesten å være nyttig hjelp? Hva erfarer de er ikke nyttig hjelp?

1.1 Helsestasjon- og skolehelsetjenesten - studiens kontekst

Helsesøstre har en lang tradisjon med å være tett på innbyggerne i lokalsamfunnet med et helsefokus på barn, unge og familier. Dette er grunnen til mitt valg av helsesøstre som målgruppe for studien. Helsesøstre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten nevnes også som en viktig gruppe i det kommunale arbeidet, med tanke på å innrette offentlige helsetjenester mot folkehelseovens intensjon med økt forebyggende og helsefremmende satsning. Denne faggruppen er dermed sentral også i dette perspektivet.

Helse- og omsorgstjenesteloven inneholder regler om kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i en kommune. Helsesøsters virksomhet reguleres gjennom lov og forskrift (2003) for helsestasjon og skolehelsetjeneste, og omfatter helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og ungdom i kommunens helsestasjon, for svangerskapskontroll i helsestasjon og helse- og omsorgstjenester i grunnskoler og videregående skoler. Målet med tjenestene er å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader (Helsedirektoratet 2015).

Vårt samfunn er i rask utvikling og endring. Ny kunnskap om barns helse og utvikling både ved høykonflikter og langvarige konflikter mellom foreldre i brudd fordrer oppdaterte føringer for hvordan dette bildet skal håndteres. Et nytt og bedre kunnskapsgrunnlag forklarer behovet for en oppdatert beskrivelse/forventning også av helsesøsters arbeid med familier med konfliktfylte relasjoner. For første gang utvikles det nå en ”Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten” som er forventet ferdig i 2015. En nasjonal retningslinje er faglig normerende for tjenesten. Ved utøvelse av faglig forsvarlige tjenester etter retningslinjene stilles det strengere krav til begrunnelser for avvik, i forhold til nåværende veileder for tjenesten. Retningslinjene vil ha til hensikt å tydeliggjøre, forbedre og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenestens muligheter til å prioritere i tråd med oppdatert kunnskap og forskning på områder som gjelder barn og unges helse.

Helsesøster i helsestasjons- og skolehelsetjeneste i kommunal virksomhet har fokus på barn og unges helse og utvikling. De møter alle familier med små barn tidlig, primært gjennom helsekontroller og vaksinasjonsprogram. Helsesøster arbeider både individ- og grupperettet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Barn og foreldre som lever i konfliktfylte relasjoner etter brudd, vil i tillegg kunne få hjelp og støtte til å bedre situasjonen for å ivareta barnets helse og utvikling. Foreldre har ansvar for at deres barns omsorgsbehov dekkes. Ut i fra foreldres

spørsmål og behov skal helsesøster bidra til å hjelpe foreldre med å mestre foreldrerollen og derigjennom øke barnets trivsel og utvikling.

1.2 Hensikt og presentasjon av problemstilling

Hensikten med studien er å utforske helsesøstres erfaringer i møte med familier som lever i konfliktfylte relasjoner etter samlivsbrudd, hvordan disse erfaringene oppleves og beskrives. Studien skal undersøke og få forskningsbasert kunnskap om helsesøstres beskrivelser av nyttige og ikke nyttige erfaringer i møte med disse familiene, for å sikre barns helse og utvikling.

Mitt forskningsprosjekt har som mål å bidra til kunnskap til helsesøstre slik at de kan i større grad jobbe forebyggende og/eller konfliktdempende, hvordan helsesøstrene berøres av konfliktene, og om disse erfaringene, og forståelse gjennom refleksjon, kan bidra til endring av praksis for tjenesten i møte med familier med høyt konfliktnivå. Jeg har ikke funnet annen forskning på helsesøstres erfaringer om dette, og denne studien vil derfor være et bidrag til et litt større innblikk i fagfeltet.

Med dette utgangspunktet er den overordnede problemstillingen for min studie:

Hvordan beskriver helsesøstre på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten sine erfaringer med å møte familier som lever i konfliktfylte relasjoner?

Forskningsspørsmål for å belyse problemstillingen er:

1. *Hva erfarer helsesøstre de gjør som er nyttig hjelp til familier med konfliktfylte relasjoner?*
2. *Hva erfarer helsesøstre de gjør som ikke er nyttig hjelp til familier med konfliktfylte relasjoner?*

1.3 Oppgavens oppbygning

I kapittel to presenterer jeg teoretisk rammeverk og tidligere relevant forskning indirekte relevant for problemstillingen. Kapittel tre omhandler den metodologiske rammen for studien, og de metodemessige valgene jeg har gjort i forbindelse med innsamling og analyse av data. Funnene fra denne studien presenteres i kapittel fire. I kapittel fem diskuteres funnene i lys av den teoretiske forståelsen i teorikapittelet, samt problemstilling og forskningsspørsmålene.

Mulige implikasjoner for videre forskning og metodiske begrensninger ved studien belyses også der. Den avsluttende og oppsummerende diskusjonen samt mine vurderinger gjøres i kapittel fem.

2 Teoretisk rammeverk og tidligere relevant forskning

I dette kapitlet presenterer jeg det teoretiske rammeverket og gjennomgang av tidligere relevant forskningslitteratur i forhold til problemstillingen: “hvordan beskriver helsesøstre på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten sine erfaringer med å møte familier som lever i konfliktfylte relasjoner?”

Jeg vil starte med å si noe om den systemiske tenkningen som et overordnet teoretisk perspektiv for studien. Jeg vil deretter beskrive teori om konflikt før jeg presenterer begreper som er knyttet til helse, tilknytning og helsebelastning for barn og unge ved konflikt.

Jeg vil presentere forskning som sier noe om hva som gjøres for disse barna og familiene. Da jeg ikke fant direkte relevant forskning har jeg valgt å presentere noe forskning som er indirekte relevant, ved at det er tett knyttet til problemstillingen, bortsett fra at forskningen ikke har tatt utgangspunkt i helsesøstre. Det blir da ikke direkte overførbart, men kan være til inspirasjon for helsesøstres møter med mennesker i konfliktfylte familierelasjoner.

2.1 Systemisk kommunikasjonsteori

En systemisk tenkning og forståelse av familiearbeid betegner en forståelse og praksis med oppmerksomheten rettet mot kommunikasjon, relasjoner og samspill i motsetning til en mer individ- og egenskapsorientert forståelse (Jensen og Ulleberg 2011). Ludwig von Bertalanffy utviklet generell systemteori, som presenterte at et system er mer enn summen av delene (Jensen og Ulleberg 2011). I et familiesystem betyr dette at familien er mer enn en samling individer, og det gir liten mening å forstå barns problem eller situasjon uten å se det i sammenheng med familien og dens kontekst (Johnsen, Wie Torsteinsson 2012). Jeg vil presentere noen sentrale begreper innen systemisk kommunikasjonsteori som et teoretisk rammeverk for denne studien.

Samspill og punktuering

Mennesker har behov for å organisere sin forståelse av sammenheng, og skape mening i sine erfaringer. Å organisere den tankemessige forståelsen av sammenheng er å punktuere.

Dette kan gjøres ved å forestille seg et kart der en beskrivelse eller en tolkning av hvordan noe forstås som årsaken til noe annet konstrueres, og om hvor samspillet oppstår (Jensen og Ulleberg 2011). Hårtveit og Jensen beskriver at ”I kommunikasjonsteori blir de prosessene som fører fram til denne typen utvelgelse av sekvenser og historier, kalt punktuering” (s. 90). Punktuering viser til at man fastholder visse elementer i en samhandlingssekvens som årsaker til det som skjer (Jensen 2009). Når vi punktuierer, organiserer vi vår forståelse av et samspill. Vi sier at noe er årsak til noe annet, vi tolker situasjonen, og mener noe om hvordan samspillet oppstår (Jensen og Ulleberg 2011). Dette gjør at helsesøster og foreldre, eller helsesøster og barn/unge, kan tenke ulikt om samtalen er nyttig. Det kommer an på hvordan den enkelte punktuierer og forstår samspillet mellom dem.

Felles punktueringssvaner på arbeidsplass, i fagmiljø eller familier kan utvikles, og man får da felles idéer om hvordan samspill skal forstås. På den andre siden kan uenighet om punktuering være opphav til mange krangler og maktkamper, både i faglig sammenheng og i private forhold (Jensen og Ulleberg 2011).

Punktuering kan bidra i analyse av kommunikasjonen i dårlig fungerende samspill. Ved å betrakte samspill som sirkulært vil en analyse av et ufruktbart samspill kunne gi mulighet for en annen forståelse med nye muligheter for handling ved å punktuere et annet sted. Ved å tenke over hvordan jeg har punktuert et samspill; hvor jeg har ment at årsaken har vært – kanskje også intuitivt og uten ord – kan jeg utfordres til å forstå det annerledes, tegne et annet kart over situasjonen ved å punktuere et annet sted? Ny forståelse kan gi nye handlingsalternativer og åpne for kreative løsninger når samspill låser seg (Jensen og Ulleberg 2011).

Når informasjonen tillegges mening, eller får et navn, omhandler dette vår tolkning av informasjonen; vi punktuierer. Punktueringene danner ofte et mønster i vår måte å tolke informasjon, og disse mønstrene kan bidra til å vanskeliggjøre forandring. Man kan imidlertid trene seg opp til å bli bevisst sine egne punktueringer, slik at man får en annen forståelse og bevissthet omkring egne vurderinger av kontekst (Jensen 2009).

Kontekst

Kontekst blir av Bateson (1972) forstått som en psykologisk forståelsesramme. Dette er en personlige referanseramme. Kontekst betegner den kommunikasjonsmessige,

meningsbærende rammen som en person forstår noe innenfor. Denne oftest intuitive og uartikulerte forståelsesprosessen kan til en viss grad bevisstgjøres i en dialogisk prosess, og slik skape ny mening i det mennesker ser og erfarer (Jensen og Ulleberg 2011).

I kommunikasjon mellom mennesker utveksles informasjon parallelt på forskjellige nivåer – det skjer mye samtidig. Disse kommunikasjonsprosessene er innlært som en helhet fra barndom, og vi trenger ikke tenke over at dette skjer og hvordan vi skal forstå. Imidlertid hender det at vi blir forvirret, eller ikke forstår den kommunikasjonen vi er en del av. Da kan det være nyttig med hjelp til å tolke det vi ikke forstår og bidra til å avklare det som oppleves uklart (Jensen og Ulleberg 2011).

Kommunikasjon

Kommunikasjon er altså et vidt og omfattende begrep, og må ses i sammenheng med den konteksten den forekommer i. For å få hjelp til å strukturere og forstå rammene for systemisk kommunikasjonsteori kan det derfor være nyttig å se på Watzlawicks og kollegers (1967) inndeling i fem grunnleggende antagelser (aksiomer), om kommunikasjon. Med utgangspunkt i Batesons systemiske teori presenterte de en kommunikasjonsteori hvor de fem aksiomene danner et triadisk utgangspunkt for en forståelse av at kommunikasjon alltid handler om deg og meg og om det *vi* holder på med (Ulleberg 2004). De fem grunnleggende antakelsene bygger både på Batesons kommunikasjonsteori og på hvordan Watzlawick med flere har skrevet om kommunikasjon mellom mennesker (Jensen og Ulleberg 2011), jeg presenterer de under.

1. Det er ikke mulig å ikke-kommunisere.

Kommunikasjon mellom mennesker er limet som holder oss sammen, som art. Alt en person gjør eller ikke gjør, sier eller ikke sier, blir alltid fortolket av noen enten man møtes ansikt til ansikt, eller noen venter på en e-post eller en telefon som ikke kommer. Som mennesker forholder vi oss til alt vi møter gjennom dagen og gir det mening. Og vi forstår og vi misforstår, avhengig av vår tolkning av situasjonen og det vi opplever. Tolkningen vil være avhengig av hvordan vi forstår relasjonen mellom oss (Jensen og Ulleberg 2011).

2. All kommunikasjon handler både om innhold og forhold.

Denne antakelsen kan gjøre det lettere å forstå at det kan være vanskelig å skille mellom sak og person som et ideal i diskusjoner mellom mennesker. Når mennesker blir personlig berørt

(enten det er glede eller sinne og frykt som trigger den berøringen) i møter med andre mennesker, skyldes det at ”sak og person” som oftest er en helhet. Hovedsaken i møter er forsøk på å finne ut om man er venner eller konkurrenter, om man hjelper hverandre eller utfordrer hverandre – det foregår en definerende av forholdet og hverandre, og Bateson (1972) hevder at det er disse menneskene er mest opptatt av, uansett hva samtalen handler om. Ifølge Bateson vil det være umulig å sette alt personlig og alle følelser til side i dialogisk utforskning av et tema.

3. Kommunikasjon skjer alltid på flere nivåer samtidig

Ordene finnes aldri alene. Ansiktsuttrykk, stemme, blikk og kroppsspråk, latter, pust og stillhet med ulikt tempo, styrke, trykk og rytme kommuniseres parallelt med ordene.

I et godt og overbærende forhold kan et likelydende utsagn tolkes som rosende og omsorgsfullt, mens det i en relasjon preget av mistenksomhet og konflikt kan tolkes negativt og utløse følelser som usikkerhet og sinne. Innholdet tolkes i lys av forholdet.

Et menneske erfarer ut fra sine ideer, sin forståelse og persepsjon av det som skjer. Vår individuelle måte å erfare, tolke og forstå verden på innebærer at det bare er jeg som har erfart det jeg har vært med på, og oppfattet det på akkurat den måten som jeg har.

Det digitale nivået i kommunikasjonen er det entydige, i form av enkeltord, gester eller symbolske handlinger. Det er knyttet til innholdssiden, og blir forstått av de som har lært betydningen av tegnet/gesten. Relasjonen kommuniseres på det analoge nivået, hvor alle mangetydige uttrykk som tonefall, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og pauser, trykk og rytme tolkes automatisk og intuitivt. Dette muliggjør kommunikasjon på tvers av kulturer og utenfor språket, men i vanlige daglige samtaler foregår kommunikasjon alltid på begge nivåer samtidig (Jensen og Ulleberg 2011).

I tillegg metakommuniserer vi på ulike måter også om selve kommunikasjonen. En viktig side ved metakommunikasjon er samtalen om samtalen, det verbalt uttrykte. Andre forhold som metakommuniserer kan være rammer for et møte; måten innkalling foregår på, oppstart og ledelse av et møte, hvem som innkalles osv. Det analoge nivået fungerer ofte som metakommunikasjon, men kan på grunn av sin flertydighet like ofte misforstås og mistolkes som å forstås (Jensen og Ulleberg 2011).

Uten ord sender vi bevisst eller ubevisst ut tegn til andre om hvordan vi tenker og føler. Vi vurderes fortløpende, ofte ubevisst, av mennesker vi møter eller samtaler med. Omgivelsene

tolker ansiktsuttrykk, kroppsholdning og bevegelse. I barns lek forteller tonefall og kroppsbewegelser at det som sies skal oppfattes som lek, ikke som virkelighet. En kommunikasjonssituasjon kan altså studeres på flere nivå. Om man selv er en del av den, kan man også løfte seg selv ut av selve kommunikasjonssituasjonen og prøve å analysere den utenfra; forsøke å se på avsender og mottaker fra et utenfra-perspektiv. Da har vi et metaperspektiv på kommunikasjonen. Ved ”å samtale om samtalen” kan vi se ting som vi ikke ser når vi selv er inne i den (Dahl, Befring og Huseby 2009).

4. Samspill må forstås sirkulært

Ved å sette fokus på relasjoner og samspill i stedet for å bruke en persons egenskaper som forklaringsramme for det som skjer, vil en sirkulær forståelse endre måten å forstå samspill på. Ved at situasjonen forstås ut fra at begge parter deltar i samspillet, med bidrag og ansvar, vil det være lettere å se at for eksempel en og samme person kan være både passiv og aktiv, stillfarende og snakkesalig, alt ettersom hvilket sirkulært samspill og hvilken relasjon vedkommende er i. Om jeg for eksempel sier om andre at de er passive eller uansvarlige, er det i relasjon til meg de viser dette. Det er altså ikke en egenskap ved personen, men noe denne personen viser i en bestemt relasjon. Ved å fokusere på det sirkulære samspillet jeg er en del av, fremfor å fokusere på egenskapen til den andre, kan jeg oppnå en ny måte å tenke og tolke kommunikasjonen på. Mulighetene for endring i kommunikasjon som låser seg eller det å se andre løsningsmuligheter på et problem kan bli flere (Jensen og Ulleberg 2011).

5. Relasjon er grunnleggende i all kommunikasjon

I vår oppfatning av virkeligheten er det relasjoner og forskjeller vi forholder oss til. Mennesker erfarer seg selv, hverandre og verden i relasjon til andre mennesker, til andre situasjoner og fenomener. Ved å anlegge et relasjonsperspektiv som forståelsesramme innebærer det at kommunikasjon blir sentralt. Et menneske kan ikke forstås isolert fra omgivelsene og løsevet fra relasjonene det inngår i – dette vil gi en for snever forståelsesramme.

Batesons kommunikasjonsteori retter oppmerksomheten på det som ligger mellom ordene; i dem, over og under dem, og det som kommuniseres utenfor språket (Jensen og Ulleberg 2011). Gjennom utforskning av hvordan jeg tenker og vet, hvilke prinsipper eller vaner jeg følger i utvikling til min erkjennelse utfordres jeg på mine grunnleggende antagelser om min oppfatning av min egen virkelighet. Utforskning for å prøve å finne den mest fruktbare eller

brukbare beskrivelsen synes da mer nyttig enn å strebe etter å finne den *rette* beskrivelsen. Ved å tilegne meg flere beskrivelser om et fenomen, vil jeg kunne se det fra flere sider og slik få en mer variert og frodigere beskrivelse. Dette kalles doble beskrivelser (Jensen og Ulleberg 2011) og er sentralt i min forståelse av helhet.

Alt kommuniserer, og i møte med verden tolker og gir jeg mening til opplevelser, ut fra et grunnleggende behov i meg som menneske. Samtidig som all erfaring er subjektiv, er relasjonen både mellom fenomener og mellom mennesker, helt grunnleggende når det gjelder å observere, tolke og forstå den virkeligheten vi lever i (Jensen og Ulleberg 2011).

Jeg har nå presentert den systemiske tenkningen som et overordnet teoretisk rammeverk for studien, jeg vil videre presentere teori og relevant forskning rundt tema helsekonsekvenser av konflikt i familierelasjoner. Jeg begynner med å beskrive teori om konflikt og relasjonelle konflikter, og konsekvenser for barns helse og utvikling.

For å tydeliggjøre viktigheten av blant annet foreldres bevisstgjøring av konfliktfylte relasjoners effekt på barn har jeg valgt å presentere forskning som sier noe om hva som er nyttig og viktig for barns oppvekstvilkår i en slik sammenheng.

2.2 Teori om konflikt

Det finnes flere definisjoner av konflikt hvor forskjellige elementer vektlegges. Jeg har i denne studien valgt å bruke Ekeland (2014) sin definisjon. Han hevder at:

«man kan snakke om en konflikt når forskjeller mellom mennesker som er avhengige av hverandre, oppleves som uforenlige og truende i forhold til egne behov og interesser, og når det skapes spenninger og følelser fordi en av partene opplever at den andre benytter makt for å påvirke situasjonen til egen fordel.» (s. 86).

Denne definisjonen av konflikt kan beskrive den type konflikt foreldre kan oppleve når de går fra hverandre. Selv om parets opprinnelige forhold var basert på et ønske om å være sammen, vil foreldreskapet ikke oppløses ved brudd, hvis begge har foreldreansvar for barn. Det impliserer derfor et behov for et langvarig samarbeidsforhold, og kan være uforenlig med opplevelsen av årsak til bruddet.

Konflikt i seg selv er ikke negativ eller positiv, men det er hva vi gjør med konflikten som er avgjørende. Forutsetninger for at en situasjon kan betegnes som konflikt er forskjeller, avhengighet, makt, interesser, behov, spenninger og følelser (Ekeland 2014).

Konflikter mellom foreldre i brudd

Konfliktene innenfor samlivsbrudd der det handler om barn, kan både være sakskonflikter som handler om bosted, samværsavtaler, økonomi, barnebidrag, og kan handle om emosjonelle og relasjonelle temaer mellom foreldrene (Gulbrandsen 2013). Det er store individuelle forskjeller i hvordan barn påvirkes av slike konflikter, men konflikter mellom foreldrene etter brudd synes å være en av de viktigste risikofaktorene for barns utvikling. Dette gjelder særlig hvis foreldrene har store og vedvarende konflikter som barna trekkes inn i. Konflikter ved samlivsbrudd er et utbredt fenomen. 56 prosent av norske enslige forsørgere oppga i en undersøkelse at de i perioder etter bruddet hadde hatt store konflikter med den andre forelderen om barn. En av tre rapporterte at de seks år etter brudd ennå hadde konflikter. 10-15 prosent av disse pågående konfliktene var av betydelig intensitet (Rød, Ekeland og Thuen 2008).

Å beskrive og forstå konflikter mellom foreldre har endret seg i retning av større fokus på emosjonelle og relasjonelle temaer, spesielt med tanke på økning av konfliktnivå ved samlivsbrudd (Gulbrandsen og Tjersland 2010). Gulbrandsen (2013) har identifisert åtte kjennetegn til fastlåste konflikter mellom foreldre som har barn sammen, og som utløser heftige emosjoner:

1. Minst én aksepterer ikke bruddet, den andre avviser temaet
2. Én er dypt krenket over måten bruddet skjedde på; den andre unngår temaet
3. Én er bekymret for omsorgssvikt hos den andre; denne avviser temaet
4. Én er bekymret for barns innlevelse i konflikten og defineres som over-sensitiv av den andre
5. Barn har selv blitt aktører i konflikten (initierer endringer og fortolkes ulikt av foreldrene)
6. Økonomi bekymrer, men én eller begge behandler det som et illegitimt samtaletema
7. Foreldrene har uforenlige idéer om fremtiden (ulike livsprosjekt)
8. Andre påskynder konflikten (stemmer utenfra som bidrar til å låse dialogen)

Hun påpeker at ett av fire foreldrepar som går fra hverandre har store konflikter, og at flertallet av disse avslutter mekling uten å inngå avtale om omsorgen for barna. Mekling er obligatoriske samtaler som gifte eller samboende foreldre med felles barn under 16 år er

pålagt å gjennomføre med hjemmel i Lov om ekteskap §26

(<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1991-07-04-47>) og Lov om barn og foreldre §51

(<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>). Foreldre som aldri har bodd sammen

eller bor fra hverandre og har barn under 16 år sammen og som ønsker å gå til retten for å få avgjort spørsmål om foreldreansvar, fast bosted eller samvær, må møte til mekling før saken kan bringes inn for domstolen.

Gulbrandsen (2013) hevder at ved høy konflikt mellom foreldre er samtalene mellom foreldre preget av skiftende temaer og høyt emosjonelt trykk. Det som på folkemunne kalles «høykonfliktsaker,» i motsetning til «lavkonfliktsaker,» preges av avbrytelser, fokusskifter, angrep, forsvar, ikke-bekreftelse, rigiditet, problem- og prinsipporientering. Foreldres omtaler av barn kan brukes som et argument for eller mot noe, og beskrivelser av barn gir sjelden et godt innblikk i barnets reaksjoner. Kjennetegn ved høykonflikt er kaos, i form av hyppige avbrytelser, skiftende tema og eskalerende følelsesuttrykk, grunnleggende mistillit, angrep og forsvar og fravær av anerkjennelse. I høykonfliktsaker er ofte kjennetegn som beskriver såkalte lavkonfliktsaker fraværende, som utfyllende kommunikasjon mellom foreldrene, barneperspektiv, åpenhet og fleksibilitet og løsningsorientering (Gulbrandsen 2013).

Følelsesmessige reaksjoner på konflikt

Barns opplevelser av konfliktfylte brudd og hvorfor det kan være skadelig for deres utvikling er undersøkt av Rød, Ekeland og Thuen i 2008. Barnas beskrivelser domineres av markerte følelsesmessige reaksjoner på samlivsbruddet. Følelser har en viktig indikativ funksjon, som de første signalene på hva som er en passende måte å reagere på under usikre omstendigheter. Barnas opplevelser ble gruppert i henholdsvis aggressive følelser, engstelige følelser, depressive følelser og følelser innenfor spekteret skyld – skam. Styrken i barnas uttrykk sier noe om hvor viktig foreldrekonflikten er. Mange år etter samlivsbruddet vektlegger barna gjennomgående opplevelsene som belastende for sin livssituasjon. De fleste barna fremstår som sårbare ved at de opp til åtte år etter domstolsbehandling preges av emosjonelle belastninger. Livserfaringene preges av at de har opplevd foreldre som over år har hatt, og fremdeles har pågående konflikter (Rød et al. 2008).

Traumatiske konflikter mellom foreldrene har festet seg som angstskapende barndoms- og ungdomserfaringer som vekker depressive eller aggressive følelser hos barna. Konfliktene

berører fortsatt barna, som budbringere mellom foreldre og ved at de må balansere ord og handlinger for ikke å bli oppfattet som illojale (Rød et al. 2008). Foreldrenes rettigheter som voksne i konflikt har forrang for foreldrenes plikter som foreldre, og det kan stilles spørsmål ved om foreldrene i slike perioder utøver et funksjonelt foreldreskap (Holter, 1975; Rød, et al. 2008). Barn er fra fødselen rettet mot dialog, kroppslig samspill og kommunikasjon, og effekten av konflikter kan ses i lys av at vi er født sosiale (Ekeland 2014).

Konfliktfylte familierelasjoner slik de kan oppleves for barn i det daglige etter brudd kan observeres på barns reaksjoner, for eksempel i hente – og bringesituasjoner, ved bytte av bosted på grunn av samvær eller delt omsorg, når foreldre ikke snakker sammen, at barn føler seg i klem mellom foreldrenes ønsker, av den enes negative beskrivelser og oppfatninger av den andre forelderen og flytting til nytt sted. Endringer med skole, bosted, ferier, i det å gjøre vante og hyggelige ting, gjør at barns sårbarhet etter et brudd kan være stor. Tryggheten med kjente rammer for barnet er borte, og utryggheten øker med konfliktfylte møter mellom foreldrene. Barn oppfatter det meste; de hører kranling gjennom lukkede dører, de legger merke til at foreldrene bare snakker om praktiske ting eller at de ikke snakker sammen, de oppfatter fraværet av kjærlighet, og de oppfatter sorgen som fyller rommet selv om foreldre prøver å skjule eller ignorere dette (Madsen 2012).

Konflikt oppleves som større belastning enn skilsmisse

Folkehelseinstituttet (2012) belyser sammenhengen mellom samlivsbrudd og tilpasningsproblemer hos barn. Der beskrives det at konflikt mellom foreldre synes å være en sterkere risikofaktor for barn og unges problemer enn skilsmisse. Kun en liten andel opplever langvarige tilpasningsvansker, selv om skilsmisse kan føre til en kortvarig periode med stress for de fleste barn. Dersom skilsmissen medfører foreldrekonflikt kan det være økt risiko for negative og langvarige problemer for barn. Noen barn opplever at skilsmissen etterfølges av økt konfliktnivå mellom foreldrene, noe som øker risikoen for problemer. Norske studier av samlivsbrudd viser at det ser ut til å ha sammenheng med forsinkede eller for tidlige rolleoverganger som det å få barn tidlig, frafall fra skolen og andre skoleproblemer, det å selv skille seg. I tillegg viser studiene til konsekvenser for psykisk helse som angst og depresjon, utagerende vansker og rusproblemer (Breivik og Olweus 2006; Størksen et al. 2006). Barn fornemmer atmosfærer og stemninger både i hjemmet og mellom foreldrene, selv om foreldrene prøver å skjerme barn fra egen konflikt. Dette kommer frem i voksnes beskrivelser fra de som barn opplevde skilsmisse, og nå som voksne beskriver disse erfaringene som en

sensitivitet for det emosjonelle klimaet, stemningen og atmosfæren i samarbeidet mellom foreldrene. Det handlet om stemningen mellom foreldrene, og atmosfæren hjemme, å sense at ting ikke er slik det skal være; alt fra stemmeleie til måte å gå på, om det kommer telefoner, om noe oppfattes som unormalt (Ness et al. 2014).

Konflikter mellom foreldre er den største risikofaktoren for negativ utvikling hos barn. Forskning viser at dette gjelder særlig når konflikten er vedvarende og involverer barn (Amato, 2000; Gulbrandsen, 2013). For barn flest er fortsatt kontakt med begge foreldre et gode. Dette godet kan imidlertid forringes eller bli en belastning når foreldrenes konflikter, enten det er saks- eller relasjonskonflikter, preger omsorgen for barn (Gulbrandsen 2013).

2.3 Helse

Helseaspektet belyses i studien på grunn av ny forskning som peker på stor risiko for skade på barns fysiske og psykiske helse og utvikling ved konflikter mellom foreldre etter brudd (Getz og Vogt 2013). WHO's definisjon av helse er bred og ambisiøs når det sies at helse ikke bare er frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosialt velvære (NOU 2000:2 s. 106-107). I Folkehelsemeldingen (Meld. St. 34, 2012-2013, s. 191) vises det til økt fokus på trivselsbegrepet i helsesammenheng og fremtidig arbeid med mål og indikatorarbeid i WHO. Jeg velger derfor å legge Hjorts (1993) helsedefinisjon til grunn for min studie:” å ha overskudd i forhold til hverdagens krav” (s. 39). Barn med langvarige og/eller sterkt konfliktfylte familierelasjoner preges av å ikke ha overskudd i forhold til hverdagens krav og står i fare for en negativ helseutvikling.

Helsebelastning ved konflikt.

Vanskelige relasjoner og dårlige oppvekstbetingelser påvirker også vår fysiske helse, og mange av vår tids folkesykdommer kan ha sammenheng med belastende barndomserfaringer. Alvorlig omsorgssvikt kan resultere i nevrobiologiske skader hos barn. Høyt stressnivå og store utfordringer over tid kan gi helseskade. Hvis belastningene blir for mange og for langvarige kan stress utvikle seg til helseskade hevder Getz og Vogt (2013). Frykt og konflikt som påvirker helse, kan dreie seg om familie og nærmiljø som kan være preget av forventninger, aggresjon, grenseløshet eller grunnleggende uforutsigbarhet.

Barnelovens bestemmelse av 2010 tydeliggjør voldsbegrepet i forhold til barn. Endringen trådte i kraft fra 9.april 2010 og omhandler § 30, tredje ledd, som lyder slik:

”Barnet må ikkje bli utsett for vald eller på anna vis bli handsama slik at den fysiske eller psykiske helsa blir utsett for skade eller fare. Dette gjeld òg når valden brukast som ledd i oppsedinga av barnet. Bruk av vald og skremmande eller plagsam framferd eller annan omsynslaus åtferd overfor barnet er forbode.”

Barn som opplever vold i hjemmet er i en uholdbar omsorgssituasjon, som innebærer risiko for at de blir utrygge og også får redusert helse og livskvalitet i voksen alder. Skadevirkninger av å leve i en familie der det forekommer vold mellom voksne tilsvarer det å bli direkte utsatt for dette. Å være vitne til vold er definert til å være utsatt for vold (Isdal 2000). Vold i nære relasjoner defineres både i Norge og internasjonalt som: ”Vold er enhver handling rettet mot en annen person som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil.” (Isdal, 2000). Isdal (2000) definerer fem ulike voldstyper: (1) Fysisk vold, (2) seksuell vold, (3) materiell vold, (4) psykisk vold, og (5) latent vold.

Et individ kan utsettes for overlast og gjøres avmechtig i individuelle relasjoner, eventuelt uten at noen griper inn eller forstår at noe er galt. Moderne stressforskning forteller oss at mennesket er helt og udelt, at det ikke finnes noen rent psykologiske erfaringer, og ingen forstyrrelse er kun emosjonell. Det som gjør inntrykk på, og oppleves av, et menneske, kommer til uttrykk gjennom dette menneskets biologi på ulike måter, helt fra det molekylære til det helkroppslige. Barn som opplever konfliktfylte relasjoner i forbindelse med brudd har økt risiko for helsebelastning (Getz og Vogt 2013).

Påkjenninger og stress er ikke skadelig, og perioder med store utfordringer og belastninger kan på lengre sikt fremme livskraft og robusthet, såfremt den pressede personen opplever tilstrekkelig støtte, mening, og slik får hentet seg inn igjen. Om belastningene blir for overveldende, for mange eller for langvarige, og hvis det ikke finnes omsorgspersoner som ivaretar barnets interesser, da peker stress i retning av helseskade. I verste fall er omsorgspersonene opphav til påkjenningene, og i slike situasjoner omfatter belastningen både de overgrepene som skjer og den beskyttelsen som ikke skjer. Selv om det ikke foreligger håndfaste overgrep eller materiell fattigdom øver relasjonell likegyldighet og vanskjøtsel press mot biologien. Barn lider tap når deres foreldre skiller lag og familien endres. Det er ofte vanskelig for foreldrene å samarbeide etter samlivsbrudd. Høyt stressnivå i familien som

kan komme i forbindelse med skilsmisser, og ofte varer lenge, kan også påvirke barns immunforsvar slik at virus og bakterier slipper lettere til (Getz og Vogt 2013).

Relasjonell likegyldighet, eller ikke bevissthet om betydningen av relasjonens kvalitet for barns utvikling, kan få store konsekvenser for et barn som lider under foreldres konflikt. Når det positive relasjonelle samspillet mellom foreldre og barn reduseres eller blir borte, mister barn noen av de viktigste erfaringene som trengs for å forme hjernens struktur (Shonkoff 2013).

Nevrobiologien sier at hjernen er bruksavhengig, og plastisk, og forandrer seg som følge av de erfaringer et menneske får. Først ved 25-årsalder er hjernen ferdig utviklet. De grunnleggende strukturene i hjernen utvikler seg først og er dermed mest sensitive for erfaringer tidlig i livet. Ved dårlig forbindelse mellom de tre samarbeidende hjernedelene vil det være vanskeligere å ta i bruk fornuftsdelene, og gjennom det kunne finne mening i vanskelige opplevelser. Det betyr at barnet blir sittende fast i sine følelser ved opplevelse av konflikter som føles negative og skaper angst i kroppen hvis det ikke får hjelp til å regulere dette tidlig i utviklingen (Albæk 2014).

Forskning tilsier at mange av vår tids folkesykdommer kan ha sammenheng med belastende barndomserfaringer. Det nevnes hjerte-karsykdommer, inflammatoriske sykdommer, sykkelig overvekt, demens, diabetes, depresjon, angst, rusproblemer, smertesyndromer, og andre problemer og lidelser som pr i dag klassifiseres som psykiatriske. Lav fødselsvekt og for tidlige fødsler, og helseproblemer i neste generasjon er også statistisk assosiert med belastende barndomserfaringer (Getz og Vogt 2013).

Det at hjernen er plastisk betyr at det vil være nyttig å arbeide relasjonelt med problematikk som følge av langvarig/høy konfliktpåvirkning. Smerte som følge av konfliktpåvirkning kan lindres ved å arbeide med hjernens grunnstemning og overøse mennesker med det de ikke har fått av trygghet tidlig i livet (Steinkopf og Albæk 2014).

I nevroaffektiv utviklingspsykologi prøver teorien å knytte bånd mellom tilknytningsteori og nevrobiologi (forskning om hjernens utvikling). Her legges det et sentralt premiss om at hjernen utvikler seg i samspillet mellom barn og omsorgsgiver, og at kvaliteten på samspillet

har betydning for hvor godt eller dårlig barnet blant annet utvikler sin evne til selvregulering (Hart 2012).

2.4 Tilknytningsteori

Lars Smith (2010) viser til at John Bowlbys formulering av tilknytningsteori på 1970-tallet har hatt stor betydning for omsorgspolitikken for barn. Avgjørelser om legale spørsmål som omfatter foreldremyndighet og kontakt etter foreldres samlivsbrudd ble tidligere ofte fattet på grunnlag av psykoanalytiske synspunkter. I de senere årene har tilknytningsteori blitt tillagt større vekt, og det har ført til at man er blitt mer oppmerksom på de faktiske relasjoner som barn inngår i. Imidlertid har vektlegging av tilknytning ofte ført til et for ensidig fokus på hvorvidt barna som er involvert er “tilknyttet” de forskjellige voksenpersonene som innehar foreldreretten. Uansett omsorgens kvalitet, blir det ofte oversett at barn som regel er tilknyttet flere omsorgspersoner. Tilknytningsteorien understreker primært betydningen av trygge relasjoner for utvikling av god psykisk helse (Smith 2010).

Ved åpen konflikt er det lett å tenke seg at et barns gjentatte observasjoner av disharmoni, eller fiendtlig samhandling mellom foreldrene kan fremme utrygg tilknytning. Smith viser til at flere undersøkelser støtter hypotesen om en direkte effekt. Jo mer ekteskapskonflikt som fantes før barna ble født, desto større var sannsynligheten for atypiske barn–foreldre–tilknytningsrelasjoner da barna ble ett år gamle, selv etter kontroll av foreldrenes psykologiske modenhet (Owen & Cox 1997), selv om man ikke har kunnet påvise en direkte sammenheng mellom kvaliteten på foreldrerelasjonen og barn–foreldre–tilknytningstrygghet i alle studier (Harrison & Ungerer 2002).

Det er gjort ulike studier om temaet, og verdien av å undersøke kvaliteten på forhold innenfor en kontekst understrekes. Man må se på mange faktorer samtidig for å forstå hvordan psykologisk og sosial kontekst virker inn på utvikling av tilknytningsforholdet mellom barn og foreldre. For et lite barn vil det å oppleve at foreldrene går fra hverandre, sannsynligvis ha en helt annen virkning hvis de fortsetter å ha et konfliktfylt forhold og barnet i tillegg har et vanskelig temperament, enn når foreldrene får til å samarbeide og barnet er enkelt å ha omsorg for. Det antas altså at effekten av et sett av omsorgsfaktorer som regel er betinget av andre forhold (Smith 2010).

Et grunnleggende premiss i tilknytningsteorien er at barn danner mentale representasjoner av seg selv og andre på grunnlag av sine egne omsorgserfaringer, og at slike ”indre arbeidsmodeller” utgjør det vesentlige elementet som skiller mellom trygg og utrygg tilknytning (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Bretherton & Munholland 2008). I den grad et samlivsbrudd fører til at et lite barn blir usikker på hvem som er dets tilknytningspersoner, hvordan det blir akseptert av de voksne, og hvor tilgjengelige og sensitive foreldrene er, kan opplevelsen av bruddet påvirke barnets tilknytningstrygghet. Et lite barns følelse av trygghet kan bli satt på prøve når foreldrene bor hver for seg, hvis det fører til en opplevelse av at de voksne er mindre tilgjengelige (Smith 2010). Ved at voksne blir bevisst sin egen væremåte, kommunikasjon og samspill kan dette hjelpe barn i utfordrende prosesser når en familie endres (Rothenborg 2012).

2.5 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid er definert som prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse (Ottawa-charteret; WHO, 1986).

”Selv om helse i stor grad bestemmes av faktorer som ligger utenfor helsesektoren, er helsetjenesten en viktig partner i folkehelsearbeidet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en særlig rolle i det brede, befolkningsrettede folkehelsearbeidet.” (Knuttsen, M.S., Wist, G., Kvistad, K., Krokstad, S., 2011: 206)

Å ha overskudd i forhold til hverdagens krav oppnås imidlertid ikke bare ved å forebygge, unngå eller behandle problemer. Helse skapes også ved helsefremmende holdninger og handlinger og styrker fysisk, psykisk og sosialt velvære (Langeland, 2011, Becker og Rhynders, 2012). Antonovsky (1987) viser til prosesser som bidrar til å skape en sunn utvikling – prosesser utviklet i kraft av mellommenneskelig samspill. Salutogenese fokuserer på ressurser i mennesker og omgivelser som bidrar til helse, og slik sett kan det være flere retninger som har en salutogen tilnærming, for eksempel positiv psykologi (Snyder og Lopez 2007), resilience (Friedli 2009), empowerment (Wallerstein 2006).

Jeg avgrenser meg til Antonovskys (1987) begrep sense of coherence (SoC) – opplevelse av sammenheng – som inneholder tre ulike og innbyrdes avhengige fenomener som begripelighet, (forutsigbare og forståelige indre/ytre stimuli) meningsfullhet (opplevelse av at det er verd å gjøre noe med, engasjement) og håndterbarhet (tilgjengelige ressurser for å møte krav). Disse fenomenene er innbyrdes forbundet med hverandre slik at større opplevelser av

mening åpner opp for å kunne oppleve mindre kaos og mer kontroll, i en positiv, gjensidig forsterkende prosess. Opplevelsen av sammenheng (SoC) er avgjørende for å ikke bare opprettholde helse, men også fremme den. Teorien om salutogenese identifiserer individuelle og kollektive motstandsressurser. Motstandsressurser kan fremme effektiv mestring av spenning. Antonovsky sier at kvaliteten på sosial støtte som intime, emosjonelle bånd er særlig viktig (Antonovsky, 1987). Det sosiale samspillet får ifølge Antonovsky stor betydning, da personer som har nære bånd til andre, lettere løser opp spenning. Vissheten om tilgjengeligheten av sosial støtte er ofte tilstrekkelig for å kunne være en effektiv motstandsressurs. Profesjoner som for eksempel helsesøstre kan bidra til å skape den opplevelsen av sammenheng som gir de beste forutsetningene for en positivt forsterkende prosess for familier og barn som lever i konfliktfylte og vanskelige relasjoner i kortere eller lengre perioder av livet (Hertz 2011:75-77)

Antonovsky (1987) identifiserte andre motstandsressurser som personens opplevelse av seg selv, (ressurs på det emosjonelle nivået), kunnskap og intelligens (kognitive ressurser), sosial deltakelse (kultur som ressurs), kontinuitet, oversikt og kontroll (makrososiokulturelle motstandsressurser), retning og mening i livet (religion og verdier som ressurs), fysikk, gener, immunsystem (fysisk og biokjemisk motstandsressurs), ernæring, klær, penger og bolig (materielle motstandsressurser), mestringsstrategier som kjennetegnes av rasjonalitet, fleksibilitet, vidsyn og forutsigbarhet, og evne til å regulere følelser (viktig hovedområde for motstandsressurser) (Langeland 2014).

Salutogen tenkning kan være en overgripende og sammenholdende teori som skaper helhet (Johansson 1996) og er basert på grunnleggende antagelser som innebærer at en må vektlegge helse som kontinuum, personens historie, helsefremmende faktorer, stress som potensielt helsefremmende og aktiv tilpasning som idealet i behandling. Anvendt som holdning og handling i praksis er hovedmålet å styrke og fremme helse.

2.6 Gjennomgang av relevant forskning

Det er generelt gjort lite forskning på helsesøsters praksis når det gjelder hvordan helsesøstre møter familier med konflikter. Søk i flere databaser med ulike kombinasjoner på ordene familiekonflikt, samlivsbrudd, relasjoner, helsesøster, helse gir ingen relevante resultater for det som er konteksten for min studie. Som en mulig innfallsvinkel til andre kilder til

inspirasjon for helsesøstre i møter med disse familiene, har jeg derfor valgt å se på noe forskning som ikke er direkte relevant. Det er dermed heller ikke direkte overførbart, men det kan forhåpentligvis være nyttig å se til forskning som er gjort på andre faggruppers arbeid med konfliktfylte familierelasjoner, for om mulig finne inspirasjon og overføringsverdi i noen av funnene.

Den første studien handler om ”The Prevention Relationship Enhancement Program” (PREP) er opprinnelig et amerikansk kommunikasjonsbasert samlivskurs, som ble utviklet og tilpasset norske forhold av Samlivssenteret på Modum Bad. PREP ble utviklet på 80-tallet av forskere ved Universitetet i Denver, Colorado, USA, og er basert på vel 25 års forskning på området samliv og partnersamspill (Markman, et al. 2003). PREP er primært basert på prinsipper og teknikker med utgangspunkt i kognitiv og atferdsorientert parterapi (Mortensen og Thuen 2007). ”Hva med oss?”-kurs (HMO) er utviklet og tuftet på deler av PREP-programmet. PREP og HMO legger stor vekt på utvikling av kommunikasjonsmestring som middel til å forebygge og redusere konfliktnivået i familien.

Familievernets praksis og meklingskompetanse evalueres i SINTEF-rapport 2011 ”Evalueringen av mekling etter ekteskapslov og barnelov”. Rapporten peker til at Gulbrandsen og Tjersland (2010) i sin oppsummering av internasjonale effektstudier vedrørende mekling konkluderer med at når fokus rettes mot kommunikasjon og relasjonelle spørsmål øker sjansen for et avtaleresultat. Ekeland konkluderer også med dette i sin drøfting av meklingsmetodikk (Ekeland 2010), og sier at ved høy konflikt ”må meklingen, i alle fall for en periode, ha et relasjonelt fokus. Alt annet er som regel nytteløst” (Ådnanes et al. 2011: 742).

Ådnanes og kolleger (2011) sier i rapporten at dagens meklingsordning skal ha barnets beste til rettesnor, og at ordningen har til hensikt at foreldrene skal komme fram til en avtale som er til det beste for barna. Hvordan barnets beste blir konkretisert er imidlertid et åpent spørsmål. Barnets beste er samtidig komplekst og kontekstavhengig, og hva som er til beste for et barn er ikke nødvendigvis det for et annet barn. Det at mekler har fokus på barnets beste eller på barnets relasjoner har positiv betydning for foreldrenes opplevelse av meklingen.

En spesiell utfordring er likevel saker med høyt konfliktnivå, og dette gjelder i stor grad i barnefordelingssaker. Analysene til Ådnanes et.al viser at i barnefordelingssaker der avtale

ble oppnådd, mente mekler i 28 prosent av sakene at det ville vært en fordel å fortsette meklingen i inntil tre timer (det samme gjelder for henholdsvis 17 og 12 prosent av ekteskaps sakene og samboersakene). Data viser at dette dreier seg om saker der uenigheten og konfliktnivået fremdeles er høyt. I disse sakene vurderte mekler at målet om barnets beste i noen mindre grad ble nådd enn i øvrige saker. Mekleren legger også vekt på at konflikt mellom foreldrene bør bearbeides før man konkretiserer hva som er barnets beste, for i vanskelige saker kan barnets beste og foreldrenes konflikt bli konkurrerende dimensjoner. Ved først å bruke tid på konflikt mellom foreldre kan det skapes større og bedre rom for å diskutere hva som er til barnets beste (Ådnanes et al. 2011).

Nordhelle (2007) har gjennom sitt profesjonelle meklingsarbeid erfart hva som kan gi matnyttig kunnskap i den kliniske hverdagen enten man er profesjonell mekler eller på annen måte arbeider med håndtering av konflikter. En økt bevissthet om de ulike måtene å håndtere konflikter kan sammenlignes med å justere fart og fremgangsmåte i tråd med skiftende betingelser i landskapet. Å godta skiftningene er en del av reisen, og å være rustet til all slags vær. Nordhelle trekker frem makt-ubalanse, det å temme emosjoner, og samtaler med og om barn som viktige områder å være bevisst på. Når det gjelder barn er hun særlig opptatt av at jo bedre kompetanse mekleren har til å håndtere slike konflikter, jo mindre skadelidende blir barna.

På området for helsesøstres møte med konfliktfylte relasjoner finner jeg altså lite relevante studier både nasjonalt og internasjonalt. Slik sett mener jeg det grunnlag for å gjøre en studie på dette feltet for om mulig få et innblikk i hensiktsmessig og ønsket utvikling av tjenesten, og finne områder for nye forskningsprosjekt.

3 Metode

I dette kapitlet redegjør jeg for studiens metodologi. Jeg vil først beskrive det vitenskapsteoretiske ståstedet jeg har valgt. Deretter gjør jeg rede for kvalitativ metode og det kvalitative forskningsintervjuet. Så redegjør jeg for utvalg og rekruttering samt gjennomføring av intervjuene. Deretter beskriver jeg analysemetoden som er brukt for å analysere datamaterialet. Så gjør jeg rede for etiske betraktninger, forståelsen av egen rolle og forforståelse. Til sist diskuterer jeg studiens kvalitet med utgangspunkt i pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted – en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme

Det vitenskapsteoretiske ståstedet for denne studien er fenomenologisk-hermeneutisk. Dette fordi studien handler om å få innsikt og forståelse av hva en gruppe helsesøstre opplever og beskriver sine erfaringer i møte med konfliktfylte relasjoner i familier. Både fenomenologi og hermeneutikk er opptatt av hvordan mennesker forstår sin egen verden ut i fra sin egen subjektive opplevelse og erfaring.

Et fenomenologisk perspektiv tar utgangspunkt i den enkeltes subjektive opplevelse og søker å forstå og sette ord på den erfarte opplevelse, den enkeltes livsverden, slik den er for personene og hvordan de oppfatter den. Målet er å beskrive fenomener slik de oppleves av helsesøstre, gjennom å samtale med dem (Kvale og Brinkmann 2009).

Hermeneutikken er opptatt av å forstå eller fortolke en handling ved å undersøke bakenforliggende intensjoner (Halvorsen 2010). Den er derfor primært opptatt av å forstå eller fortolke en handling i kontekst, ikke avdekke årsakssammenhenger som i den naturvitenskapelige tradisjonen (Thagaard 2013). Hermeneutikk er opptatt av at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Det er umulig å finne mening i et fenomen dersom det ikke utforskes i lys av den situasjonen fenomenet opptrer i eller er en del av. Delene forstås i lys av helheten de erfarer i, samtidig som enhver forståelse også bygger på forskerens egne erfaringer og forforståelse. Thagaard (2013) beskriver den hermeneutiske sirkel til å være det viktigste begrepet i hermeneutikken. Det grunnleggende prinsippet er at mening bare kan forstås i lys av den kontekst vi studerer og er en del av. Delene forstås i lys av helheten og helheten i lys av delene (ibid). Disse to vitenskapssyn utfyller og utvider hverandres

perspektiver (Thagaard 2013). Fenomenologien er opptatt av beskrivelser av fenomener for enkeltindivider, mens hermeneutikken handler om å forstå og fortolke intensjonene og meningene for disse personene (Kvale og Brinkmann, 2009). Sammen vil disse retningene danne det vitenskapsteoretiske ståstedet for dette forskningsstudiet.

3.2 Valg av forskningsdesign: Kvalitativ metode

Basert i studiens problemstilling og mitt vitenskapsteoretiske ståsted er kvalitativ metode mest hensiktsmessig. Kvalitative metoder har fokus på de unike fenomener framfor å generalisere. Det handler om å forstå og skape mening i enkelthendelser, og gjennom det fange det unike og det komplekse (Kvale og Brinkmann 2009). Kvalitativ metode er en metode for generering av kunnskap, ved å søke kunnskap om menneskers erfaringer gjennom forskningsintervju. Den kvalitative tilnærming går i dybden, har som formål å få frem sammenheng og helhet og tar sikte på å formidle forståelse (Dalland 2012).

3.3 Datainnsamling: Flerstegs fokusgruppeintervju

For å samle inn data for å besvare problemstillingen har jeg brukt en kvalitativ metode med flerstegs fokusgruppeintervju av en gruppe helsesøstre som har erfaring med å møte foreldre, barn og unge med konfliktfylte familierelasjoner. Fokusgruppeintervju legger til rette for at kunnskap og data utforskes og skapes gjennom deltakernes samtale med hverandre, og kan slik sies å være dynamisk og systemisk. Metoden er også anbefalt for å utforske hvordan holdninger og kunnskap utvikles, og som er noe av det jeg er ute etter (Piercy og Katherine, 2005). Ved å gjøre flerstegs-intervjuer (Lerdal og Karlsson 2008), gjennom to eller flere intervjuer med den samme fokusgruppa med noen ukers mellomrom, vil refleksjoner medlemmene får etter det første intervjuet kunne bidra til å utdype erfaringene nærmere.

Gjennom fokusgruppeintervju stimulerer man primært til fyldigere beskrivelser av deltakernes oppfatninger, ønskemål eller opplevelse av problemer i relasjon til det fenomenet eller den situasjonen som tematiseres i følge Tillgren og Wallin. Madriz fremholder at fokusgrupper er velegnet når man ønsker å utvikle kunnskap som gir en dypere forståelse av meningsdannelse i en gruppe (Lerdal og Karlsson 2008).

Fokusgruppeintervjuet brukt i forskningssammenheng skiller seg fra et tradisjonelt gruppeintervju ved at det i fokus-gruppeintervjuet legges til rette for dataskaping gjennom deltakernes samtale med hverandre. Dialogen i et gruppeintervju skjer i større grad mellom

forskeren og de ulike deltakerne. Fokusgrupper fremskaffer informasjon fra en gruppedynamisk interaksjonsprosess til forskjell fra individuelle intervjuer. Denne interaksjonsprosessen kan brukes bevisst til å skape data eller innsikt som vanskelig ville latt seg produsere uten gruppedynamikk. En større frihet i samtalen mellom gruppedeltakerne åpner for eksempel for å fortelle historier relatert til temaet. Slik kan forskeren få tilgang til forhold som kan være vanskeligere å få frem ved gruppeintervju. Madriz argumenterer for bruken av fokusgruppeintervjuer i studier der man særlig er opptatt av holdninger, erfaringer og hvordan kunnskap produseres og brukes i en bestemt kulturell kontekst (Lerdal og Karlson 2008).

3.4 Utforming av intervjuguiden

I denne studien ble intervjuene utført i overensstemmelse med en semistrukturert intervjuguide som sirklet inn bestemte temaer, og som inneholdt forslag til spørsmål knyttet til min problemstilling. Et semistrukturert intervju bygger ofte på en temaguide eller intervjuguide, og brukes når temaer skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver (Kvale og Brinkmann 2009). For å etterstrebe en fri og uformell samtale uten å være avhengig av temaguiden i for stor grad, valgte jeg å lage intervjuguiden ut fra noen tema som var aktuelle for studien med forslag til spørsmål under hvert tema (Tjora 2011). Hvis hensikten er å forstå deltakernes tenkning på deres premisser, kan man velge en løs struktur (Lerdal og Karlsson 2008). Temaguiden til det første intervjuet ble utformet med tanke på at informantene skulle få snakke så fritt som mulig i forhold til temaet ut fra mine forskningsspørsmål og hovedområder jeg ønsket at helsesøstertjenesten skulle belyse. (Vedlegg 1). Temaguiden til det andre intervjuet ble utformet etter gjennomlesing og transkribering av det første intervjuet. (Vedlegg 2). Intervjuguidene ble et middel til å oppsummere at jeg hadde vært innom de temaene jeg ønsket å berøre.

3.5 Utvalg og rekruttering

Et kjennetegn ved kvalitative studier er å velge intervjuobjekter for å få et strategisk¹ og homogent utvalg av informanter (Thagaard 2013). Hensikten med å invitere og velge deltagere som deler de samme erfaringene er å få detaljerte beskrivelser på studiens tema

¹ Et strategisk utvalg betyr at informantene er valgt ut fra egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard 2012)

(Landridge 2007). I tråd med dette ble helsesøstre i en middels stor kommune i Midt-Norge som arbeider i helsestasjon og skolehelsetjeneste invitert, ved at jeg kontaktet leder for helsesøstertjenesten. Leder fikk muntlig orientering og en kort skriftlig redegjørelse om hva studien gikk ut på og hva min hensikt med den var. Leder av tjenesten rettet en forespørsel til helsesøstertjenesten og jeg ble kontaktet av fagansvarlig helsesøster for nærmere avklaring og bestemmelse om tidspunkt for informasjonsmøte og intervju. Før gjennomføring av fokusgruppe-intervjuene hadde jeg et informasjonsmøte med helsesøstergruppen om hensikten med studien og leverte ut et informasjonsskriv om prosjektet (vedlegg 3) og samtykkeskjema (vedlegg 4).

Intensjonen var å intervju en gruppe helsesøstre på mellom 4-6 medlemmer. Størrelsen på fokusgruppen med helsesøstre ble til slutt 9 medlemmer, noe som er i overkant av anbefalingene for et studentprosjekt. Mellom tre og seks intervjuobjekter anbefales for å sikre en detaljert redegjørelse av den individuelle opplevelse (Smith et al. 2009).

3.6 Gjennomføring av intervjuene

Deltakerne valgte selv lokaler på sin arbeidsplass som arena for intervjuene, hvor jeg gjorde to fokusgruppeintervju, ett i slutten av september og ett i november 2014. Intervjuet i september besto av 9 helsesøstre og varte i en time og 20 minutter. Til intervjuet i november møtte det 4 helsesøstre som også hadde vært med i det første intervjuet, da det ellers var frafall på grunn av sykdom og akutte saker som måtte prioriteres. Jeg valgte å gjennomføre med den gruppen som hadde anledning på det avtalte tidspunktet da det ikke var mulig å få avtalt et alternativt tidspunkt innen rimelig tid, og det allerede hadde gått lang tid siden første intervju. Det gikk 8 uker mellom første og andre intervju, noe som var i lengste laget av hensyn til gruppeprosessen rundt temaet. Ved andre intervju valgte jeg derfor å bruke litt tid på å gå gjennom oppsummering og reflektere rundt de temaene som hadde kommet frem under første intervju. Det andre intervjuet varte i en time og 15 minutter.

Intervjuguidene var en god støtte til å holde samtalen innenfor de temaene jeg ønsket å ha fokus på. Gjennom min introduksjon av temaet som samtalen skulle handle om i første intervju, og oppsummering i starten på andre intervju, gikk samtalene mellom deltakerne stort sett av seg selv. Jeg tror at mitt engasjement og kjennskap til temaet og presiseringen av hensikten med studien, gjorde at det ble etablert en trygg atmosfære som ga rom for frie

uttalelser. Deltakerne reflekterte seg i mellom og var innom nesten alle tema som sto i intervjuguiden ved første intervju. Intervjuguidene ble et nyttig middel å styre etter, og oppsummere at jeg i hovedsak hadde vært innom de temaene jeg ønsket å få kunnskap om og innsikt i.

Min rolle som forsker og moderator i fokusgruppeintervjuet var å lede og styre både innhold og prosess under intervjuene. Under selve intervjuet forsøkte jeg som moderator å få data om den personlige erfaringsbaserte fagkunnskapen. Deltakernes subjektive opplevelser omkring det angitte temaet ble etterspurt i intervjuene (Lerdal og Karlson 2008), og prosessen vekslet mellom dialoger mellom gruppedeltakerne og enkelte spørsmål fra meg som moderator. Jeg prøvde bevisst å oppmuntre til utdypende uttalelser fra enkeltpersoner underveis for å sikre størst mulig bredde i datagrunnlaget. Kroppslige uttrykk som å lene seg fremover bordet, tydelig ivrige etter å fortelle og dele, ble fulgt opp av øvrige gruppedeltakere eller moderator. Prosessen i begge intervjuene var preget av stort engasjement rundt det som ble tatt opp. Det var tidvis mye snakking fra engasjerte deltakere, men det var også rom for lytting og pauser, der deltakerne kunne sitte litt tilbakelent og tenkte over det som ble sagt, før det igjen kom nye refleksjoner.

Mine tanker og refleksjoner ble notert ned etter det første intervjuet, som utgangspunkt for intervju nummer to. I transkripsjonene ble uttrykksmåter som blant annet pauser og emosjonsuttrykk nedskrevet. Utsagnene er transkribert opp mot skriftspråket for å gjøre teksten leservennlig. Transkripsjonen fra første intervju og mine refleksjoner rundt dette arbeidet jeg sammen til et notat som jeg gikk gjennom med deltakerne i starten av andre intervju. Jeg refererte deltakernes uttalelser om nyttige og ikke nyttige erfaringer, og oppsummerte hvilke hovedpunkter jeg hadde oppfattet av det de hadde sagt. Gruppen ga uttrykk for at uttalelsene og oppsummeringen stemte med deres opplevelser og beskrivelser av temaet. Helsesøstrene uttrykte at det var en god måte ”å komme inn i temaet” igjen etter forrige intervju.

3.7 Tematisk analyse av datamaterialet

Jeg har valgt tematisk analyse for å analysere det transkriberte datamaterialet. Tematisk analyse betegnes som en fleksibel analysemetode, og er hovedsakelig en metode for å identifisere og analysere mønster (temaer) i kvalitative data (Braun og Clarke 2013). Det betyr at den kan anvendes innenfor flere teoretiske rammeverk som for eksempel

konstruksjonistisk analyse og tematisk diskursanalyse. Denne teoretiske uavhengigheten gjør at metoden passer for flere forskningsdesign og ulike teoretiske perspektiv, og er nyttig som en grunnleggende metode fordi den fungerer med et vidt spekter av forskningstema; fra det som handler om menneskers erfaringer eller forståelse av et tema, til bestemte fenomener innen for en bestemt kontekst (Braun og Clarke 2013). Tematisk analyse består av seks faser (Braun og Clarke 2006), som jeg nå vil gjøre rede for.

Fase 1: Bli kjent med data.

Fase 1 handler om å bli kjent med datamaterialet. Dette betyr å fordype seg i data og gjøre seg kjent med dybde og bredde i innholdet, ved repeterende lesing og søk etter betydning og mønster. Opptakene hadde god lyd kvalitet og det var i hovedsak lett å skille stemmer til tross for at det var en stor gruppe i første intervju. Noen steder ble opptaket forstyrret med skurring i lyden av signaler fra lydløse mobiltelefoner, og det var et par steder krevende å få tak i enkelte utsagn. Ved å utføre transkripsjonene selv ble jeg godt kjent med tekstmaterialet, noe som ga en god arbeidsprosess med å lytte og notere egne refleksjoner og ideer underveis. Jeg var opptatt av å sikre at dataene ble transkribert tilstrekkelig detaljert, og transkripsjonens detaljeringsnivå ble sjekket opp mot opptaket. Jeg valgte å skrive ned ulike analoge uttrykk som latter, mm, tja, pauser og lignende gjennom intervjuet. For å sikre anonymitet og skille deltakernes utsagn fra hverandre, valgte jeg å nummere deltakerne og ikke skrive på informantenes dialekt. Senere ga jeg deltakerne fiktive navn.

I samsvar med et fenomenologiske perspektiv, var målet i denne fasen i størst mulig grad å legge til side min forforståelse og teoretiske referanseramme, for å få fram deltakernes stemmer. Intervjuene ble lest flere ganger for å få et helhetsinntrykk og en grundig forståelse av datamaterialet. Aktiv lesing besto i å søke etter meningsbærende enheter og mønster, og underveis i lesingen markerte jeg ideer til koding i teksten. Dette ble en innledende liste av ideer om innholdet i dataene, for eksempel barneperspektiv, tidsfaktor, stort foreldreperspektiv, kommunikasjon, refleksjoner, å komme i posisjon, observasjon, barnets stemme i konflikt, kompetanse, noen å snakke med. Jeg forsøkte å stille meg åpen for de inntrykkene som teksten formidlet og reflekterte over ulike måter å forstå informantenes utsagn på.

Fase 2: Innledende koding.

Etter å ha gjort meg kjent med datamaterialet startet jeg med å sortere relevante data og knytte dem til koder. Jeg begynte å se etter nøkkelutsagn eller ord for å sammenfatte små meningsbærende enheter (koder), og noterte kodene på et eget ark. I denne prosessen trakk jeg ut meningsinnholdet i utsagnene, og benyttet ulike fargekoder for å få bedre oversikt over hvilken informasjon som gjentok seg på tvers av intervjuene. Utsagn med beslektet meningsinnhold fikk samme farge, noe som strukturerte datamaterialet ytterligere. Når jeg plasserte utsagnene under barnets stemme, fikk alle utsagn som omhandlet barneperspektivet rød fargekode. Senere i prosessen gikk jeg tilbake igjen, og delte koder under barneperspektivet i to, da det ble tydelig at innholdet i deltakernes uttalelser om å være barnets talerør og det å støtte barnet i seg selv, var to ulike funn. For å se etter sammenhenger satte jeg de kodene som hørte sammen i egne dokumenter (for eksempel alle koder knyttet til det å være barns talerør i en fil). Så gikk jeg gjennom transkripsjon og koder på nytt for å forbedre kodene, og samlet så alle kodene, med fargekoder, i et dokument i underordnede grupper. Til slutt gikk jeg igjennom disse kodene for å se hva som kunne være overordnede temaer og hvordan de ulike kodene kunne henge sammen med andre koder eller temaer.

Fase 3: Søk etter temaer

Neste steg var å sortere koder inn i tema, og lete etter tema. Ved å lage tankekart for å samle kodene til temaer var det lettere å kunne se sammenheng mellom disse. For hvert utsagn brukte jeg fargekoder for å hjelpe til med å se sammenhenger mellom koder som handlet om samme tema. Hele prosessen ble gjort på nytt etter at jeg hadde laget et tankekart med relevante koder og forslag til temaer. Hensikten da var å samle sammen koder og temaer til et sammendrag av temaene, med de viktigste kodene under disse temaene, og hvordan de hang sammen med hverandre. Etterpå sammenlignet jeg hele datasettet (alle sammendragene av tankekart for hvert data-uttrekk) for å se hvilke temaer som gikk igjen på tvers av tankekartene. Temaene ble organisert under tid, kommunikasjon, individuell og helhetlig arbeid, refleksjon over eget arbeid, støtte barn, barns talerør, kompetanse og å komme i posisjon; åtte tema på det stadiet. Et mål var å ikke miste viktig data, og ikke utelukke noen utsagn på dette stadiet i prosessen. Etter den innledende sorteringen og tematiseringen, begynte jeg å lete etter bredere, men samtidig meningsfulle temaer.

Fase 4: Gjennomgang av temaer

Etter å ha fordelt utsagnene i de valgte temaene, ble det etter hvert tydelig at enkelte tema var svært smale og derfor burde slås sammen til bredere temaer. Da jeg tok en ny gjennomgang av transkripsjonene ble det tydelig at utsagnene under temaene refleksjon over eget arbeid og kompetanse hadde visse fellestrekk, og jeg endret derfor temaene til et felles tema som jeg kalte å manøvrere tjenester og relasjoner.

Jeg gikk gjennom kodene på nytt og vurderte om de valgte temaene fungerte i forhold til de kodede utdragene ved lage et tematisk kart. Ved å sammenligne temaer og koder på tvers av datasettet reduserte jeg da fra sju til fem hovedtemaer: Å komme i posisjon, å være talerør for barn, å styrke barn, individuell og helhetlig vurdering, å manøvrere tjenester og relasjoner. Deretter sammenlignet jeg igjen koder og utsagn innad i de ulike temaene og på tvers av temaene. I denne prosessen så jeg at utsagnene under individuell og helhetlig vurdering var for smalt til å defineres som eget tema, og inneholdt utsagn som handlet om å komme i posisjon til dialog med foreldre. Jeg valgte derfor å fjerne dette som hovedtema, og stod da igjen med fire temaer og fire undertema.

Fase 5: Definere og navngi tema

Denne fasen startet da jeg hadde en tilfredsstillende tematisk oversikt over datamaterialet (Braun & Clarke 2006). Etter å ha gjennomgått temaene igjen, ble det tydelig at de fremdeles kunne struktureres ytterligere, og forenkle datamaterialet for å øke forståelsen av funnene. Etter ytterligere gjennomgang av mulige tema valgte jeg til slutt å sortere det kodede materialet inn i følgende fire hovedtema: 1) Dialogiske samtaler og samarbeidende relasjoner, 2) Å være talerør for barn i foreldrekonflikten 3) Å se og støtte barn med foreldre i konflikt 4) Å manøvrere og balansere relasjoner.

Før jeg gjorde den endelige defineringen av kategoriene, gikk jeg en siste gang tilbake til transkripsjonene og de første data-uttrekkene for å sikre at data ikke var utelatt, samt for å sikre at utsagnene ikke var tatt ut av kontekst og at meningssammenhengene ikke var blitt borte.

I analyseprosessen var jeg opptatt av hvorvidt temanavnet gjenspeilet innholdet i temaene på en meningsfull måte. Temanavnene ble kontinuerlig endret til de til slutt etter min oppfatning fanget essensen i utsagnene på en best mulig måte. Gjennom hele analyseprosessen gikk jeg

frem og tilbake i de ulike fasene. Analyseprosessen ble sirkulær da de ulike fasene overlappet og gjensidig påvirket hverandre. Det har underveis vært viktig å bevare deltakernes beskrivelser av egne erfaringer. Ved å ta utgangspunkt i begrepene intervjupersonene selv har benyttet, har jeg forsøkt å utforme empirinære temaer.

Fase 6: Produksjon og ferdigstilling av resultater

Fase 6 var å skrive om hvert tema, hva temaet handlet om og hvordan temaet hang sammen med andre temaer. Jeg begynte å finne sentrale eksempler som forteller historien om temaet, illustrerer essensen i temaet, og hvordan temaet henger sammen med det sentrale i problemstillingen som handler om helsesøsters erfaringer i arbeidet for å sikre barns helse i konfliktfylte relasjoner etter samlivsbrudd mellom foreldre. Jeg plukket ut sitater og utdrag fra samtaler mellom informantene som ga et rikt narrativ om temaet uten å være for lange. Det var en utfordring. Dette dannet så førsteutkastet til rapporteringen av resultatene i studien. Siste fase var ferdigstilling av rapporteringen av resultatene.

3.8 Forskerens forforståelse

I kvalitativ forskning er det sentralt å gjøre rede for forskerens forforståelse. Inn i forskningsprosessen har jeg med meg mine forutinntatte forestillinger, tanker og meninger. Å være oppmerksom og bevisst på at jeg ikke kan være nøytral i møte med deltakerne, den teorien jeg velger, hva jeg punktuerer i tekstanalysen eller hvilke ord jeg bruker og hvilke konklusjoner jeg trekker, er avgjørende for forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann 2009).

En del av min forforståelse, min ”ryggsekk”, er farget av ulike erfaringer som til sammen utgjør min motivasjon og interesse for å utforske temaet jeg har valgt. En del av min profesjonelle erfaring er blant annet som sykepleier i møte med mennesker med nedsatt funksjonsevne, og deres familier. Gjennom disse møtene har jeg erfart konflikters effekt, både innad i familier, for den enkelte, og mellom ulike faggrupper i tilrettelegging av tjenester. Jeg har arbeidet både klinisk og systemrettet med å belyse og tilrettelegge for utvikling av best mulig tjenester for utsatte grupper. En annen del av min forforståelse er knyttet til prosesser gjennom masterprogrammet ”Familieterapi og systemisk praksis” med fokus på det relasjonelle fundamentet i alle møter. I arbeid på familievernkontor møtte jeg mange par som strevet med å samarbeide om barns oppvekst etter brudd, og samarbeidet med kommunale tjenester fra det ståstedet ble også en del av det jeg fikk erfaring med og som dermed er med i

min for forståelse av studiens tema. Samfunnsperspektivet og forebyggende helsearbeid er sentralt i mitt forskerblikk, og helse er en grunnleggende dimensjon jeg er opptatt av og som til slutt avgjorde vinkling av temaet.

Som intervjuer må man arbeide med seg selv både før, under og etter intervjuet for å være best mulig i stand til å lytte forutsetningsløst (Malterud 2011). Underveis i intervjuprosessen og analyseprosessen ble jeg bevisst på at forskerrollen utfordret meg til å ta en distansert rolle fra mitt eget forhold til temaet jeg forsket på. Kvale beskriver en balansegang mellom å samle kunnskap og de etiske sidene ved den emosjonelle, menneskelige interaksjonen, og sikre at forskningens mål om å innhente kunnskap i prosessen ivaretas (Kvale og Brinkmann 2009).

Som grunnleggende ferdigheter som intervjuer la jeg vekt på å strekke meg etter etiske prinsipper som åpenhet, fordomsfrihet, respekt og det å klare å skape trygghet til prosessen. Jeg hadde som mål at deltakerne skulle fortelle fritt fra sine erfaringer på en så beskrivende måte som mulig. Mitt ønske var å delta minst mulig i samtalen og refleksjonene, men opplevde tidvis å være samtalepartner i tillegg til forskerrollen. Dette gjorde at jeg hele tiden måtte være oppmerksom på, og fokusere på rollen som forsker, ved å etterspørre detaljer i deltakernes beskrivelser.

Jeg ønsket å sette min egen forståelse i parentes i møte med data. Selv om dette ikke vil være fullt ut mulig, har jeg kontinuerlig i prosessen forsøkt å ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet, med fokus på å være åpen for informantenes tanker uten å skape ideer om svarene på forhånd. Underveis i analysefasen måtte jeg flere ganger spørre meg selv om mine erfaringer farget min forståelse og oppfatning av deltakernes utsagn. Ved å reflektere rundt dette underveis har jeg gjort mitt beste for å gjenfortelle informantenes erfaringer og meningsinnhold uten å legge for mye av mine egne tolkninger i det.

3.9 Etiske vurderinger

Kvale og Brinkmann (2009) legger vekt på at det er 4 områder som bør utforskes i utforming av prosjektet og som kan være rettesnorer gjennom hele prosessen. Disse områdene handler om *informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle*.

Informert samtykke

Deltakerne var med i studien etter informasjon om formål med studien, presisering av frivillighet og mulighet for å trekke seg uten begrunnelse og få sin gitte informasjon i intervjuene slettet. Dette ble formidlet til deltakerne i informasjon som ble sendt dem i forkant, og lest sammen i oppstart av intervjuet, før de underskrev samtykkeerklæring og slik ga informert samtykke til å delta (vedlegg 4).

Fortrolighet

Fortrolighet eller konfidensialitet handler først og fremst om hvordan data blir anonymisert og oppbevart, brukt og slettet slik at deltakernes utsagn beskyttes mot avsløring av identitet. Opptak med intervjuene ble oppbevart utilgjengelig for uvedkommende, og det var bare jeg som hadde tilgang til disse. I bruk av personlige data har jeg anonymisert deltakerne gjennom å bruke andre navn og ikke navngi deltakernes arbeidssted. Deltakerne vil imidlertid kunne kjenne igjen egne og andres utsagn.

Konsekvenser

Konsekvenser handler om ulemper og fordeler for deltakerne ved å være med i en kvalitativ undersøkelse. Målet for samtalen i fokusgruppa var at de skal være nyttig for praksisfeltet, og for deltakerne, gjennom å kunne gi bidra til egne refleksjoner rundt temaet. Samtidig hadde jeg som forsker en egeninteresse av at dataene ble så utfyllende som mulig og kunne dermed stå i fare for å forfølge mine interesser for langt.

Forskerens rolle

Et annet viktig moment er at forskeren skal være fri til å bruke data som kommer fra intervjuene. Det vil kunne oppstå drøftinger og funn i enhver undersøkelse der deltakeren mener seg å være mistolket eller misforstått, at funn ikke er gjenkjennbare, eller at deltakeren ikke deler oppfattelsen av disse (Kvale og Brinkmann 2009). Mulighet for mistolkninger av funn og utsagn ble tatt opp med deltakere i forkant, et ansvar jeg også hadde fokus på blant annet ved å oppsummere og spørre underveis om jeg forsto deltakernes uttalelser slik de var ment. Jeg har prøvd å behandle datamaterialet med respekt. Forskerens rolle handler om meg som en etisk bevisst person, og refleksjon over de etiske kravene som stilles til vitenskapelig kvalitet, til uavhengighet og profesjonalitet i nærhet/avstand til deltakerne i en

intervjusituasjon må være høyt i egen bevissthet. Det er avgjørende for en kvalitativ studie å ha fokus på nøyaktighet, ærlighet og mulighet for å etterprøve alle deler av prosessen (ibid).

Mitt prosjekt la opp til å intervju personer om erfaringer fra konfidensielle situasjoner, og deltakerne skulle beskrive erfaringer fra møter hvor de kan ha opplevd å ha stått i sårbare og særlig utfordrende posisjoner. Før prosjektstart sendte jeg søknad om fremleggingsvurdering til Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (vedlegg 5).

Prosjektet ble vurdert til ikke å være fremleggingspliktig der, og søknad ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som ga godkjenning til forskningsprosjektet (vedlegg 6).

I studiens drøftingsdel knyttes resultater sammen med det teoretiske grunnlaget presentert i innledningen for å bidra med å øke kvaliteten på oppgaven og studiens gyldighet, og for å si noe om hvordan håndtering og dialog om foreldrekonflikters styrke, intensitet og varighet, har betydning for barns helse og utvikling.

3.10 Studiens kvalitet: Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Reliabilitet og validitet er begreper som opprinnelig var knyttet til kvantitativ forskning. I kvalitativ forskning brukes begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Thagaard 2013).

Gyldighet

Gyldighet handler om troverdighet av de tolkninger jeg som forsker har kommet fram til, om de tolkningene jeg er kommet fram til er gyldige i forhold til virkeligheten jeg har studert. Jeg har forsøkt å vise dette gjennom å være gjennomiktig i redegjørelse for hvordan analysen gir grunnlag for de tolkningene jeg har kommet fram til (Thagaard 2013). Validitet handler ikke bare om metodene som blir benyttet; avgjørende for evalueringen av den vitenskapelige kunnskapen som blir produsert er forskeren som person (Salner 1989), inklusive forskerens moralske integritet (Smith 1999), og praktisk klokskap (Thagaard 2013).

Forskningsprosess og funn kan ha blitt påvirket på forskjellig vis, noe som tydeliggjøres for å belyse funnernes gyldighet (Kvale og Brinkmann 2009). Valg av forskningsspørsmål har bidratt til utvalg av teori og litteratur, fortolkningsmetode, deltakere, gjennomføring av intervju og analyse og har dermed påvirket resultatene. Forskningsspørsmålene besvares under disse gitte forutsetningene. En annen vinkling på problemstillingen ville gitt andre

utvalg og metoder. Mine to forskningsspørsmål var førende for intervjuene med fokusgruppen. Dersom jeg hadde valgt andre eller flere spørsmål ville jeg kunne fått andre svar å utarbeide analysen i.

Jeg har intervjuet én faggruppe for å få et innblikk i noe av denne fagtjenestens erfaringer. Gruppen var godt kjent med hverandre, og to fokusgruppeintervju ga mye informasjon. Imidlertid ville intervju med flere grupper fra samme fagtjeneste kunnet utvidet mine data for analyse, og funnene kunne blitt mer nyansert eller utvidet. På samme måte ville intervju av enkeltpersoner gitt en annen tilnærming og mulighet for en sterkere fenomenologisk tilgang på og utdyping av den enkeltes erfaringer. Da hadde jeg imidlertid mistet den systemiske og dynamiske prosessen i fokusgruppen.

Pålitelighet

Pålitelighet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre, og henspeler på hvorvidt resultat fra denne studien kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere. Påliteligheten kan styrkes ved at studien blir så gjennomsiktig som mulig. Gjennom å redegjøre for hvordan dataene er utviklet i løpet av forskningsprosessen har jeg forsøkt å møte kravene til troverdighet. Jeg har forsøkt å beskrive detaljert hva jeg har gjort og tenkt i de forskjellige stadiene, slik at forskningsstrategi, teoretisk ståsted og analysemetode skal skinne gjennom av detaljerte beskrivelser rundt hvem, hva, hvorfor og hvordan. Dette har vært viktig for å kunne følge mitt resonnement frem til de foreliggende resultatene.

Min forforståelse og mitt engasjement for å styrke barns rammebetingelser og oppvekstkår ved konflikt gir et godt utgangspunkt for å studere fenomener jeg er opptatt av, men kan også bidra til at jeg overser nyanser. I ettertid hører jeg i intervjuene at jeg tar en del utsagn for gitt, og at det kunne være mer å utforske for å utdype informantenes mening.

Når jeg velger å fortolke data etter fenomenologisk og hermeneutisk metode blir det vanskelig å følge reliabilitetsprinsipper slik de defineres i kvantitativ forskning. Jeg har konstruert min forståelse av data, og forsøkt å være pålitelig i å gjøre rede for de ulike stegene i prosessen etter en modell som er akseptert i en kvalitativ forskningstradisjon (Thagaard 2013).

Overførbarhet

Begrepet overførbarhet knyttes til vurderinger av spørsmålet om tolkninger som er basert på en enkelt undersøkelse kan gjelde i andre sammenhenger. Overførbarhet kan knyttes til om tolkningen vekker gjenklang hos lesere med kjennskap til problemstillingen og studiens funn

(Thagaard 2013). Studien ønsker å få tilgang til deltakernes beskrivelser, og en utvidet forståelse, av hva en faggruppe erfarer er nyttig og ikke nyttig hjelp til foreldre i konflikt, for barns helse og utvikling. Funn fra denne studien vil nødvendigvis ikke være ”sann” eller meningsfylt for alle andre.

Slik jeg forstår, blir forskningens troverdighet knyttet opp mot informantenes subjektive opplevelses – og erfaringsverden, samt hvordan jeg med systematisk og metodisk forskningsarbeid evner å formidle dette med en fenomenologisk/hermeneutisk forståelsesramme. Når Kvale (2008) hevder at forskningens troverdighet viser til alle sider av forskningsprosessen vil dette bety at hvert skritt i prosessen redegjøres og argumenteres for. Det gjelder både i forhold til gjennomgang av metoden og analysen.

4 Presentasjon av funn

Denne studien handler om hvordan helsesøstre på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten beskriver sine erfaringer med å møte familier som lever i konfliktfylte relasjoner. I dette kapitlet presenteres funnene jeg identifiserte gjennom den tematiske analyseprosessen, med utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål.

Deltakerne er anonymisert med fiktive navn (Aina, Berit, Camilla, Danielle, Elise, Frida, Grete, Hilde, Ingrid), F står for forsker. Romertall I og II viser til om sitatet er fra det første eller det andre gruppeintervjuet. Sitatene brukes fortløpende til å illustrere deltakernes erfaringer knyttet til de fire hovedtemaene underveis. På den måten blir det fenomenologiske perspektivet i en kvalitativ analyse videreført inn i analysen av funnene. Sitatene er valgt med hensikt å være illustrerende for de ulike funn de representerer. Fra den tematiske analysen av datamaterialet identifiserte jeg frem fire hovedtemaer, som er studiens funn:

- Dialogisk samtaler og samarbeidende relasjoner
- Å være talerør for barn i foreldrekonflikten
- Å se og støtte barn med foreldre i konflikt
- Å manøvrere og balansere relasjoner

4.1. Dialogiske samtaler og samarbeidende relasjoner

Deltakerne var opptatt av ha god dialog og samarbeid med foreldre som er i konflikt. De fortalte at konflikter ofte innebærer sterke følelser og at dette påvirker kommunikasjonen mellom familiemedlemmene. For å forstå hva det vanskelig familiene opplever består av, mente de at veien å gå var gjennom god dialog. Gjennom å ha dialogiske samtaler opplevde de å komme i en god samarbeidsposisjon med foreldrene. Når deltakerne møter foreldre som er i konflikt var de opptatt av å komme i en samarbeidende posisjon for å snakke med foreldre om barnets situasjon. De forklarte at hensikten var å gi foreldrene en forståelse om viktigheten av å dempe konflikt og fremme dialog i samarbeidet for å ha mulighet til å sikre barnets interesser. God dialog og samarbeid handler om å ta utgangspunkt i der hvor foreldrene er, og høre hva de ønsker å fokusere på, slik Camilla sa:

”Jeg bruker å spørre når de kommer, om det er skjedd noe siden sist, om de kan fortelle om det er noe med ungen, eller at det er noe de ønsker å snakke om.” (II)

Ved å ha god dialog og et godt samarbeid med foreldrene opplevde helsesøstrene at det var viktig å komme inn med barnets perspektiv til foreldrene. Da fortalte de at det var viktig å fokusere på barnets helse og utvikling som følge av foreldrekonflikten. Samtidig er det utfordrende å holde fokus på barnets situasjon, som Aina fortalte:

”Det kan være ganske vanskelig...for oss helsesøstre å komme i det barneperspektivet. Foreldreproblemet er veldig stort, og vi vil jo gjerne vinkle det til ”hva med barnet”, men det kan være vanskelig å holde samtalen der.” (I)

For å komme i dialog til å kunne påvirke og motivere foreldrene til samarbeid om barnets beste sa deltakerne at det er kritisk og avgjørende at konflikten mellom foreldrene ikke tar så stor plass at det hindrer en konstruktiv dialog om barnets situasjon. Foreldre legger premisser for barns situasjon, og kvaliteten på deres samarbeid om barns situasjon er grunnlag for det som faktisk kan gjøres for å sikre barns velferd, Elise presiserte:

”... vi er jo helt nødt til å ha foreldrene med på banen, ellers kommer vi ingen vei.” (I)

Når helsesøstre ikke kommer i posisjon til dialog og heller ikke har mandat til å gjøre noe med selve konflikten, er det ikke nyttig å tro at helsesøster skal løse og ta ansvar for å løse konflikten mellom foreldre, slik Aina ga uttrykk for:

”Ja, så noen ganger tror jeg vi må huske at kanskje vår rolle er det å snakke med ungen. Ikke å løse konflikten mellom mor og far.” Det er ikke bestandig vi kan løse konflikten.” (I)

Den vurderingen som må gjøres i hvert enkelt tilfelle ble beskrevet og opplevd som en balansegang av deltakerne. Det ble stadig gjentatt at helsesøsters rolle er å snakke med barnet, og ikke ta ansvar for å løse foreldrenes konflikt, men noen sa også at de kan gjøre noen forsøk på å få i gang dialogen mellom foreldrene, også i samarbeid med kommunepsykologen. Men de anmoder og foreldre om å kontakte familievernkontoret, for de kan ikke bruke så mye tid på de mange konfliktsamtalene som det synes å være behov for sa Elise:

”Vi kan jo gjøre noen forsøk...jeg har hatt med meg kommunepsykologen i et par samtaler i en konflikt og jeg, for å være to samtalepartnere inn. Men jeg må si at familievernkontoret, og få dem til å bestille time der i lag, det er og noe vi gjør. For vi kan jo ikke sitte med alle disse konfliktsamtalene hele tida.” (I)

Deltakerne opplever at foreldre kommer med store forventninger om å få hjelp til å løse konflikten når de først tar kontakt med hjelpeapparatet. Mange er i krise og sorg, og kan også

ha en høy terskel for å be om hjelp i denne vanskelige situasjonen der de ikke ser helt klart selv hvordan de kan håndtere. Når de har ventet så lenge med å søke hjelp er behovet for hjelp ofte stort, og også forventningene til hjelpen. Derfor blir det viktig tidlig å være klar på hva foreldrene kan forvente i møte med helsesøster. Aina sa det slik:

”Jeg kjenner i hvert fall på det å ha noen forventningsavklaringer i sånne møter...kanskje litt tidligere enn det en gjør. For jeg tror at ofte er forventningene - når de først har tatt steget og bedt om hjelp - ganske store til hjelpeapparatet.” (II)

For å holde barneperspektivet og komme i posisjon for å snakke om barnet sa hun videre at å avklare og bevisstgjøre foreldrene om eget ansvar for å arbeide med å dempe konflikten er en viktig del av disse forventningsavklaringene:

”... det med å speile tilbake at ”denne jobben må dere gjøre selv.” (II)

Deltakerne sa at om foreldrene ikke også selv tar ansvar for å bearbeide konflikten, kan det føre til en runddans i hjelpeapparatet. Selv om det er mange instanser som gjerne vil hjelpe foreldre til å finne vei ut av konflikten, sa Aina at det nok også kan oppleves som at det ikke er hjelp å få slik foreldre kan forvente, ønske og håpe på:

”...for jeg tror at for mange, når de endelig har kommet...og vi spør hva de har fått hjelp til så sier mange at ”Og nei, det hjalp ikke. De hadde ikke noe å hjelpe oss med”...og skuffelser. Og så drar de til familievernkontoret, og så kommer de til oss, og så drar de til neste – psykolog – og ”nei, ingen kan hjelpe”. Så den forventningsavklaringa der tror jeg er kjempeviktig.” (II)

Formålet med forventningsavklaring var å avklare og tydeliggjøre ansvar for utviklingen av samarbeidet mellom foreldrene, slik at foreldre ikke sitter med håp om at helsesøster skal ta ansvar for å løse konflikten. Helsesøstre sa at de kan inneha rollen som en nøytral tredjeperson som kan hjelpe foreldre å oppklare konflikter et stykke på vei, men at ansvaret for konflikten først og fremst er et foreldreansvar. De sa videre at om foreldrene trenger og ønsker å ta imot mer hjelp enn helsesøstre kan gi, henviser helsesøstre videre, eller anbefaler foreldrene å kontakte familievernkontoret.

Deltakerne fortalte om gode erfaringer med å være tydelig, ærlig og direkte om konfliktens effekt på barnet. Elise beskrev at det å være direkte og ærlig i kommunikasjonen opplevde hun som avgjørende i et møte hvor den ene forelderen var svært sint før møtet, og i møtet. Det gjorde imidlertid en forskjell for foreldrenes samarbeid i ettertid at barnets opplevelser ble løftet inn i rommet:

”Og den samme faren kom og tok meg i hånda og takket meg på neste møte, for at jeg faktisk hadde fortalt – han ble berørt av hvordan gutten hadde det. Der fikk vi til en forsoning ved å være direkte og ærlig.” (I)

Samtidig kan ærlig og direkte kommunikasjon også slå den andre veien, og gi et annet utfall enn ønsket, og situasjonen låser seg ytterligere, slik Elise fortalte fra et annet møte:

”...ja, og i det møtet så tror jeg det handla om at psykologen sa til mor at ”du må jo og legge til rette for at barna vil til far”. Det var det spørsmålet som fikk det helt til å vippe, for hun mente at det var ikke hennes arbeid.” (I)

Når relasjonen mellom foreldre er preget av åpen konflikt i møtet er ikke foreldrene mottakelig for å høre om barnet, og møter avsluttes uten at de oppnår dialog om barnet. Elise fortalte fra et møte hvor de ikke nådde inn til foreldrene:

”Ja, da hadde jeg med meg kommunepsykologen inn i samtalen. Det var to søsken på barneskolen, og der var det så mye skitt-kasting at vi bare måtte avslutte møtet. Og der var det mor som egentlig ønsket hjelp inn, og en far som møtte opp, men så viste det seg at mor bare kritiserte far hele tiden og det ble slik munnhuggeri at det var direkte mislykket. Vi kom ikke i posisjon. Det var så betent.” (I)

For å komme i posisjon til en god dialog til tross for konflikt, sa deltakerne at kompetanse på å lytte, veilede og gi råd ut fra en individuell og helhetlig vurdering av barnets og familiens behov, er viktige og hensiktsmessige perspektiv å vektlegge i dette arbeidet. Deltakerne har ingen formell kompetanse på å håndtere eller løse konflikter. Det å bruke både personlig erfaring og profesjonell kompetanse om kommunikasjon for å møte konflikter ble imidlertid beskrevet som nyttig i arbeidet sa Camilla:

”Jeg har ingen utdanning innen konfliktløsning. Men det er klart, man har jo en del – vi har tatt mye kurs, og vi har lært mye gjennom utdanninga vår. Men jeg er jo ingen mekler. Men jeg kan jo lytte. Og jeg kan veilede. Og jeg kan gi råd.” (I)

Ved å innta en spørrende holdning i dialogen, sa deltakerne at det er lettere å komme i dialog om belysing og utforsking av et problem sammen med foreldrene. Det å kunne ta opp vanskelige ting og tenke sammen med foreldre om mulige sammenhenger på en undrende måte når de kommer med bekymring for barnet som har endret atferd; raserianfall, vil ikke legge seg, våkner om natta osv., erfarte Ingrid er nyttig:

” det å kunne ta opp dette og spørre: ”Hva kan dette være?” ... hvis det er slik at ungen ikke sover nå, og har gjort det før ... ” (I)

Hun erfarte at dialogen da motiverer foreldrene til lettere å kunne og ville se hva som påvirker barnets endring av atferd, og at de kan få økt bevissthet om hvilke faktorer som kan innvirke på barnets opplevelse av hverdagen.

For å komme til dialog om barnet sa deltakerne at det er nyttig å snakke ut fra hvordan de som helsesøstre oppfatter barnets situasjon. Elise fortalte fra et møte med en far som i starten av møtet var veldig sint, og der og da ikke var mottakelig for dialog, men åpnet for dette når Elise sa:

”men jeg er bekymret for gutten når han forteller meg hvordan han har det”

Når helsesøster la vekt på at det var hennes bekymring for barnet som var årsak til at hun tok opp samarbeidet mellom mor og far, så åpnet det for at far tok inn hennes beretning om barnets opplevelse. Slik kom de frem til en dialog og forsoning mellom mor og far, der de sammen klarte å ha barnet i fokus i det videre arbeidet.

Barnet er i fokus, men deltakerne sa at det også er vesentlig å ha i tankene at foreldrene kan være i sorg og krise på grunn av bruddet. Det å se og forstå foreldres krise/sorg og slik anerkjenne følelsesmessig smerte som følge av brudd blir også et perspektiv som skal balanseres i dialogen, slik Aina sa:

”For det er noe med å klare å ”hanke de ned litt” og prøve å se den lille som står i midten. Og det er vanskelig, for de er jo i en sorg og krise mange, der og da, selv.” (I)

For at det skal være mulig å balansere dette på en god måte, sa deltakerne at de er avhengig av å komme tidlig inn i konflikten. Fastlåst kommunikasjon mellom foreldre gjør det vanskelig å komme i dialog om barnet, og deltakerne presiserte at å komme tidlig inn i konflikten er av hensyn til barnets helse og trivsel. Når de kommer tidlig inn erfarte deltakerne at det er lettere for foreldrene å ta imot råd, veiledning og informasjon om barnets opplevelser. Samtidig er det ikke gunstig akkurat med det samme bruddet har skjedd, da erfarte deltakerne at det kan være vanskelig å komme i dialog slik Elise beskrev:

”Det samme ser jeg, for jeg ser jo at hvis du kommer tidlig inn så kan du ha litt større påvirkning. Akkurat med det samme kan det være betent, men hvis du kommer inn etter forholdsvis kort tid så er det lettere å påpeke hvilke symptomer du ser hos barnet, for ofte blir du kontaktet av foreldre om å ta en samtale med barnet....så på det tilbakemeldingsmøtet kan du komme inn med det du ser – i alle fall hvordan barnet har det. Og det kan virke på enkelte foreldre.” (I)

I denne diskusjonen ble det også sagt at det hadde vært en stor fordel hvis foreldre hadde fått hjelp enda tidligere i prosessen enn slik deltakerne erfarer at det er i dag. De snakket om å kunne få lov til å komme så tidlig inn at de kunne arbeide forebyggende med å støtte og gi informasjon og råd om hvordan foreldre kan støtte ungene best mulig i bruddprosessen, slik Grete sa:

”Det er det jeg og tenker, at det å få komme så tidlig inn, før de går fra hverandre kanskje, så tidlig som du sier Camilla. Og få lov til å komme inn og støtte foreldrene, gi de litt informasjon og råd... om ungene...og hvordan de skal støtte og hjelpe de, gjøre de beste tingene...Jeg tror det hadde vært en kjempestor fordel hvis noen får lov til å være med de i dette.” (I)

Det ble og sagt at dette også er en balansegang i møte med foreldre, om hvor mye de skal problematisere, for det trenger ikke være konflikt selv om foreldre avslutter samlivet.

Det er viktig at samtaler med barn godkjennes av begge foreldrene presiserte deltakerne. En tillatelse til å snakke er avgjørende for om barnet snakker åpent om det som er viktig for barnet, og ikke holder tilbake av hensyn til lojalitet til foreldrene, eller av skam- og skyldfølelse for den vanskelige situasjonen. Tilbakemelding etter samtale med barnet gis til begge foreldrene. Det gjelder også ved deltagelse i samtalegrupper for barn slik deltakerne reflekterte over i denne diskusjonen:

Grete: ”Jeg tenker og litt på de ungene som er i den alderen at vi treffer de fordi noen har bedt oss snakke med de...at de har fått lov til å snakke når de kommer til oss...hvis ikke tror jeg ikke det er så nyttig...de har jo en lojalitet til foreldrene som er veldig sterk...det gjelder sikkert også i de gruppene?”

Aina: Vi er alltid hjemme hos barnet – besøker de – og så vil vi at foreldrene skal gi de tillatelse til å snakke med oss, mens både foreldrene og barnet og vi, hører på.... så ja, jeg støtter deg helt på det ja, at det er veldig vanskelig for ungene å åpne seg hvis de ikke har fått tillatelse. Så det er greit å ha det ryddig og at en avklarer det med den som tar kontakt, den av forelderen – avklarer at ”da må jeg snakke med den andre forelderen” og gi tilbakemelding til begge.” (II)

Når foreldre for eksempel ikke lenger bor i samme kommune er det hensiktsmessig å legge til rette for å kunne møte begge samtidig og prøve å få en bedre forståelse av hva som er vanskelig i samarbeidet, i stedet for å snakke med en og en på telefon og få presentert ulike historier om hva det er de strever med, sa Frida:

”Ja, jeg tenker og på det å komme i posisjon til begge foreldrene. For noen foreldre kan ha flyttet ut av kommunen og du er på telefonen med den ene, og i neste omgang den andre, som presenterer litt ulike historier om hva er det de strever med. Så det å i hvert fall... altså benytte sjansen til å prøve å tilrettelegge sånn at du får møtt begge to og i det samme rommet...for du kommer ingen vei med å snakke med den ene og med den andre på telefon og få presentert ulike opplevelser av hva som er vanskelig samarbeid.” (I)

Her var det ulike oppfatninger i gruppen, og det ble trukket frem at dette ikke alltid var nyttig, og at det noen ganger kunne faktisk bli verre å ha begge foreldrene i samme rom.

4.2 Å være talerør for barn i foreldrekonflikten

Deltakerne i studien var opptatt av at når det er etablert en plattform for dialog med foreldrene var deres fokus å bringe inn barnets stemme. Dette kalte deltakerne å være talerør for barnet. De snakket om ulike måter å gjøre dette på, ut fra barnets behov, alder og situasjon. Frida fortalte om det å snakke med foreldre om hva barnet sier det har behov for i hverdagen, og prøve å åpne for forståelse av hva slags ting som kan være viktige for barn. Når barns behov ikke blir sett eller imøtekommet kunne denne bevisstgjøringen og veiledningen fra helsesøster være virksom for å formidle barnets stemme:

”Jeg jobber i barneskolen – og tenker at noen ganger er jeg litt talerør. Jeg har en familie hvor jeg har fulgt opp ei jente i et par år nå, hvor kommunikasjonen mellom mor og far har vært veldig fastlåst, og så har jenta kommet hjem til mor og ønsket at far blant annet kunne henge opp en krok, for at de to jentene kunne få henge jakkene sine på, i gangen. Denne jenta er veldig opptatt av at det skal være litt orden. Så jeg ringte og snakket med far og da ordnet det seg jo...men altså; ...mor har ikke nådd inn, og heller ikke jentene...men når du presenterer det og sier at ”dette betyr faktisk noe for de når de kommer” ...at du kan være en voksenperson som er litt støtte når det har låst seg mellom mor og far.” (I)

Deltakerne var tydelige på at deres viktigste rolle når de møter konfliktfylte familierelasjoner er å legge til rette for at barnet får en stemme inn til foreldrene. Deltakerne sa videre at foreldre ikke alltid vet, forstår eller klarer å ta inn over seg hva konflikt kan gjøre med et barn, og at de heller ikke alltid tenker over at barn forstår og opplever at foreldrene er i konflikt. Deltakerne var opptatt av å belyse situasjoner, bevisstgjøre og veilede slik at foreldrene kan oppfatte og forstå at konflikten påvirker deres barn, fortalte Frida:

”Ja, veiledning og bevisstgjøring når de kommer med problematikken... ”Kan du tenke at dette og kan handle om at det er noen endringer hos dere nå”? ...at man

belyser litt sånne ting. Og ofte kan en (foreldre) tenke at "nei, det tror jeg ikke at har påvirket han eller henne så veldig"...ja, foreldrene kan si det. (I)

Frida sa videre at det også er viktig å være tydelig overfor foreldre om hva konflikt kan gjøre med barnets helse og utvikling:

"Jeg tenker også i forhold til kunnskap om dette – altså at vi kan være litt tydelige på hva det kan føre til for noen barn." (I)

Deltakerne snakket ofte med foreldre som ikke tenker over at konflikt og manglende samarbeid påvirker barn, og der det heller ikke er klima for å dele opplevelser om barnas hverdagsliv. Å snakke om barnas behov for trygghet, og behovet for å skape mening i tilværelsen ved å fortelle om sine liv uten å sensurere hva som kan sies hos mamma eller pappa er også nyttig å tematisere for å øke foreldrenes kunnskap og bevissthet om barns behov, sa Frida:

"Og likedan det med trygghet, og det at ungen din faktisk kan snakke om hva de har gjort hos pappa når de var der i helga – at det er en arena for å få lov til å dele det når ungen er hos mamma, eller omvendt. Det syns jeg at jeg sier ofte til foreldre ...altså at det har en betydning for mange barn - så tenker de ikke at det har så veldig stor betydning...og det er ikke noe klima for å dele akkurat det heller. Så jeg tror på det at å være litt tydelig på hva som er bra for å få til et godt samarbeid – hva det gjør med ungen – det tenker jeg at det kan en i hvert fall "så inn" noe av." (I)

For å løfte inn barnets perspektiv sa deltakerne at det er nyttig å spørre foreldre hva de tenker at barnet skulle ha ønsket at de gjorde når situasjonen er konfliktfylt og vond; å få foreldrene med på å forestille seg barnets ønsker, slik Aina fortalte:

"Ja, jeg syns ofte at det å stille foreldrene det spørsmålet om "hva tenker dere barnet skulle ønsket at dere gjorde i denne situasjonen nå? Hvis dere går inn i barnesinnet, hva tenker dere at barnet deres ønsket at dere gjorde...som hadde vært det beste?" (I)

Slike spørsmål får ofte foreldrene til å stoppe opp og tenke sa deltakerne.

Tilbakemeldinger om barnets opplevelser kan gis i tilbakemeldingsmøter. Deltakerne erfarte at foreldre hører, og blir berørt av å høre, hvordan barnet deres egentlig har det i konflikten. Motstanden mot å se barnets perspektiv kan imidlertid oppleves som sterk, og Elise fortalte at hun måtte håndtere sin egen redsel for å kunne være barnets talerør; være direkte og ærlig i samtale med foreldrene, og hente mot til å møte sinte og såre foreldre og snakke barnets sak:

”Og så sa jeg at ”jeg synes ikke det ser sånn ut når du sitter med ryggen til mor” – og da reiste han seg opp og spurte om jeg truet han. Og så sa jeg at ”Ja, du kan jo kanskje oppfatte det som det, men jeg er bekymret for gutten når han forteller hvordan han har det”. Og den samme faren kom og tok meg i hånda og takket meg på neste møte, for at jeg faktisk hadde fortalt – han ble berørt av hvordan gutten hadde det. Og der fikk vi til en forsoning faktisk, ved å være direkte og ærlig. Men han ble sint for ja. Jeg ble redd når han reiste seg, for han var to meter høy. ...men det var en far som var litt misforstått og, på et vis, følte seg motarbeidet av mors familie. Så mange ganger litt sånn oppklaringer, og være den tredjepersonen. Så der gikk det greit. ...etter hvert.
(I)

Barn er lojale, glade i begge foreldrene og kan ha vansker med å si fra om egne opplevelser når det konfliktfylte tar stor plass og skremmer fortalte deltakerne. Dette gjør det viktig å være en nøytral tredjeperson med utenfra-blikk som kan konkretisere og vise hvordan konflikten i de voksnes relasjon skaper symptomer hos barnet. Dette kan virke inn på foreldrenes forståelse for konfliktens effekt på barnet, fortalte Elise:

”Det var vel kanskje når jeg beskrev hvordan gutten hadde det, hvordan han opplevde at far henta, ikke så på, snakket stygt om mor, stoppet ved postkassen...og alle disse historiene som gutten fortalte om hvordan han opplevde det. Det tror jeg virket inn på far altså.” (I)

Behovet for å være talerør erfarte deltakerne i alle aldersgrupper. Barn og unge kan oppleve belastninger ved å bringe beskjeder mellom foreldrene over lang tid snakket deltakerne om:

Hilde: ”Det at de ikke har noe kommunikasjon mellom seg, og så må de prate gjennom ungen, det er en stor belastning.
Grete: Det er akkurat det med å være mellom-mann som jeg tenkte å si også. Jeg jobber mye med ungdommer nå...og fordi om konflikten og situasjonen har vært slik i veldig mange år...kanskje siden foreldrene gikk fra hverandre, så opplever de fremdeles at de må være mellom-mann mellom fars nye familie, og kanskje mors nye familie...og sy dette sammen.” (I)

Deltakerne sa at helsebelastningen av å stå i klem mellom foreldre kan reduseres ved at helsesøster snakker med barn og unge, at de møtes til jevnlig samtaler som kan gå over tid. I tillegg erfarte deltakerne at det er nyttig å skrive brev til foreldrene om hvordan hverdagen oppleves på grunn av konflikten. Det at barn og unge setter ord på sin opplevelse og at foreldre får høre barnets beskrivelser av tanker og følelser på grunn av konflikten, kan føre til at foreldrene oppnår innsikt og forståelse og tar ansvar for konflikten, ved også å søke hjelp ved familievernkontor. Elise fortalte om erfaring med brev:

” ... ei jente ...hun syntes ikke hun hadde det så greit når hun var hos far på helgebek. Så hun skrev ned et veldig tydelig brev som vi ble enige om at jeg skulle

lese opp på telefonen. Og han ble veldig stille, faren, for dette var ei litt forsiktig jente som ikke hadde fortalt så veldig hvordan hun egentlig ville ha det heller...så faren ble jo veldig overraska over alt som kom fram. Men han...og det var og et veldig dårlig samarbeid mellom mor og far, så endskapen ble at – jeg sendte brevet til far etter avtale med jenta - de bestilte time på familievernkontoret, og der ble det bedring altså. For han så at jenta faktisk gruet seg for å reise til han. Så det å påpeke overfor foreldrene hvordan barna føler det - og da var det familievernkontoret som han hadde nekta før, han var ikke interessert i det. Men han så nødvendigheten, og de var der et par ganger, foreldrene, og jenta rapporterte å ha det bedre.” (I)

Deltakerne sa at de ser det er nyttig å hjelpe barn og unge å skrive ned det de opplever som vanskelig på grunn av foreldrenes konflikt, både for barnets egen bearbeidelse av konflikten, og som en måte å synliggjøre barnets behov overfor foreldrene. Helsesøstre leser opp brev for foreldrene hvis barnet/ungdommen trenger hjelp til det, og er slik barnets talerør i møte med foreldrene. Større barn og ungdommer kan ha nytte av å skrive ned sin egen opplevelse, og helsesøster erfarte at dette er til hjelp for mange. Det ligger håp om å bevisstgjøre og øke foreldres forståelse ved å fortelle om barnets opplevelser av konflikt og dårlig samarbeid. Camilla fortalte at det å formidle barns opplevelser i og av konflikt gjennom brev kan gjøre situasjonen bedre:

”Jenta som går i niende er midt i mellom. Hun har skrevet et brev som jeg skal lese opp. Brevet er hennes stemme i det møtet vi skal ha. Jeg er jentas talerør...og kanskje kommer det godt ut av det når de får høre hvordan hun har det...så vil deres konflikt løses også...at det i hvert fall blir litt bedre...som du sa, Elise, at når de bare fikk høre hvordan ungene hadde det, så ble det egentlig litt bedre. Jenta beskriver hvordan hun opplever konflikten, eller det dårlige samarbeidet, og hva det gjør med henne, egentlig. Og hvordan hun har det hos far, og hvordan hun har det hos mor, og hvordan hun ønsker å ha det.” (I)

Etter at brevet ble lest opp for far, fortalte Camilla hvordan det berørte han å høre det jenta hadde å fortelle, hvordan relasjonen mellom far og datter endret seg positivt etterpå, og at jenta opplever å ha det bedre når hun opplever at hennes stemme er båret frem og blitt tatt imot av en for henne, viktig voksen:

”Faren...tårene rant ...han var så rørt...og...han synes det var tøft...jenta satt jo der rett ved siden av faren når jeg leste opp brevet...det tror jeg hun syntes var vanskelig. Jeg spurte han hva han syntes, etterpå, og han syntes det var veldig greit – det var rørende sa han, men ...han trodde ikke at det var sånn, selyfølgelig, og han ble overraska over det. De kom mye nærmere hverandre etterpå...og jenta er letta.” (II)

Deltakerne formidlet enstemmig viktigheten av å være talerør for barn.

4.3 Å se og støtte barn i foreldrekonflikten

Å se og å støtte barn i foreldrekonflikten var deltakerne meget opptatt av. Styrking av barn er viktig primært gjennom bevisstgjøring av foreldre, med informasjon, veiledning og råd - slik at de tar vare på og sørger for en god oppvekst for sine barn ved at konflikten dempes og ikke varer for lenge i barnets oppvekstperiode. Barn er sårbare for konflikt i nære relasjoner, og dette gir seg ulike utslag både når det gjelder tilknytning, atferd og helseutvikling på kort og lang sikt fortalte deltakerne. De sa at de ser triste barn helt nede i første klasse alene i skolegården, barn som er ukonsentrerte, deprimerte, irriterte og slitne. Disse lojale barna som både er opptatt av å "please" både mor og far, og føler ansvar for søsken, kan også bli veldig ensomme i dette fortalte Danielle:

"Og så syns jeg de kan si noen ganger, at ..."jeg har ingen å snakke med, jeg har ingen jeg kan snakke med om dette"...for de snakker ikke med venninnene sine om dette - når de går i 6. eller 7.klasse så er ikke dette noe tema de snakker om, med venninnene, og ...om de er 3-4 søsken som reiser annenhver helg til Østlandet med fly ...de snakker ikke om det, de heller, sammen...om hvordan det er." (I)

Følelse av skam og skyld på grunn av konflikt, mindre nettverk å støtte seg til og å ikke ha noen å snakke med var også medvirkende til at helsesøstre i større grad oppsøkes for samtaler både av barn og voksne. Om de ikke lykkes å bidra til en bedring i foreldrenes konfliktnivå, at de ikke kommer i posisjon til dialog, og det heller ikke er inngang til å løfte inn barnets stemme sa deltakerne at det er viktig å styrke barnet i den posisjonen det står i – i den hverdagen barnet faktisk har. Deltakerne sa at de ikke har mandat til å gjøre noe med konflikten, så det å tenke at de ikke skal løse konflikten men ha fokus på barnet, er viktig. Å observere, stille spørsmål og snakke med barn blir det viktigste for å støtte og slik gi barnet økt forståelse for sin egen situasjon, og kanskje redusere skyldfølelse sa Aina:

"Ja. Og så tenker jeg at fokuset og er, fordi man ikke er i posisjon eller har mandat til å gjør noe med konflikten... da tenker jeg at det kanskje er min oppgave her å snakke med ungen. Og at ungen skal få en økt forståelse for det han står oppi. Og føle kanskje mindre skyld." (I)

Når konfliktene er store og varer over tid, så deltakerne at totalsituasjonen inneholder mange risikofaktorer for negativ helseutvikling for barn. For å gjøre en individuell og helhetlig vurdering av barnets og familiens situasjon er de avhengig av samarbeid med foreldrene, men om dette ikke lykkes, prøver helsesøstre likevel å bidra til balansere situasjonen for barn, og tenke på hva de kan gjøre for å forebygge videre negativ utvikling, slik Grete sa:

”... det blir for mange risikoer til å oppveie beskyttelsesfaktorene. Så jeg tenker det er mye ...og målet vårt blir jo å styrke – barnet – sånn at det reduserer alle disse risikoene...og det kan være med og balansere dette litt mer...men sånn som det er nå i dag, så er det jo litt overvekt, av risikoer. Så vi må tenke litt sånn, tenker jeg, når vi går inn i familier...hva vi kan gjøre for å forebygge.” (I)

Risikofaktorer vil være forskjellig fra familie til familie, og deltakerne nevnte overvekt, nettverk, økonomi, kosthold, familierelasjoner, søsken, ste- halv søsken, og flyktningbarn med lite nettverk. Camilla fortalte at hun har ukentlige samtaler med ungdommer som har behov for hjelp til å tåle det konfliktnivået som kanskje fremdeles preger stemningen mellom foreldrene:

”Jeg har en del ukentlige samtaler med noen elever som er...12, 13, 14 år ...der mor og far ikke bor sammen, der det har vært konflikt...det er sånne støttesamtaler. Der du, sånn som Aina snakket om, støtter ungene og det å gjøre de sterkere til å leve i denne konflikten. For ungene...altså, de er jo der...og siden det ikke blir bedre så må en prøve å hjelpe de, i det de er.” (I)

Det er ikke alltid mulig å følge opp barn og unge så tett som det hadde vært behov for, men jevnlig samtaler over tid er viktig for deltakerne. Helsesøstre hjelper barn til å bearbeide tidligere og pågående konflikter i hjemmet, og mange ungdommer opplever å være budbringere lenge etter bruddet mellom foreldrene. Deltakerne sa at de møter ungdommer som er lei seg, irriterte, tar på seg skyld, og er slitne av foreldrenes konflikt.

Helsekonsekvensene av slike belastninger har helsesøstre kompetanse på sa Grete:

”..., og at kanskje er det der vi har kompetanse ... for vi vet mer om dette og om hvilke negative effekter det har på helsa deres, enn akkurat hvordan vi skal løse konfliktene mellom mor og far.” (I)

Samtalegruppene (PIS-grupper) med fokus på barnet, og ikke konflikten mellom foreldrene, kan også ha stor betydning for mange barn. Deltakerne fortalte at de har god erfaring med at barn snakker om det de er opptatt av i PIS-gruppene, og at barna også hjelper hverandre med å åpne opp for å snakke. Om samtalegruppene for barn sa deltakerne at det nå er forskningsmessig belegg for at de virker positivt for barns helse, og er nyttig støtte til barn:

Aina: ”Vi har veldig god erfaring med barnegruppene, for vi samler de, og så får de sitte og snakke sammen om konflikten, eller om det å ha to heimer, og det er jo faktisk forsknings...har man jo fått noen svar på nå at det funker...helsemessig. Så det har vi gode erfaringer med.” (I)

Danielle sa at mange barn og unge ikke snakker med søsken eller andre nærpersioner om hvordan de har det, og den ensomheten de blir gående i, avhjelpest gjennom å være med i samtalegruppene:

”...så det blir veldig ensomt. Derfor tror jeg PIS-gruppene har vært veldig til hjelp for mange.” (I)

Å hjelpe, og å lære barn og unge å mestre stress er en viktig del av helsesøstrenes arbeid. Det er viktig å se og støtte barn, men også normalisere konflikt/krangling. Deltakerne erfarte at barns definisjon av konflikt noen ganger kan gjøre problemene større enn de trenger å være for enkelte barn. Det å observere, vurdere og reflektere før intervensjon, f eks før barnet spørres ved mistanke om konflikt er en viktig del av dette arbeidet forklarte Camilla:

”For det trenger ikke være en konflikt fordi om foreldrene har gått fra hverandre, som påvirker ungen. For jeg har vært borti både som akutt konflikt, og jeg har vært borti det som mer kommer sigende...sånn at vi er gode til å observere. Og at vi og kan stille noen gode spørsmål.” (I)

Deltakerne er gjennomgående opptatt av å observere, snakke med barn, og spørre hvordan barn har det, for å få kunnskap om barnets opplevelse ved brudd og eventuell konflikt mellom foreldrene.

4.4 Å manøvrere og balansere relasjoner

Et sentralt tema for deltakerne for å hjelpe foreldrene var å manøvrere og å balansere relasjoner. For å løse oppgaver er man avhengig av samhandling og dialog både i det ytre og i det indre. Deltakerne snakket om nødvendig samhandling med ytre instanser for å gi god hjelp til barn, og om refleksjoner i sitt eget indre og innad i kollegiet. En viktig del av denne samhandlingen sa deltakerne er å avklare hvem som skal gjøre hva. Interne retningslinjer og veileder for tjenestene må avklares opp mot samarbeidspartnere for å finne en god og hensiktsmessig samarbeidsform. Om den personlige og profesjonelle utøvelsen oppleves tilfredsstillende og hvordan læring kan utvikle profesjonen videre, sa deltakerne at de reflekterte over i kollegagruppen og i veiledning.

4.4.1 Samhandling og forventningsavklaring

I løpet av gruppeintervjuene nevnte deltakerne flere viktige samhandlingspartnere som barnehager, skoler, barnevern, familievernkontor, barne- og ungdomspsykiatri. De står tette

og oftest i samhandling med barnehager og skoler, og deltakerne sa at de ved skolestart hilser på elever og lærere og informerer om helsesøsters oppgaver og ansvarsområde, for å sikre at også nyankomne samarbeidspartnere er oppdatert på helsesøsters rolle. Hvem som skal gjøre hva, avklares i hver enkelt sak fortalte Grete:

”... vi sier at de må ta kontakt så ser vi hva vi finner ut om hvem som gjør det videre...en avklaring kanskje i enkeltsaker i tillegg. Og det ser vi at vi trenger å gjøre også, for det skiftes jo ut folk der, og vi skiftes ut...så vi trenger å ”minne på” hva vi gjør og hvorfor vi er der...og det gjør vi til elever også...går en runde og hilser på de hvert år. Forteller litt om hva vi kan brukes til.” (II)

Samarbeidet med skole er sentralt med tanke på å observere elevenes trivsel, og lærere kontakter helsesøster hvis de opplever elever som kommer mye for seint, har mye fravær, og ber helsesøster snakke med eleven fortalte Camilla:

” Skolesamarbeidet ... det kan gå på at det kan være for eksempel mye fravær, forsentkomming om morgenen til skolen, på grunn av at det har vært konflikter hjemme...som gjør at de ikke kommer seg på skolen...det har vært krangling hele natta...ungene har ikke sovet... sånne ting kan det være skolen snakker med meg, og sier at ”Du, denne jenta kommer seg ikke på skolen...jeg lurer på om det kan være noe her? Kan du ta deg en prat og?” (II)

Rammene for helsesøsters arbeid reguleres gjennom gjeldende forskrift for helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Deltakerne sa at de forholder seg til veilederen til denne, og avklarer overfor samarbeidspartnere med basis i den. Samtidig rommer veilederen mye og det er rom for tolkning sa Camilla:

” Vi har jo oppgaver på skolen, vi har oppgaver på helsestasjonen som vi presenterer som våre oppgaver. Vi forholder oss til veilederen.” Vi har jo faste oppgaver vi skal gjøre. Ikke sant? Så vi kan ikke lage noen forventninger ut over det, egentlig...men dette rommer jo så mye.” (II)

Deltakerne sa at de erfarer at samarbeidspartnere opplever at helsesøster kan snakke med elever, spørres om råd og veiledning, og at det også råder en oppfatning om at helsesøstre antas ”å kjenne alle barn” og deres familier fordi de møter alle snakket de om:

*Camilla: ” ...Og det tenker jeg, som du Aina sier, at det blir ofte sagt at vi er jo inne på alle sammen, så helsesøstra...
Aina: Men det betyr ikke at vi kjenner alle.
Ingrid: Nei, det gjør jo ikke det. Vi har en journal på alle sammen men det trenger ikke stå noe spesielt der.*

Aina: Jeg tror de føler at vi kjenner alle familier. Og det gjør vi jo ikke. Du kan se en gutt for eksempel på to år, og fire år....så da har du sett han altså to ganger på fire barneår. Og så tror de at vi kjenner familien.” (II)

Det er ikke alltid at helsesøster vet at barn står i konflikter på grunn av brudd mellom foreldrene. Skole, og spesielt barnehagen er nært og tett på foreldre og barn, og kjenner til slike endringer i familien. Helsesøstre trekkes inn ved symptomer hos barn/unge fortalte de:

Grete: ”...det er ikke vi som informeres om at foreldre går fra hverandre egentlig, hvis det ikke er noe problem.

Ingrid: Men så kan det bli noen symptomer, eller det kan bli noe...og at vi da trekkes inn.” (II)

Deltakerne mente at de har en liten, men viktig rolle, i arbeidet med barn og familier i konfliktfylte relasjoner. De kunne likevel få inntrykk av at andre tenker at de er i frontlinje. De oppfattet ikke selv at de er i frontlinje i forhold til dette, men at barnehager og skoler kan sies å være det. Deltakerne beskrev at helsesøstre er perifere i hverdagen:

Aina: ”Og jeg tenker at barnehagene og skolene er nok mye mer i frontlinja i forhold til ungene...men jeg skjønner at det ikke er helse da...men i alle fall, likevel tenker jeg at det er de som står med det daglige trykket altså. Vi er en bi-tjeneste, i forhold til dette...

Ingrid: Vi er ganske perifere i hverdagene. Selv om vi er på skolene...ukentlig...men noen er jo annenhver uke og.... det er klart at vi ser jo ikke alle.

Aina: ...og det kan jo være over 300 unger og...350 unger kanskje...på den ukedagen...sånn at jeg tenker at vi er nok ikke så i frontlinje som jeg tror mange tenker.” (II)

Behov for å bistå ved foreldrekonflikter påvirkes av økning i antall konfliktfylte samlivsbrudd, og deltakerne sa at de opplever ved stadig flere bekymringsmeldinger at barnevern avslår å ta saken og sender den tilbake til helsesøster. Når det i tillegg er lange ventelister på familievernkontorene betyr dette at helsesøster i økende grad involveres i disse sakene av hensyn til barnets situasjon erfarte de. Det er vanskelig å ta vare på disse barna og ungdommene når systemene ikke er tydelig avklart på ansvar, eller dimensjonert for å møte disse økte utfordringene. Og det er en økende bekymring for hvordan disse barna og ungdommene skal ivaretas fremover, sa Elise:

”... barnevern har vi liksom hatt litt tradisjon for å melde hvis konflikten er veldig fastlåst og vi ser at ikke noe nytter. Men barnevern tar ikke alle disse sakene lenger, så jeg er kjempebekymra for de ungene jeg, som har høy konflikt og der hvor barnevernet ikke vil ta saken vi har meldt. Og da er det familievernkontor eller rettssystemet som skal ivareta dette barnet her. Det som ikke vi greier. Og det tror jeg vi vil merke mer

og mer fremover, at disse barna her kommer til å få større og større problemer med årene, oppover i ungdomsårene.” (I)

Om helsesøsters rolle i samspillet for å bidra til å sikre en positivt forsterkende prosess for den enkeltes helse og familien som helhet, sa Aina at de har en liten rolle i ofte store konflikter, men at den er viktig, fordi den er nøytral:

” Jeg tenker at vi har en liten rolle. En liten rolle ofte i store konflikter, og i familiene, i forhold til det familien betyr, og nettverket for øvrig. Men jeg tenker at noen ganger kan vi ha en viktig rolle, for vi har en nøytral rolle. Forhåpentligvis. Så sånn sett kan vi være en bidragsyter i forhold til det.” (II)

For å innfri forventningene i forskrift og veileder, fra de som mottar hjelp, og fra de helsesøstrene samhandler med for å finne gode løsninger for familier som lever i konfliktfylte relasjoner, sa deltakerne at de også må arbeide med sin egen rolle i dette, slik neste punkt omhandler.

4.4.2 Å være både personlig og profesjonell

Rollen som helsesøster i møter med konfliktfylte relasjoner i familier krever både personlig og profesjonell utvikling og kompetanse sa deltakerne. Profesjonalitet er ingen knapp man trykker på, men det hjelper å få erfaring og kompetanse, og å arbeide med å sette grenser for sitt eget engasjement og kunne avslutte tankemessig når dagen er over. Dette bygges opp over tid og skaper trygghet i rollen dette arbeidet krever sa Camilla:

” Profesjonalitet...det er et stort ord, et vanskelig ord, men det å bli profesjonell ... det jobber jeg med hver dag ...for at det ikke skal henge på skuldrene mine og bli med meg inn i natta og morgenen og alt det der. Jeg tror du bygger opp profesjonalitet gjennom at du trygger deg selv gjennom både kunnskap og erfaring...det er på en måte årene som skal gjøre deg profesjonell...” (II)

Samtidig, når man arbeider med mennesker blir man alltid berørt av prosessene, selv om de er forskjellige ut fra den enkelte families situasjon. Noen familier er man imidlertid mer engasjert i, sa Ingrid:

”...og klart at, som du sier Aina, at når du jobber med mennesker, så tror jeg du hele tiden er i prosess jeg altså...og det er noen familier du jobber mer med klokka halv fem om morgenen enn andre.” (II)

Deltakerne snakket om at profesjonalitet, og personlig kompetanse og engasjement, gjenspeiles i møter med både barn og foreldre, og at det å skape tillit i prosessene gjennom

god kommunikasjon gjenspeiles i både analog og digital kommunikasjon. Å jobbe med seg selv for å balansere inntrykk og bekymringstanker om barn, familien, foreldre, er viktig, for å kunne møte familiene med åpent, ikke-dømmende sinn. Deltakerne sa også at det å reflektere over eget forhold til konflikt, barn i skilsmissehjem og egen forforståelse er en del av dette arbeidet. Likevel ble de utfordret av store konflikter mellom foreldre, og erfarte at kommunikasjon i disse sakene er vanskelig, sa Aina:

”Og kommunikasjon er så ”steika vanskelig”.”(II)

Derfor var det desto viktigere å reflektere over hvordan jobben gjøres, og det å finne en god balanse i eget engasjement er en kunst som det også må trenes på, sa deltakerne. Aina sa at det er nyttig å reflektere over hvordan man selv gjør jobben, og fortalte at det også kan være lett å bli for personlig engasjert:

”...jeg kan bli så engasjert i disse sakene selv, at jeg kan våkne halv fem om morgenen og være i kjempeprosess, og så ringer jeg til foreldrene fire dager etter det møtet; ”Nei, de har ikke tenkt på det siden sist.” Og da er det noe feil. Jeg er i prosess men de er ikke i prosess.” (II)

Å være bevisst på sin egen deltakelse i foreldrenes prosess og balansere eget engasjement i hjelperrollen og slik reflektere over hvordan man personlig utøver jobben, er nyttig og viktig å ta opp med kolleger, og i veiledningsgrupper. Deltakerne sa at de bruker hverandre for å se hvordan de best kan håndtere og balansere disse møtene, og hvordan de kan intervenere for å komme frem til løsninger. Også det å stå i trykk over tid, være vitne til at konflikter ikke løses, og at barnets helse og utvikling påvirkes negativt, oppleves belastende og kan kjennes fysisk på kroppen, gjør at det er viktig å ha kollegastøtte og veiledning:

*Aina: ” vi bruker hverandre mye da...vi gjør jo det.
Elise: Veiledningsgrupper har vi også.
Aina: Ja, det har vi. Endelig.” (I)*

Kollegastøtte er viktig, og det å snakke mer om ulike belastninger i kollegiet for å unngå slitenhet vil kunne være til hjelp for å skjerme seg fra belastningene disse konfliktfylte møtene innebærer, og Camilla sa de skulle snakket mer om slike tema:

”Det tror jeg vi skulle snakket litt mer om...ja, i kollegiet og. For jeg tror det skjermer oss litt fra belastningene. Det at vi ikke blir så slitne.” (II)

På samme måte snakket deltakerne om å tematisere for eksempel det å møte foreldre i bybildet, i møter med foreldre, fordi man også møtes som privatpersoner på fritida: Aina reflekterte:

”Og byen er så liten at arbeidsforholdene dine møter du hele tiden ...du får ikke til å skille det. Det kan jo hende at en skal tematisere det...når en jobber med foreldrene. Jeg har ikke tenkt over det før nå, men det med å...i hvert fall i forebyggende familieteam, når du har lange prosesser kanskje over et år... si at ”Blir det greit for dere nå, å møte oss senere, ute i bybildet, fordi dere har delt veldig mye?” (II)

Deltakerne sa at de ikke har kompetanse for å ivareta alle oppgavene som konflikter krever, men som medmenneske, og bruk av verktøy de har lært gjennom utdanning og kurs, møter og håndterer de konfliktfylte møter best mulig. Camilla sa dette:

”Nei, men som medmenneske har jeg jo det da. Jeg har ingen utdanning innen konfliktløsning. Men det er klart, man har jo en del – vi har jo tatt mye kurs, og vi har jo utdannelse, og vi har lært mye gjennom utdanninga vår. Men jeg er jo ingen mekler.” (I)

Deltakerne har ikke nok kompetanse til å møte disse tunge sakene, men må likevel forholde seg til de små og store menneskene de møter i konflikt. De sa at det mange ganger er krevende og følelsesmessig tøft å skulle være talerør for barn i møtene med foreldrene, for selv med profesjonalitet med seg er man bare et menneske som også påvirkes av konflikt. Man må ta i bruk egenskaper som både mot og kraft for å fremme barns interesser i møte med konflikt og sinte og sorgfulle foreldre. Camilla fortalte:

”... det er veldig sånn følelsesmessig fra hennes side, og da – det er klart når du skal være hennes stemme i en konflikt med mor og far og meg i det møtet – jenta skal ikke være med – så...vi er jo profesjonelle, vi skal jo være det – og det skal jeg nok klare, men jeg kjenner jo på det at det er tøft å være helsesøster oppi dette her. Og det er det mange ganger i forhold til sånne konflikter, for altså - jeg er jo ikke utdannet som en konfliktløser...men jeg har jo helseperspektivet for å se at jenta ikke blir syk av det.” (I)

For å løfte seg selv og greie å stå i konfliktfylte saker sa Grete at det å tenke på de gode sakene der de får det til, hjelper til å holde seg selv i balanse og ikke miste mot og motivasjon:

”Ja, jeg tenker på det å greie stå i den situasjonen, det er jo at du noen ganger ser at det faktisk hjelper, og huske på de gode sakene.” (I)

For å håndtere utfordringene de kjenner på i møter med konfliktfylte relasjoner i familier reflekterte deltakerne over ulike tema i gruppediskusjonene, og koblet dette til at det å betrakte arbeidet som læringsarena er nyttig. Deltakerne var opptatt av å bli bedre i møter, å kunne metoder for å håndtere stress i vanskelige møter, og blant annet styre samtalen slik at de ikke blir sittende med oppgavene, i stedet for foreldrene. De sa at de ser at de trenger å fokusere mer på fag, og ikke bli fanget i egne bekymringstanker som ofte handler om tanker på om det går bra med familien. Læring innebærer også å balansere forventningspress fra foreldre og samarbeidspartnere, og avslutte saker og bli ferdig med det de har gjort. Ved å overføre kunnskap om nyttige og ikke nyttige erfaringer til lignende problemstillinger sa de at de også vil oppnå læring som igjen øker profesjonaliteten og den personlige tryggheten i møter. Deltakerne snakket om at det er ulike områder som kan forbedres og det er mye å trene på når de betrakter disse møtene som en læringsarena:

Aina: " Så langt må vi komme. Men det er en treningssak.

Ingrid: Og det er jo og forskjell fra familie til familie, som vi jobber med og da." (II)

Deltakernes fokus på den individuelle og helhetlige vurderingen gikk som en rød tråd gjennom begge intervjuene, og engasjementet for barns helse og trivsel er en viktig drivkraft i arbeidet deltakerne gjør. Til tross for mye kunnskap og stor vilje til å hjelpe barn erfarte de også at de ikke lykkes å hjelpe slik de ønsker. Det er lett å bomme på balansen i eget engasjement i hjelperollen sa deltakerne, og sa at de kan bli for aktivt og dypt engasjert i foreldrenes prosess:

Aina: "Da tenker jeg, da er vi for aktive...altså, da får vi ikke til å spille ballen der den hører hjemme. For det er feil at det er jeg som skal våkne om morgenen og ligge og gruble, mens de sover godt, og venter på neste møte. Da er prosessen på feil sted." (I)

Det å stå i alt som kan oppleves i forbindelse med konfliktfylte relasjoner over tid, beskrev deltakerne som krevende. Å føle at en kan stå på kanten av å miste både profesjonalitet og nøytralitet ved å bli følelsesmessig påvirket av barns oppvekstsituasjon på grunn av vedvarende konflikt mellom foreldre kan vekke alle slags følelser, og deltakerne fortalte at de blir lei, sliten og kan fylles av en fortvilelse som nesten fører til et primitivt sinne. Og det kan også kjennes fysisk på kroppen; stemningen senses når man kommer inn i rommet, også for utenforstående fortalte Aina:

Aina: "Jeg blir kjempelei. Kjempeslitsomt, rett og slett. Man kan nesten bli sint, for det at en skjønner atog tenker at "nå må dere skjerpe dere" ...en blir nesten litt

primitiv. Når en ser at barndommen går, så blir en litt fortvilet ...får frem alle følelsene...rett og slett.

F: Og hvordan er det?

Aina: Du kjenner det på stemningen...når du kommer inn i rommet kjenner du at "her er det stor konflikt. Jeg kan kjenne det fysisk på kroppen, konflikten til foreldrene...så jeg tenker at jeg som er ukjent, og som ikke er glad i disse menneskene kan kjenne det så fysisk på kroppen, så kan en jo tenke på at mange av disse "ondtene" som unger kan ha...og plagene...en skjønner at det kan oppstå." (II)

Følelse av å ikke strekke til i dette, å kjenne at man ikke får gjort det man skulle overfor disse barna som lever i og med konfliktfylte relasjoner er belastende sa Frida:

"Jeg kjenner mer og mer på utilstrekkeligheten...særlig i barneskolen. For det er et trykk uten sidestykke." (I)

Deltakerne snakket om behov og viktighet av også å sette grenser for eget engasjement, om fare for å bli utbrent, når bekymringstanker kommer i tillegg. Bekymringstanker om hvordan det går med familiene og barna kan ta for stor plass, og er egentlig bortkastet energi sa deltakerne. Et sterkere skille mellom hva som er helsesøsters ansvar og hvordan møter kan gjennomføres i tråd med det, og hva som er foreldres ansvar, er nødvendig fremover. Aina sa at det er viktig å endre:

"Vi og skal reflektere på hvordan vi skal bli bedre i møter. Men det skal gå mer på fag...ikke på at "skal tro om denne familien klarer seg nå? Bekymringstankene... For de er ikke så veldig nyttige heller. Faktisk ikke." (II)

Samtidig har deltakerne ønske om å hjelpe barn slik at barn ikke blir syke av foreldrekonflikten, Camilla sa:

"...jeg har jo helseperspektivet for å se at jenta ikke blir syk av det." (I)

Endringsprosesser vokser frem gjennom forståelse og evne og vilje til refleksjon over samhandlingens betydning, og skille mellom eget og andres ansvar. Vi skaper hverandre i møter der dialogen kan føre til nye erkjennelser og nye og nyttige løsninger i samarbeid.

4.6 Oppsummering av funn

Denne studien har hatt fokus på å få kunnskap om helsesøstres erfaringer i møter med foreldre i konflikt etter brudd, med utgangspunkt i dokumenterte konsekvenser av konflikt på barns helse. Deltakerne uttalte at det var viktig å komme i dialog med foreldrene, og også tidlig i prosessen avklare forventninger om hvordan og hva de kunne hjelpe foreldrene med.

Deltakerne har beskrevet hvordan både spørrende og utforskende holdning, og direkte og ærlig tale i møte med foreldrene har resultert i ”en forskjell som gjør en forskjell”; at foreldre også har sett konfliktens konsekvenser for barnet og deretter endret atferd og samarbeid med den andre forelderen, med påfølgende positivt resultat for relasjonen mellom foreldre og barn. Beskrivelsene har vist hvordan helsesøster har balansert kommunikasjon og samhandling med foreldre i sorg og krise opp mot barnets behov for støtte i konflikt, hvordan konfliktarbeidet oppleves, og beskrevet at kollegastøtte, veiledning og samhandling bidrar til å tåle og håndtere belastninger, og også bidrar til endret arbeidspraksis.

Alle disse handlingene og flere til, har deltakerne i denne studien beskrevet som avgjørende for å ta vare på barn i foreldrekonflikt.

5 Drøfting

Denne studien har handlet om å få kunnskap om helsesøstres arbeid i møte med familier som lever i konfliktfylte relasjoner etter samlivsbrudd, hvordan disse erfaringene oppleves og beskrives. Studien skal undersøke og få forskningsbasert kunnskap om helsesøstres beskrivelser av nyttige og ikke nyttige erfaringer i møte med disse familiene, for å sikre barns helse og utvikling. Problemstillingen var: ”Hvordan beskriver helsesøstre på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten sine erfaringer med å møte familier som lever i konfliktfylte relasjoner?”

Basert på studiens hensikt, problemstilling og funn vil jeg i dette kapittelet drøfte følgende forhold knyttet til helsesøsters rolle i arbeidet for å styrke barns helse der det er konfliktfylte brudd mellom foreldre. Dette er: (1) Helsegevinster for barn og foreldre ved at helsesøster har kompetanse om konflikthåndtering og dialog, og (2) Utfordringer og muligheter i helsesøstres fagpersonrolle. I dette kapittelet drøfter jeg også implikasjoner for fagfeltet og mulige nye forskningsspørsmål.

5.1 Helsegevinster for barn og voksne ved at helsesøster har kompetanse om konfliktarbeid der det er konfliktfylte brudd mellom foreldre?

Helsesøster oppsøkes i økende grad av barn som trenger noen å snakke med, også på grunn av mindre nettverk i mange familier. Dette kan gjelde både før, under og etter foreldres samlivsbrudd. Barn og unge har mye de lurer på, er irriterte på foreldrene og tar samtidig på seg skyld. Deltakerne erfarer at mange barn og unge trenger å bli sett og støttet for å forebygge ytterligere negativ helsebelastning og utvikling, om foreldrene ikke klarer å komme til en løsning om konstruktivt samarbeid i løpet av ikke for lang tid av barnets liv. Funn i denne studien viser at helsesøstre forteller at de ser og snakker med triste, ukonsentrerte, deprimerte, ensomme og slitne barn som følge av foreldrekonflikt, både enkeltvis og i samtalegrupper.

Når helsesøstre møter familier der det er brudd er de opptatte av å møte de tidlig. Dette av hensyn til barns helse. For å oppnå kontakt med foreldre tidlig i konflikten er det viktig at helsesøstre har kompetanse om kommunikasjon i konfliktarbeid for på den måten å bidra til å begrense og dempe konfliktens skadevirkninger (Madsen 2012). Det vil gi helsegevinster for barna og familiene (Getz og Vogt 2013). Funn i studien viser at helsesøstre møter barn og

unge og deres familier på ulike måter. I det første leveåret er det tette kontakt med helsestasjonen, og helsesøster vil da ha mulighet til å ta opp spørsmål som gjelder forhold som påvirker barn. Gjennom fast tilstedeværelse på de ulike skolene oppsøkes helsesøster av foreldre, barn og unge, eller lærere. Noen barn og unge oppsøker helsesøster selv. Funn i studien viser imidlertid at helsesøstre opplever at foreldre ofte kan vente lenge med å kontakte helsesøster på grunn av konflikter, og de erfarer også at foreldre kan ha motstand mot å kontakte familievernkontoret. Barn som lider under konflikt vil derfor kunne ha erfart konflikt over tid, og utviklet symptomer på dette før helsesøster blir kontaktet. Mangelen på passende og naturlige møtepunkter med foreldre i skilsmisse reises som problematikk i masteroppgave av Pedersen (2014) hvor hun viser til at en følge av dette er at skilsmissebarn ofte ikke blir fanget opp før de er begynt å utvikle vansker (Pedersen 2014).

I lys av systemteori er det viktig å forstå både barn og voksnes problem eller situasjon i sammenheng med familien og dens kontekst (Johnsen, Wie Torsteinsson 2012). Selv om et parforhold avsluttes, vil foreldreskapet og foreldreansvaret være der de har felles barn. Men, foreldreskapet må forstås og gjøres på andre måter enn før. Foreldrenes forhold kan være følelsesladet i lang tid etter brudd, preget av sorg og sinne, og påvirker alle involverte parter negativt om konflikten ikke håndteres eller dempes (Madsen 2012). Deltakerne var tydelige på at for å hjelpe barn er de helt nødt til å ha foreldrene med på banen, ellers kommer de ingen vei i arbeidet med å styrke og støtte barn.

Deltakerne i studien fortalte at helsesøstre ofte kommer for sent inn i prosessen, og at de hadde ønsket å komme tidligere inn enn de gjør i mange konflikter. De sa at de ikke har nok kompetanse til å håndtere disse konfliktene når kommunikasjonen mellom foreldrene er fastlåst. Kan det tenkes at skadevirkningene av foreldrekonflikt kan reduseres om helsesøstre har noe kompetanse på konflikthåndtering og mulighet til å støtte foreldre tidligere i prosessen enn de gjør i dag? Barn knytter seg til voksne som de er sammen med daglig, derfor er lærere og pedagoger er viktigere enn de kanskje aner sier Madsen (2012) og helsesøsters rolle er kanskje også betydelig viktigere enn det jeg oppfatter deltakerne i denne studien uttrykker. I et helseperspektiv er det betydningsfullt at barn og unge får hjelp til å mestre stressfylte relasjoner. Det kan bidra til det Antonovsky (1996) kaller "Sense of Coherence (SoC)." SoC kan handle om at barna i forbindelse med foreldrenes brudd og konflikt likevel kan oppleve at de har en sammenheng i livet, at det er begripelig, håndterbart og meningsfullt. Helsesøstre kan hjelpe barn og foreldre til å skape sammenheng, samt bistå foreldre i å kunne

få tak i barns opplevelser i bruddsituasjonene. Helsesøster kan derfor være en ressursperson av stor betydning for barn etter brudd (Ness et al. 2014).

Størksen (2011) sier at barn bør få snakke med en voksen som ikke er involvert i konflikten, og nevner helsesøster. Det viktige er at barnet har tillit til den voksne, og slik kan få ut vonde og intense følelser for å bevare god mental helse. Barn sier at det ikke er så lett å snakke med foreldrene om det som er vanskelig når det vanskelige handler om dem (Madsen 2012). Dette bekreftes i min studie der helsesøstrene opplever at lojale barn i alle aldersgrupper kan ha vanskelig for å si fra om egne behov når konflikten «skremmer».

Både barn og voksne går normalt gjennom sorg- og krisefaser etter brudd i ulikt tempo (Madsen 2012). Store og/eller langvarige konflikter gjør imidlertid at barn kan ha behov for hjelp over lang tid, og å lære å mestre stress for å tåle det konfliktnivået som kan prege stemningen mellom foreldrene over år når, som en deltaker i studien sier, det blir for mange risikoer til å oppveie beskyttelsesfaktorene. Hvis ingen ser og gjør noe med de utfordringene som ofte kommer i kjølvannet av et brudd kan følgelig barn lett føle seg overlatt til seg selv og bli ensomme med mange tanker og spørsmål. Hva skal barn kunne make, hvor går grensen for barns tåle-evne? Voksne sykmelder seg etter brudd, hva med barns situasjon? Barn har ikke samme handlekompetanse, erfaring og forståelsesramme som voksne, og heller ikke samme makt til å søke hjelp som voksne (Madsen 2012). Samtidig har heller ikke voksne i konflikt særlig konstruktiv handlingskompetanse når følelsene er i opprør (Jensen og Ulleberg 2011). En mulighet til å kunne hjelpe bedre er at foreldre får tilbud om støtte tidligere i bruddprosesser, og at foreldrenes kapasitet til å utøve et funksjonelt foreldreskap etterspørres ved sorg/krise i konflikt. På den måten kan fokus på foreldres plikter og barnets behov få forrang foran foreldres rettigheter (Rød et al. 2008).

Av hensyn til barn, til tross for foreldrenes sorg og krise, kan det etableres en ny «bro» for kontakt og samarbeid mellom foreldrene etter brudd. Dette arbeidet er krevende, kan være langvarig og det kan være behov for støtte i prosessen (Madsen 2012). Selv om konflikten i vanskelige skilsmisser stoppes må man som foreldre fortsatt ha noe med hverandre å gjøre, med fare for at konflikten kan blusse opp igjen (Ekeland 2014).

Selv om mennesker er forskjellige så reagerer vi ofte likt når kommunikasjonen blir uhensiktsmessig for oss, og dette tematiseres i samlivskurs som for eksempel, PREP-kurs

(Prevention and Relationship Enhancement). Kunnskap fra PREP-kurs kan være til nytte og inspirasjon også ved konflikt etter brudd, for å forstå kommunikasjonsmønstre i konflikt (Madsen 2012).

Tidlige relasjonelle erfaringer påvirker sentralnervesystemets utvikling og personens senere evne til å håndtere stress og å styre emosjoner (Schore 2001), og tilknytningspsykologien anvendes i dag som grunnlag for å forstå nære relasjoner gjennom hele livet (Torsteinson 2010). Både barn og foreldre kan derfor trenge støtte i konflikter, spesielt om de varer over tid og er av høy intensitet. Det vil derfor være av stor betydning at helsesøstre kan komme tidlig inn i konflikten med kompetanse på konflikthåndtering, slik at de kan bidra til bedre helsefremmende arbeid for både barn og foreldre.

5.2 utfordringer og muligheter i helsesøstres fagpersonrolle

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et frivillig og gratis tilbud for familier, barn og unge 0-20 år. Arbeidet er omfattende, fra detaljerte undersøkelser til veiledning og støtte til foreldre med sped- og småbarn, og til større barn og ungdom. Helsesøster ivaretar en tjeneste til alle barn og unge med et systematisk helsetilbud fra ”vugge til voksen”, og er med denne innsatsen en sentral aktør i kommunenes folkehelsearbeid (https://www.nsf.no/Content/396553/Helses%C3%B8ster_web1.pdf). Mandatet de jobber etter er å fremme psykisk og fysisk helse og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skade» (Kommunehelseloven, Forskrift av 3. april, 2003).

Min studie har bekreftet at helsesøster er en viktig ressurs for familier i arbeidet med å ivareta familier i konflikt. Innenfor disse rammene møter helsesøstre flere og flere barn med behov for hjelp og støtte. Helsesøster er per dags dato eneste profesjonen som har videreutdanning i fagområdet helsefremmende og forebyggende arbeid spesifikt rettet mot målgruppen barn og unge 0-20 år (Solem 2011).

Helsesøstre har fokus på barns situasjon, men skal imidlertid også møte foreldres behov til å mestre foreldrerollen, og utfordringen er hvordan de klarer begge deler. De sier i min studie at de primært ikke skal løse konflikter mellom foreldre, men ha fokus på barnet, og gjennom dette ivareta barns situasjon og helse, selv om dette også som oftest innebærer at foreldre får

hjelp med sine konflikter. Dette bekreftes i min studie gjennom at når de møter foreldre i konflikt så prøver de på ulike måter å bidra til løsninger av hensyn til barnet.

Deltakerne viste engasjement for barn generelt, og det å sikre barns interesser spesielt, når de er utsatt for foreldrekonflikt. Samtidig står deltakerne i en situasjon der de ikke har mandat, kompetanse eller ressurser til å gå inn i fastlåste foreldrekonflikter. Det er derfor viktig å spørre seg for hvordan rammene er for å jobbe med foreldre i konflikt. Hvor langt kan de gå, og hvordan kan helsesøstre samarbeide mer med familievernkontoret, barnevern, skole? Helsesøster har et samfunnsoppdrag, med spesialutdanning om barns helse, og studien viser at de møter barn og familier i konflikt. Dette reiser spørsmål og dilemma for hvordan de skal jobbe i foreldrekonflikt. Funn i min studie viser nødvendigheten av tidlig å komme i dialog med foreldre for å etablere samarbeid mellom partene om barnets beste i konfliktsituasjonen, men det er ikke alltid lett, ikke alltid mulig, å oppnå kontakt med foreldre i konflikt. Når foreldre er uten mulighet til å forstå må dette hensynet vektlegges i mye større grad.

I systemisk kommunikasjonsteori (Jensen og Ulleberg 2011) er det en grunnleggende forståelse at all kommunikasjon handler om innhold og forhold, om relasjonen, om hvilke ideer man har om hverandre og problemet, og at partene gjensidig påvirker det som skjer i relasjonen og med den andre. Dialog som grunnleggende møter mellom mennesker defineres ved kvaliteter som å ha vilje til å lytte og å være åpen for å forandre oppfatning av problemet (ibid). I utgangspunktet kan man tenke at dette ikke skjer når mennesker er i konflikt, og har høyt følelsesmessig beredskap til forsvar av egne interesser (Jensen og Ulleberg 2011) hvilket er situasjonen når foreldre er i høy konflikt med hverandre (Gulbrandsen 2013). Ekeland (2014) sier at fastlåste situasjoner ofte henger sammen med fastlåste definisjoner av problemet, og at denne definisjonen kan gjøre problemet uløselig. Foreldre som er i sorg og krise etter brudd, en fase med sterke og vanskelige emosjoner, og fastlåst i sin oppfatning av situasjonen og den andre forelderen, kan spesielt ha behov for håp om bedre tider (Madsen 2012). Deltakerne opplever og beskriver mange foreldre til å være i sorg og krise hvor foreldres sårbarhet må tas hensyn til. Samtidig skal hensynet til foreldrenes sorg/krise balanseres opp mot hensynet til barnets situasjon, slik at det ikke går for lang tid av barnets liv med foreldre i konflikt. Dette oppleves vanskelig, men deltakerne prøver, for barnets skyld, å bidra til å styrke foreldresamarbeidet.

Seikkula og Arnkil (2007) har etter sin forskning på nettverksdialoger i møter med store kriser og krevende behandlingssituasjoner beskrevet viktigheten av å vise en ydmyk og dialogisk tilnærming i den profesjonelle samtalen. Ved å være tilstede som hele, levende mennesker kan dialogen virke helbredende. Fagpersonene har større mulighet til å definere situasjonen, men kan likevel dele følelsesopplevelser og bli berørt. Dialogen kan slik få en helbredende virkning. Det viktigste spørsmålet er om personene blir hørt, og å bli hørt forutsetter at noen gir et svar (Seikkula og Arnkil, 2007). Ingen ting er så vondt for et menneske som ikke å få respons (Bakhtin 1981). Dialog handler ifølge Seikkula og Arnkil (2007) og Isaacs (1999) om å tenke sammen; å finne en ny, felles forståelse ved å snakke sammen og prøve å forstå hverandre i samtalen. Ved å fokusere på å skape dialog hjelper fagpersonene klienten til å sette nye ord på sine opplevelser (Seikkula og Arnkil, 2007).

Konflikthåndtering må bygge på konfliktforståelse og er tidkrevende arbeid (Ekeland 2014). Helsesøstre i denne studien sier at de ikke har kapasitet og kompetanse til å følge opp foreldre i konflikt så mye som de kunne ha ønsket, også med tanke på et økende behov for hjelp fra foreldre som står i konflikt. Helsesøstre er ikke meklere (som dem som jobber ved familievernkontorene). På den andre siden tyder denne studiens funn på at helsesøstre legger inn betydelig innsats for å prøve å etablere en relasjon og oppnå kontakt med foreldre i konflikt, med tanke på å sikre barns interesser.

Helsesøster har en viktig rolle, de har kjennskap til mange familier, og de har helseperspektivet. Når kan de foreslå at foreldre skal ta kontakt med familievern? Andre tjenester som familievern og barnevern og barnehage/skole utfordres også på hvordan de kan samarbeide med helsesøstre, og slik skape muligheter til en endring i familiekonflikter. Når kommunikasjonen i et samhandlingssystem er fastlåst, er det nyttig å åpne systemet ved å få inn flere stemmer som gjennom gjensidig dialog kan skape en forståelse som ingen enkeltperson kan nå eller håndtere alene (Seikkula og Arnkil, 2007).

I kommunikasjonen med foreldre i konflikt sier deltakerne at de er talerør for barn. Varsomheten om hva helsesøster bringer inn til foreldre er vesentlig, da det kan gjøre vondt verre å bringe barnets stemme inn, at helsesøstre kan bringe barnet «i klem» med det som sies. Derfor vil det alltid være viktig å forhandle med barnet om hva som skal bringes videre til foreldrene, ut fra barnets alder og modenhet. Deltakerne erfarer at foreldre ikke alltid forstår at barnets opplevelser av konflikten høres, ses og oppleves negativt. For foreldre kan

det betyr en forskjell (Bateson 1972) å få høre om barnets situasjon via brev eller helsesøsters tilbakemeldingssamtale. Foreldre berøres av barnets opplevelser, blir bevisst på konfliktenes konsekvenser for barnet, får økt innsikt og dermed grunnlag for endret samhandling og kommunikasjon med den samarbeidende forelderen. Når dette skjer bedrer relasjonene mellom familiemedlemmene seg. Konflikten trenger ikke å være løst, men mulighet for videre samarbeid mellom foreldrene er bedre erfarer deltakerne. Ordet *konfliktløsning* impliserer en ambisjon om at det settes punktum og at motsetninger og spenninger forsvinner.

Mange konflikter lar seg ikke løse (Ekeland 2014), noe deltakerne også erfarer, og sier de ser at barn får det bedre etter tilbakemeldingssamtaler og brev, selv om konflikten mellom foreldrene ikke er løst. Et ønske om løsning fører lett til kortsiktig tenkning og krav om konkrete resultat slik at det å få slutt på konflikten blir et mål i seg selv. *Konfliktbehandling* er et mer nøytralt begrep, og fokuset er ikke bare et bestemt sluttprodukt, men hele konfliktprosessen (Ekeland 2014).

Gulbrandsen og Tjersland (2010) peker på at konflikter kan bli fastlåste dersom den enes bekymringer for barnets omsorgssituasjon ikke blir tatt på alvor av den andre. Et viktig bidrag til konfliktløsning kan derfor være å gi foreldre rom for å snakke. Å forstå foreldres så vel som barns beretninger som posisjonerte fortellinger, og ikke primært som fakta (Bruner 1990) kan bidra til å dempe det som ble oppfattet som en utfordring for deltakerne med motsetningen med å ha «fokus på barnet» eller «fokus på foreldre» (Jevne og Ulvik, 2012). Deltakerne i studien uttrykte at de utfordres på hvor mye tid skal de bruke på å jobbe med foreldresamarbeidet i sin jobb, og hvor mye de kan involvere seg i slike foreldrekonflikter. Det tar tid å finne ut hvem som mener hva, for å danne seg et bilde av situasjonen med foreldrenes ulike beretninger. Dette dilemmaet sa de var økende, med tanke på økning i antall henvendelser som handler om foreldrekonflikter og barns situasjon mellom foreldre i konflikt, og viktigheten av å bli sett og hørt for å fremme god helse hos barn. Pedersen (2014) problematiserer uklare grenser for helsesøsters ansvarsområde og i hvilken grad helsesøster skal gripe inn i forhold til denne problematikken i sin masteroppgave, og sier at det er behov for en diskusjon i fagfellesskapet om behov for fellesretningslinjer. Nasjonal retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten utarbeides nå for første gang av Helsedirektoratet og ventes ferdig i løpet av høsten 2015. Denne kan forhåpentligvis bidra til å klargjøre grensene for helsesøsters rolle også i et nødvendig foreldrekonfliktarbeid. Uansett utfall trengs det tid til samtaler for å sikre at barnets interesser i foreldrekonflikt ivaretas best mulig.

Deltakerne i studien fortalte om erfaringer der stadig flere bekymringsmeldinger som gjelder foreldrekonflikt avslås av barnevern, og at det er lange ventelister på familievernkontoret . Selv om dette er to ulike tjenester får dette i følge deltakerne betydning for deres tjenester på den måten at behovet og etterspørselen for hjelp hos helsesøster fra barn og foreldre i konflikt øker. Deltakerne sier de er bekymret for barn og unge i årene fremover når hjelpesystemene ikke er avklart eller dimensjonert for å håndtere de utfordringene dette gir barna. Dette indikerer at samarbeidet mellom de ulike instansene som arbeider med barn bør få en gjennomgang. Helsesøstre representerer et lavterskeltilbud, og har en annen inngangsport til foreldresamarbeid enn barnevern. Et tettere samarbeide med barnevern og familievern vil kunne medføre fordeler og ulemper som må belyses. Helsesøstres kompetanse på helseeffekter for barn i konflikt bør imidlertid bringes tettere inn i et slikt samarbeid for å benyttes best mulig.

I desember 2014 ble et samarbeidsprosjekt, i regi av Buf-dir., mellom familievernkontoret i Levanger og Inntrøndelag tingrett avsluttet. Mandatet var å utarbeide nasjonale retningslinjer for samarbeid om høykonfliktsaker etter barneloven, og aktivt samarbeide for å hindre at saker kommer for domstolene. Golimo og Trøan (2014) løfter frem i denne undersøkelsen at det blant annet er behov for mer tid til å arbeide med disse sakene, samt at erfaring med samtaler med barn og tilbakemelding til foreldre utgjør en forskjell i mer forsonende retning i foreldresamarbeidet. Større grad av samordning mellom ulike tjenester for å sikre barns interesser i foreldrekonflikt, og mer kjennskap til ulike samarbeidsparter mener jeg vil kunne gjøre hjelpetjenestene tryggere i rollen på sitt nivå, samtidig som et helhetsperspektiv i større grad kan utvikles og ivaretas.

Deltakerne i denne studien sier at de har en liten, perifer, men ofte viktig rolle i håndteringen av foreldrekonfliktsaker. Noen samhandlingsparter kunne tenke at helsesøster er i frontlinje, men dette mener de ikke selv. Slik jeg oppfatter er rollen mer betydningsfull enn de selv tenker og uttrykker. Deltakernes engasjement for barn er betydelig; for det enkelte barn, deres foreldre, og også sett i en større sammenheng, i et samfunnsperspektiv.

Man tenker gjerne at barns interesser ivaretas gjennom barnekonvensjoner, statlige føringer, tilbud og lovbestemmelser med mer som skal sikre dette, uten at dette alltid er slik. I masteroppgave av Leite om ”Hvordan advokater forstår sin rolle i samværs- og

barnefordelingssaker med påstand om vold”, sier hun at det finnes kunnskap hos advokatene om at barn skal beskyttes mot vold. Kunnskap om vold og skadevirkninger av denne finnes også, men fortolkningen av kunnskapen er svært forskjellig. Ulik fortolkning av hva som ligger i voldsbegrepet og hvor skadelig dette er for barn på ulike alderstrinn gjør at dette kan gi seg utslag i hvordan advokater tenker og argumenterer i saken. Leite (2012) etterspør videre forskning på blant annet om barneperspektivet og barnets beste ville blitt opprettholdt dersom aktørene i familievoldssaker måtte samarbeide på en slik måte at det blir mer naturlig å ha fokus på barna enn på at foreldrene skal komme til enighet. I dette perspektivet vil jeg argumentere for helsesøsters rolle som barns talerør, som barns ambassadører, av ytterligere større betydning enn jeg oppfatter at de selv mener, hva angår barns helse og utvikling i foreldrekonfliktsaker.

Min oppfatning er at helsesøstre er ”kommunens frontlinje” for møtet med familier, barn og unge som trenger hjelp til å håndtere en krevende livssituasjon som følge av langvarige og fastlåste konflikter som kan føre til at barns helse og utvikling hemmes. Og det er viktig at de er det, og at de kommer tidligere inn i dette arbeidet.

Ut fra deltakernes beskrivelser av praksis i denne studien mener jeg at helsesøsters rolle i arbeidet med barn og foreldre i konflikt er meget betydningsfull. Denne delen av helsetjenestene er en instans som i høy grad vil ha fokus på barns interesser i foreldrekonflikten, har kunnskap om barns behov og effekten av konflikt mellom foreldre.

5.3 Fremtidige forskningsspørsmål

Denne studien har tatt utgangspunkt i helsesøstres beskrivelser om barns helse ved foreldrekonflikt etter brudd, og hvilke erfaringer helsesøstre har i møter med barn og foreldre. Målsettingen var å få kunnskap om deltakernes erfaringer i praksis. For å utdype funnene nærmere hadde det vært spennende å se på: (1) Samarbeid mellom tjenesten og familievernkontor, evt også BUP, for hvordan dette kan utvikles slik at foreldre får raskere hjelp, og også slipper å gå fra den ene instansen til den andre uten å ha opplevd å få hjelp. (2) Foreldrenes stemmer inn i dette – hvilke erfaringer har de med helsestasjon – og skolehelsetjenesten? (3) Helsesøsters arbeid opp mot barnevernets rolle hadde også vært interessant å se nærmere på. (4) Deltakerne ga uttrykk for at det er en vanskelig balansegang å vite når de skal arbeide forebyggende og når de skal inn i behandlingsarbeid, og dette kunne

vært en studie verd. De sier det er vanskelig å vite hvor de skal prioritere med økning i antall barn som trenger støtte. Dette og må hele tiden være gjenstand for vurdering, i tråd med samfunnets forventninger til helsesøstres tjenester. Hvordan vil nye nasjonale retningslinjer påvirke helsesøsters rolle i foreldrekonfliktarbeid? Å finne måter å arbeide godt forebyggende inn mot denne gruppen barn fordi det er særdeles viktig å innrette forebyggende arbeid mot disse. (5) Deltakerne ga i intervjuene uttrykk for at de hadde erfaringer fra møter som ikke hadde vært vellykket, der de følte seg utrygge og ikke oppnådde den ønskede dialogen med foreldrene. Å utforske mer hva som kan bidra til forskjeller i gode og dårlige møter kunne også være spennende for å forstå mer av virksomme elementer i denne typer konfliktmøter.

5.4 Implikasjoner for praksisfeltet

Denne studien er et bidrag inn i et felt som ikke er mye omtalt verken nasjonalt eller internasjonalt, om helsesøsters rolle i foreldrekonflikter etter samlivsbrudd. Hvilken betydning studiens funn kan ha for fagfeltet er vanskelig å si.

Deltakerne beskriver møter med barn og foreldre som preges av relasjonelle konflikter i hjemmet etter samlivsbrudd, og som også trenger tidligst mulig støtte for å håndtere konflikter og endringer, skape ny mening i tilværelsen og unngå uhelse. Studiens funn beskriver helsesøsters innsats og rolle slik den oppfattes og utføres per i dag, og disse beskrivelsene kan tenkes å være nyttig for å bli bevisst og forstå helsesøsters betydningsfulle rolle i dette området, både for tjenesten selv og samarbeidspartnere. Jeg tenker også at helsesøsters kunnskap om helsekonsekvenser for barn som følge av konflikt kan være til nytte for samarbeidspartnere med ansvar for barns oppvekstsvilkår.

Studien gir imidlertid også et bilde av helsesøsters rolle som per i dag ikke er godt nok beskrevet og avgrenset i dette området, og denne forståelsen kan være et bidrag i videre avklaring av dette. Studiens funn viser også til et kompetansebehov i tjenesten, og uavhengig av helsesøsters fremtidige rolle i foreldrekonflikter vil det kunne være nyttig å øke kompetanse på konflikthåndtering og dialog i konflikt.

Denne studiens oppmerksomhet på helsesøsters rolle i foreldrekonflikter kan være med på å tydeliggjøre helsesøsters betydningsfulle rolle for både barn og voksne i konflikt. Studiens funn som peker på betydningen av å komme tidlig inn og veilede og bevisstgjøre foreldre kan

også tenkes å være nyttig som grunnlag for videre utvikling og dimensjonering av forebyggende og helsefremmende arbeid i dette området.

5.5 Metodiske begrensinger ved studien

Studiens funn må tolkes med forsiktighet på grunn av metodiske begrensinger. En viktig begrensning er at studien omfatter kun en liten gruppe helsesøstre, og deres erfaringer kan ikke uten videre generaliseres. I den grad funnene kan generaliseres, vil de i størst grad kunne overføres til de samme faggruppene eller som inspirasjon til andre helsefaglige grupper som kan ha en sammenlignbar posisjon i arbeidet med barn og unge i konfliktfylte familier.

Fokusgruppen var riktig nok bredt sammensatt, med ulike arbeidsområder innenfor helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og spredning i alder og erfaringsgrunnlag, men kan likevel ikke tas til inntekt for at det er likelydende erfaringer i andre kommuner med den samme eller annen ressurstilgang i tjenestene. En annen faktor er at fagpersoner beskriver sine erfaringer om dialog og samarbeid med foreldre, men det er ikke sikkert at foreldrene dette gjelder deler helsesøstrenes syn. Dette kan det fremskaffes kunnskap om gjennom videre forskning der foreldrene selv blir spurt om sine erfaringer med møter med helsesøstre.

Jeg kan ikke ut fra denne studien vite at det bildet jeg har tegnet av helsesøstres erfaringer i møter med konfliktfylte familierelasjoner er representativt for alle helsesøstre. En hypotese er imidlertid at helsesøstres posisjon i denne delen av familiearbeidet er vesentlig viktigere enn de ga uttrykk for slik jeg oppfattet deltakerne i studien. Helsesøstre møter mange, men ikke alle barn, i slike konflikter, og det at de selv sier de ønsker å komme tidligere inn i foreldresamarbeidet av hensyn til barnet, impliserer at det blant annet også bør satses mer på kurs og opplæring av barn og foreldre for bedre å håndtere slike konflikter som brudd kan føre med seg. De er en gruppe med helseperspektiv og forebyggende fokus i arbeidet, og har barnets beste for øye.

5.6 Avsluttende kommentarer

Denne studien har tatt opp en problemstilling som i liten grad er belyst i nasjonal og internasjonal litteratur, nemlig helsesøsters rolle i foreldrekonflikt etter brudd. Arbeidet har gitt mye informasjon som det hadde vært god grunn til å gå nærmere inn på, men som utelates av plasshensyn. Studien har vist at det er sentralt å fokusere på relasjonen og dialogen med

foreldre i konflikt, og å komme tidlig inn av hensyn til barnas og foreldrenes helse. Helsesøstre står overfor utfordrende samhandling med foreldre i konflikt, både fordi konfliktene kan være store, og fordi det er økning i antall barn som lider under disse foreldrekonfliktene.

I tillegg er et vesentlig tema i studien at helsesøster arbeider med disse viktige og vanskelige sakene i et uavklart og utydelig landskap, for å sikre barns interesser og en helsemessig god plattform for voksenlivet. Samtidig viser studien at helsesøstre legger ned betydelig arbeid og innsats for å hjelpe og støtte barn, unge og foreldre gjennom disse konfliktene; et arbeid som er uhyre viktig for den enkelte, og som også svarer på helsesøstres samfunnsoppdrag.

Jeg siterer psykolog Magne Raundalen som i familievernets skriftserie 27.04.15 sier følgende:

”Vi har så mye kunnskap nå om hvilke skader, ja hjerneskader, barn får av å leve i hjemmemiljøer med vold og trusler. Vi er ofte mer opptatt av å beskytte privatsfæren enn barna. Jeg er redd dommen over vår tid kan bli at vi ikke fikk beskyttet de barna som hadde det verst. Vi har ikke tatt konsekvens av vår kunnskap om skadene.”

Det er generelt et stort barnefokus i dag, med vekt på trygge omgivelser, årvåkenhet for vold i nære relasjoner, og barns helse. Men det er likevel ikke nok, hvis barns beste forsvinner i foreldrenes konflikt og slik får forrang foran barns behov.

I forbindelse med utvikling av nasjonale retningslinjer problematiserer seniorrådgiver/lege Anders Smith i helsedirektoratet temaet ”Hva skal helsesøster gjøre?” i en artikkel av 07.11.14. Han sier at det er ulike forventninger til hva som bør prioriteres av oppgaver i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ut over lovpålagte ”skal”-oppgaver som vaksinerings, måling og veiing av barn. Dette er sannsynligvis til en viss grad avhengig av kommunens størrelse og hvordan kommunen velger å bruke helsesøsters arbeidskraft. Helsesøster forventes i større grad å skulle arbeide spesielt med barn og unge som har et eller annet problem som trenger helsefaglig oppfølging (Smith, 2014). Mange oppfatninger og forventninger til helsesøsters tjenester gjør at det er viktig å få avklart rollens ansvar og omfang også i foreldrekonfliktarbeidet, og gi grunnlag for større trygghet i utøvelse av rollen inn i dette viktige arbeidet for barn og foreldre.

Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten utarbeides og forventes ferdig høsten 2015. Tidligere veileder oppgraderes til nasjonal retningslinje, og disse er å betrakte som faglig normerende. Retningslinjen vil gi anbefalinger om helsestasjons- og skolehelsetjenestens faglige innhold, tverrfaglige samarbeid og anbefalinger for god praksis (Helsedirektoratet). Hvilken betydning dette eventuelt vil ha for helsesøsters arbeid med foreldrekonflikter er jeg ikke informert om, men det skal bli spennende å følge med.

Forhåpentlig kan denne studien bidra til inspirasjon og mer oppmerksomhet rundt helsesøsters viktige rolle i foreldrekonflikter. Samtidig utfordrer funnene og drøftingen praksisfeltet til en økt anerkjennelse av helsesøsters betydning i konfliktfylte foreldrerelasjoner.

Litteraturliste

Albæk, M. (2014). *Hva er sammenhengen mellom psykologiske traumer og hjernens utvikling?* Hentet 22.03.15 fra www.rvtssor.no

Albæk, M. og Steinkopf, H. (2014) *Hjernen formes av bruken*. Hentet 21.04.15 fra: <http://sor.rvts.no/no/nyhetsarkiv/2014/Hjernen+formes+av+bruken.9UFRrK2X.ips#.VWUHO1ntmko>

Amato, P.R. (2000) The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1269 - 1287.

Amato PR (2010). Research on Divorce: Continuing Trends and New Developments. *Journal of Marriage and Family* 2010; 72(3): 650-66.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How people Manage Stress And Stay Well*. Gyldendal akademisk

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.

Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre*. Hentet 23.april 2015 fra www.lovdatab.no

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2013). *Oppvekstrapporten 2013*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Barne-, ungdoms - og familiedirektoratet (2005) Kurs for foreldre med barn med spesielle behov. Oslo: Bufdir.
http://www.bufdir.no/Familie/Hjelp_til_parforholdet_og_familien/Hvamedoss/

Bateson G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.

BLD (2013). *Veileder for forholdet mellom barnevernloven og barneloven*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Becker, C.M. & Rhynders, P. (2012). It`s time to make the profession of health about health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 0, s. 1 - 3.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Bd.1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Bd.2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books. Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Bd.3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.

Braun, V. and Clarke, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26 (2). s. 120-123.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, s. 77-101.

Bretherton, I. & Munholland, K.A. (2008). International working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. I: J. Cassidy, & P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2.utg., ss. 102 - 127). New York/London: Guilford.

Breivik, K., Olweus, D. (2006). Children of divorce in a Scandinavian welfare state: are they less affected than US children? *Scand J Psychol* 2006; 47:61-74.

Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Harvard University Press

Dahl, Ø., Befring, K., Huseby, E.M. (2009). *Noen nyttige kommunikasjonsbegreper*. Hentet 03.05.15 fra: <http://ndla.no/nb/node/21947>

Dalland, O. (2012) *Metoder og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, T.J. (2010). Mekling – en kontekstuell modell. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(8), 734–742.

Ekeland, T.-J. (2014). *Konflikt og konfliktforståelse for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekteskapsloven. *Lov av 4.juli 1991 nr 47 om ekteskap*.

El-Sheikh, M. Buchalt, JA. Mize, J & Acebo, C. (2006). Marital conflict and disruption of childrens sleep. *Child Dev*: 77(1): 31-43.

El-Sheikh, M & Harger, J. (2001). Appraisals of marital conflict and childrens adjustment, health and physiological reactivity. *Dev Psychol* nr 37(6): 875-85.

Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. WHO. (Internett). <www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/DanaInfo=.awxyCizxvH5rzLv18+E92227.pdf>(nedlastet 23-08-2010)

Friedman, M. (2004). "The So-Called High-Conflict Couple: A Closer Look". *American Journal of Family Therapy*, 32(2), s. 101 - 117.

Gustavson, K., Nilsen, W. og Skipstein, A. (2012). *Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling: Konsekvenser for barn og unge*. Rapport 2012:2. Oslo: Folkehelseinstituttet

Getz, L. og Vogt, H. (2013) *Hva betyr frykt og konflikt for barns biologiske utvikling? Om stressresponser, epigenetikk og den formbare barnehjernen*. Art.04, 174-183 Oppvekstrapporten 2013. Oslo: Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.

Golimo, I. og Trøan, S. (2014). *Samarbeid mellom Familievernkontoret i Levanger og Inntrøndelag tingrett*. Rapport. Oslo: Barne-, ungdoms- og familie-etaten.

- Guldbrandsen, W (2013). Foreldrekonflikter etter samlivsbrudd: En analyse av samspill og kilder til det fastlåsende. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2013, nr 50, s 538 - 551.
- Guldbrandsen, W & Tjersland, O.A. (2010). Mekling ved samlivsbrudd: en oversikt over effektstudier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, nr 47 (8), 705-714.
- Halvorsen, K. (2010). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag- en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademiske forlag
- Harrison, L.J., & Ungerer, J.A. (2002). Maternal employment and infant mother-attachment security at 12 months postpartum. *Developmental Psychology*, 38, 758 - 773.
- Hart, S. (2012). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hetherington, E.M. & Kelly, J. (2002). *For better or for worse*. New York: Norton.
- Helsedirektoratet.no/helsestasjon-og-skolehelsetjeneste. (2004). Hentet 11.03.15.
Helsedirektoratet.forebygging.no. Hentet 21.03.14 fra:
<http://www.forebygging.no/en/Ordbok/F-K/Helsefremmende-arbeid/>
- Helsedirektoratet (2015). *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon - og skolehelsetjenesten (forventet ferdig 2015)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov av 24.juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Hertz, S. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hjort, P.F. (1993) *Om helsebegrepet og det forebyggende helsearbeid*. I: A. Bjørndal(red.). *Folkehelsen i Norden : hva er helsetjenestens rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeid?* Oslo: Folkehelseinstituttet.
- HOD (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Holter, H. (red.) (1975). *Familien i klassesamfunnet*. Oslo: Pax Forlag
- Hårtveit, H. og Jensen, P. (2004). *Familien - pluss en. Innføring i familieterapi*. 2. utgave Oslo: Universitetsforlaget.
- Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the art of thinking together. A pioneering approach to communication in business and in life*. New York: Currency and Doubleday.
- Isdal, P. (2000): *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Jensen, Per (2009): *Ansikt til ansikt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Jensen, P og I. Ulleberg (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jevne, K.S. og Ulvik, O.S. (2012). Grensearbeid: Barnevernets møte med foreldrekonfliktsaker. *Fontene forskning* 2/2012 side 18
- Johansson, P. (1996). Miljøterapeutiske tekniker i et salutogent perspektiv - ett forsök att applicera en teoretisk modell i en praktisk vardag. *Fokus*, s. 212 - 221.
- Johnsen, A. og Torsteinsson, V.W. (2012). *Lærebok i familieterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kelly, J. B. (2003). Parents with enduring child disputes: Multiple pathways to enduring disputes. *Journal of Family Studies*,9(1), 37-50.
- Kelly, J. B. (2002). Psychological and legal interventions for parents and children in custody and access disputes: Current research and practice. *Virginia Journal of Social Policy and Law*, 10(1), 129-163.
- Krokstad, S. og Knudtsen, M. S. (red.) 2011. *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08)*. Levanger: HUNT forskningssenter Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU Hentet 22.03.14 fra : <http://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Nr. 2. Oslo: Gyldendal Akademiske. 2.utgave, 3.opplag 2012
- Kvale, S. (2008). *Det Kvalitative Forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Harlow: Pearson Education.
- Langeland, E. (2011). *Salutogene samtalegrupper - en arena for økt mestring av velvære*. I: Lerdal, A. & Fagermoen, M.S. (red.). *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Gyldendal Akademisk. s. 208 - 236.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer - en kunnskapsoppsummering*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid NAPHA. Rapport 2014 (1).
- Leite, R.L. (2012). *Hvordan advokater forstår sin rolle i samværs- og barnfordelingssaker med påstand om vold*. Oslo: Det medisinske fakultet, UiO. (Masteroppgave i psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer, Institutt for klinisk medisin)
- Lerdal, A. og Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3,. (172-175).
- Maccoby, E. & Mnookin, R. (1992). *Dividing the child*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Madriz E. (2000). *Focus Groups in Feminist Research*. I: Denzin NK, Lincoln YS, (red) *Handbook of Qualitative Research*. 2. ed. London: Sage Publications, Inc.. s.835-50.

Madsen, A.D. (red.) (2012). *Far, mor og skilsmissten*. København: Dansk psykologisk forlag.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Markman, H., Stanley, S. og Blumberg, S.L. (2003). *Samlivsboken*. Oslo: Damm

Meld. St. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen - God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Mortensen, Ø. og Thuen, F. (2007). *Kunnskapsstatus om forskning på modeller for samlivskurs*. Bergen: Hemil-senteret, Universitetet i Bergen/Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Ness, O., Reitan, T., Meling, A., Kristiansen, L., Husby, L. og Ekeland, T.J. (2014) Barns fornemmelse for brudd. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 51, nummer 10, 2014, side 815-821

Nordhelle, G. (2007) *Mekling II Sentrale temaer i konflikthåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund (2008) *En informasjonsbrosjyre om helsesøstertjenesten*. Hentet 13.02.15 fra https://www.nsf.no/Content/396553/Helses%C3%B8ster_web1.pdf

NOU 2000: 2 s. 106-107 *Behandlingsreiser til utlandet*. Oslo:

Ottosen, M.H. , Stage, S. & Jensen, H.S. (2011). *Børn i deleordninger. En kvalitativ undersøgelse*. Rapport. København: SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Owen, M., & Cox, M. (1997). Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology*, 11, 152 - 164.

Pedersen, A.R. (2014). *"Det enkelte barnet er ikke vant til det"*. En kvalitativ studie av helsesøstres arbeid med skilsmissebarn. Tromsø: Det helsevitenskapelige fakultet, UiT. (Masteroppgave i helsesøsterfag)

Piercy, F.P.H. og Katherine, M. (2005). *Focus groups in family therapy research. I: D.H. Sprenkle og F.P.R. Piercy (red.). Research methods in family therapy*. New York: Guilford Press, kap 85-99.

Raundalen, M. (2015). Et liv for barn. *Familievernets skriftserie* 2010 (1), s. 10 - 15.

Rothenborg J. R. (2012). *Den dag gummibåden blev på land*. I: Madsen, A. D. (red.). *Far, mor og skilsmissten*. Viborg: Dansk psykologisk forlag.

Rød, P.A., Ekeland, T.-J. Thuen, F. (2008). Barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd: Problemforståelse og følelsesmessige reaksjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 45, nummer 5, 2008, s. 555-562.

Salner, M. (1989). Validity in human science research. I: S.Kvale (red.) *Issues of validity in qualitative research* (s. 47 - 72). Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Samlivssenteret Modum Bad (2005). *PREP samlivskurs*. Hentet 05.04 fra: <http://www.modum-bad.no/prep>

Seikkula, J., Arnkil, T.E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Shonkoff, J. (2013). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress *From the American Academy of Pediatrics*, 26.12.2011. Hentet 04.02.15 fra: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/12/21/peds.2011-2663.abstract>

Schore, A.N. (2001). The Effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.

Smith, A. (2014). "Hva skal helsesøster gjøre?" Artikkel. Hentet 11.mars 2015 fra: www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helsestasjon-og-skole/artikler/hva-skal-helsesoster-gjore.

Smith, J.A., Jarman, M. og Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. I: M. Murrey og K.R. Camberlain (red.). *Qualitative health psychology: Theories and methods*. London: Sage, kap 218-240.

Smith, J. A., Flower, P. and Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage

Smith, L. (2010) Omsorg for barn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, nr 47 (804-811)

Snyder, C. R. & Lopez, S.J. (2007). Positive psychology. The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths. *Thousand Oaks, California: Sage Publications Ltd.*

Solem, R.E. (2011). *Helsesøsters rolle i Samhandlingsreformen*. Hentet 24.05.15 fra: http://www.hnt.no/NordTrondelag/Nyheter/070911_Innspill%20Folkehelsekonferansen%20%202%20sept%202011.pdf

Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. Oslo: Helsedirektoratet.

Størksen I. (2011). *Barn, unge og foreldrenes samlivsbrudd*. I: Fortsatt foreldre - godt nok samarbeid etter samlivsbrudd. Oslo: Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.

Størksen, I., Røysamb, E. Gjessing, H.K., Mow, T. & Tambs, K. (2007) Marriages and psychological distress among adult offspring of divorce: a Norwegian study. *Scand J Psychol*; 48 (6) s. 467-76.

- Størksen, I., Røysamb, E., Holmen TL & Tambs, K. (2006). Adolescent adjustment and well-being: effects of parental divorce and distress. *Scand J Psychol*; 47 (1) s. 75-84.
- Sun, Y & Li, Y. (2002). Childrens well-being during Parents Marital Disruption prosess: A Pooled Time-series Analysis. *Journal of Marriage and Family*; 65 (2): 472-88.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tillgren P, Wallin E. (1999) Fokusgrupper - historikk, struktur och tillämpning. *Soc Med Tidsskr* nr 3 s. 12-21.
- Tjora, A. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Torsteinson, S. (2010). Tilknytningspsykologi til folket. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol 47, nummer 9, 2010, side 802-803.
- Ulleberg, I. (2004). *Kommunikasjon og veiledning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Retrieved from http://www.euro.who.int/_datalassets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
- Watzlawick, Paul et al (1967): *Pragmatics of Human Communication*. New York. London: Norton & Company.
- WHO (1986). Ottawacharteret. Hentet 13.01.15 fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO (1948). World Health Organisation institution. I: *Basic documents*. Genève.
- Ådnanes, M., Haugen G. M. D., Jensberg, H., Rantalaiho, M. og Husum, T.L. (2011) *Evaluering av mekling etter ekteskapslov og barnelov. Er meklingsordningen tilstrekkelig innrettet mot de vanskelige sakene, opplever foreldrene mekling som nyttig, og er barnets beste en rettesnor for avtalen?* Rapport SINTEF Teknologi og samfunn 2011-08-29. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS

Forskningsprosjektet ”Hvordan beskriver helsesøstre sine erfaringer med å møte familier som lever i konfliktfylte relasjoner?”

Hensikten er å få kunnskap om hvordan helsesøstre kan være til hjelp for disse familiene.

Mine forskningsspørsmål er følgende:

3. *Hva erfarer helsesøstre de gjør som er nyttig hjelp til familier med konfliktfylte relasjoner?*
4. *Hva erfarer helsesøstre de gjør som ikke er nyttig hjelp til familier med konfliktfylte relasjoner?*

TEMAGUIDE

Spørsmålene jeg vil fokusere i det første intervjuet er:

- Hva innebærer dine erfaringer som helsesøster i møte med familier med høyt konfliktnivå, og hvordan oppleves og beskrives disse erfaringene for deg og din situasjon?
 - Kan du gi noen eksempler?
- Hvordan foregår slike møter knyttet til situasjonen din?
 - Kan du gi noen eksempler?
- (Hvordan virker disse møtene inn i forhold til målene dine og hverdagen din?
 - Kan du gi noen eksempler?) ?
- Hva kjennetegner gode erfaringer?
 - Kan du gi noen eksempler?

- Hva kjennetegner dårlige erfaringer?
 - Kan du gi noen eksempler?
- Kan du si litt om hva konflikt betyr for deg?
- Kan du gi noen eksempler på situasjoner der du virkelig følte at du mestret konfliktfylte møter og var til hjelp for familien? (Samfunnstilhørighet)
- Kan du gi noen eksempler på situasjoner eller steder der du ikke følte at du mestret konfliktfylte møter? (Samfunnstilhørighet)
- Opplever du at det å mestre møter med familier preget av konflikt har betydning for trivsel- og livssituasjonen din? (Samfunnstilhørighet)
- Hva tenker du om din rolle som helsesøster om det å være en del av et forebyggende og helsefremmende system?
- Hva tenker du som helsesøster om din yrkesrolle og betydningen av det sosiale samspillet med familiene for å bidra til å sikre en positivt forsterkende prosess for den enkeltes helse, og familien som helhet?

I det andre intervjuet vil jeg fokusere på:

- Informantenes refleksjoner etter første intervju, for å kunne utdype de erfaringene de beskrev.

Temaguide andre intervju

- Oppsummering/tilbakemelding på tema som løftes frem fra første intervju.
- Refleksjoner/spørsmål hos informantene etter første intervju?
- Informantenes refleksjoner etter første intervju, for å kunne utdype de erfaringene de beskrev.
- Hvilken kunnskap og hvilke verdier, håp, intensjoner tenker du som helsesøster er viktig i møte med a) familien b) barna?
- Hvordan praktiseres denne kunnskapen? Hvordan praktiseres denne verdien? (Hva gjør /sier du som får dette frem?)
- Hva tenker dere at ulike samarbeidspartnere vil si om helsesøstertjenestens rolle ifht den typen konflikter vi her snakker om? (Mitt perspektiv er at tjenesten er ”frontlinje” for barnas situasjon og helseutvikling – språkbruk og forventninger)
- Konflikt – harmoni: hva tåler vi/hva tåler vi ikke?
- W.Guldbrandsen om foreldrekonflikter etter brudd – om å være oppmerksom på temaer som aktiverer de opprørte følelsene – hvordan møte det hos foreldre i konflikt?
- Dine tanker og ideer om hva som er ditt ansvar som helsesøster her?
- Hva tenker du er andres og/eller egne forventninger til deg som helsesøster og hvordan preger dette dine vurderinger av hvor langt du skal gå i hjelperrollen, (fikse, ordne, gjøre godt) og når du skal sette strek?

Forespørsel om deltakelse i fokusgruppe i forskningsprosjekt/masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis 2014-2015, Diakonhjemmet høgskole Oslo

”Hvordan beskriver helsesøstre sine erfaringer med å møte familier som lever i konfliktfylte relasjoner?”

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltagelse i to fokusgruppeintervjuer der hensikten er utforske helsesøstres erfaringer med å møte familier som lever i konfliktfylte relasjoner.

Målet er å lære mer om og bidra til større forståelse av hvordan det er for fagpersoner å samarbeide og samhandle med og rundt personer i familier med konfliktfylte relasjoner. Spørsmålene jeg vil diskutere i fokusgruppene dreier seg om hvordan samarbeid og samhandlingen foregår, og konkrete erfaringer med gode møter og vanskelige samarbeidssituasjoner. De som forespørres skal arbeide som helsesøster på helsestasjon eller skolehelsetjeneste og ha klinisk erfaring med målgruppen.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker jeg å gjennomføre to fokusgruppe-intervju på to timers varighet med 6-8 personer. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Intervjuene gjennomføres i perioden august – desember 2014.

Veileder på masteroppgaven er førsteamanuensis Ottar Ness, ansatt ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Studieleder er høgskolelektor Hans Christian Michaelsen, Diakonhjemmet høgskole, Institutt for familieterapi og sosialt arbeid.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at jeg som forsker vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 1.12. 2015.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte Astrid Selset, tlf. 95 25 82 52 eller e-post: astrid.selset@gmail.com. Du kan også ta kontakt med veileder førsteamanuensis Ottar Ness, tlf: 90 12 53 12, e-post: ottar.ness@hbv.no

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Jeg står ansvarlig for behandling av innsamlede data.

Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Tilgang til datamaterialet

Det er kun undertegnede som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når masteroppgaven blir offentlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg om å underskrive samtykkeerklæringen og postlegge svarkonvolutten. Når jeg har mottatt denne vil du bli kontaktet av meg.

Vennlig hilsen

Astrid Selset
Masterstudent i familierapi og systemisk praksis
Diakonhjemmet høyskole Oslo

Steinkjer 30.06.14

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Astrid Selset, forsker, dato) Ottar Ness, veileder



Region: REK midt	Saksbehandler: Karoline Bjørstad Bergset	Telefon: 73597509	Vår dato: 03.06.2014	Vår referanse: 2014/1006/REK midt
			Deres dato: 30.05.2014	Deres referanse:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				

Astrid Selset

2014/1006 Helsesøstres arbeid med konfliktfylte relasjoner

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 30.05.2014. Henvendelsen ble behandlet av komiteens leder på fullmakt med hjemmel i helseforskningsloven § 2, forskningsetikkloven § 4 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10.

Bakgrunn og formål

Masteroppgave som handler om helsesøstres erfaringer med familier (barn/unge) som lever i konfliktfylte relasjoner. Formålet er å få kunnskap om hvordan helsesøstre kan være til hjelp for disse familiene. Det er helsesøstres tanker og erfaringer som er i fokus. Det skal gjennomføres fokusgruppeintervju.

Vurdering

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Vi gjør oppmerksom på at dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektplanen, må det sendes inn en ny fremleggingsvurdering.

Prosjektet fremstår ikke som medisinsk og helsefaglig forskning, men som annen type forskning. Prosjektet er i henhold til helseforskningslovens § 2 og § 4 ikke fremleggingspliktig, og kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Vedtak

Prosjektet er ikke fremleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Karoline Bjørstad Bergset
Seniorkonsulent

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningssenter 7489
Trondheim

E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK midt, not to individual staff



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

Hans Christian Michaelsen
Institutt for sosialt arbeid og familierapi Diakonhjemmet Høgskole AS
Postboks 184 Vinderen
0319 OSLO

Vår dato: 18.06.2014

Vår ref: 38950 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.06.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

38950	<i>Hvordan beskriver helsesøstre sine erfaringer med å møte familier som lever i konfliktfylte relasjoner?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hans Christian Michaelsen</i>
<i>Student</i>	<i>Astrid Selset</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no