



Ellen Ramvi og Kjersti Juell
Stavanger

Høge ideal i en vanskelig virkelighet. En fortolking av helsesykepleieres emosjonelle erfaring i barneskolen

I denne artikkelen har vi tatt utgangspunkt i en studie der vi har undersøkt helsesykepleieres opplevelse av å ha samtaler med skolebarn i alderen seks til tolv år, og hvilke emosjonelle erfaringer slike barnesamtaler har gitt helsesykepleierne. Artikkelen anvender et psykodynamisk perspektiv i fortolkningen av helsesykepleiernes erfaringer.

Bakgrunn

Beregninger fra Folkehelseinstituttet viser at mellom 15 og 20 prosent av barn og unge har så betydelige psykiske plager at det går utover deres daglige fungering. Mange av disse barna kan sannsynligvis klare seg godt dersom de får tilbud om lavterskelhjelp og tidlig intervensjon, heter det i «Mestre hele livet» (Regjeringen, 2017 s 41). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er i en særskilt posisjon med tanke på forebygging og tidlig avdekking av psykososiale problemer fordi nesten alle barn i Norge og deres familier møter helsesykepleier i forbindelse med helsekontroller.

I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i de opp-

gaver helsesykepleier er pålagt i skolehelsetjenesten for barn under 12 år (jf. forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 6). Helsesykepleiers oppgaver er her blant annet knyttet til helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid, samt å kartlegge for å avdekke risiko for psykiske vansker/problemer og skjevutvikling, hos barna. Herunder blir det forventet en særlig oppmerksomhet på å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt, og sørge for tilbud om nødvendig oppfølging og hjelp. De nasjonale faglige retningslinjene (Helsedirektoratet, 2019) utdypes overfor skolehelsetjenesten at det kan ta tid før barn åpner opp og snakker om alle ting de kan ha behov for å ta opp, og at barna må få tilbud om å komme igjen

dersom det virker som det er andre ting de kan ha behov for å ta opp enn det som uttrykkes innledningsvis. Lovverk og retningslinjer fra nasjonale helsemyndigheter fremhever som vi hører, at veiledning og rådgivning gjennom barnesamtaler hører til helsesykepleiers oppgaver.

I 2018 ble det tilført ekstra midler til kommunene for å øke antall helsesykepleierstillinger i skolehelsetjenesten. Dette gir i dag økte muligheter for å gjennomføre helsefremmende arbeid, inkludert samtaler med barn i barneskolen. Det er imidlertid lite forskning som dreier seg om hvordan helsesykepleier opplever å ha ansvar for slike samtaler, og hvordan disse berører helsesykepleier. Med forventet økning i andel barnesamtaler i skolehelsetjenesten, er en slik forskning viktig. Innsikt i helsesykepleieres følelsesmessige erfaringer av å skulle møte elever som sliter og har det vanskelig, kan bidra til utvikling av tjenesten.

Psykodynamisk perspektiv

Barnesamtalen kan betraktes som en omsorgsaktivitet. Gerd Abrahamsen (2015) sier i sin bok om det nødvendige samspill, at omsorg innebærer å være i stand til å ha noen i tankene, at en klarer å ta en annens perspektiv og møte den andre ved å sette til side egne behov. For å være i stand til omsorg må helsesykepleier finne en balanse mellom nærhet og distanse til barnet, slik at hun kan romme barnets vonde følelser uten selv å bli overveldet av følelsene. Wilfred Bion (1962) beskriver hvordan spedbarnet er helt avhengig av at det er «noen der» som kan ta imot, romme og tolke barnets ulike uttrykk og signaler. Han tenker at dette er en helt grunnleggende funksjon og er opptatt av morens evne til å utføre denne funksjonen. Han beskriver hvordan et spedbarn verken har kapasitet til å tåle eller tenke om den smerten det opplever, som sult, kulde eller frykt. Alt barnet kan gjøre når det blir overveldet, er å gråte og vise sitt ubehag gjennom bevegelser og mimikk. Gråten og spebarnets kroppslige uttrykk, fungerer som en projeksjon av smerten, og tilkaller omsorgspersonen. Omsorgspersonens sensitivitet for denne projeksjonen, gjennom å ta denne smerten inn i seg og la seg påvirke av den, medfører at hun kan ivareta barnets behov. For barnet og moren representerer disse projeksjonene (projektiv identifikasjon) den

tidligste form for kommunikasjon samtidig som det også reduserer barnets smerte. Det er denne prosessen der omsorgspersonen tar imot og omformer barnets «ufordøyde» følelser og gir dem tilbake til barnet i en «fordøyd» form, Bion kaller for containerfunksjon (Bion, 1962). Bion, hevder at containerfunksjonen legger grunnlaget for personlighetsutviklingen, og at denne funksjonen er nødvendig for menneskets evne til å utvikle evnen til å tenke. Det å føle seg rommet og forstått er imidlertid noe vi har behov for hele livet. Helsesykepleier vil også selv ha behov for en person og et sted der hun blir møtt på denne måten (containment) når arbeidet medfører erfaringer eller opplevelser det er vanskelig å romme. Hun vil trenge hjelp og støtte gjennom at noen er der for henne, slik at erfaringene omformes til noe som kan tåles og som kan tenkes om. Vi har nevnt at det er viktig at helsesykepleier har en evne til å være i emosjonell kontakt med barnet, klare se barnets smerte og behov og handle deretter (Foster, 2001). Dette kan være tungt og emosjonelt belastende. Det kan med andre ord være vanskelig for helsesykepleier å romme følelsene hun får gjennom slike erfaringer. Dersom møtet med barnets smerte i en samtale blir for overveldende, kan denne erfaringen gi opphav til at hun forsvarer seg mot å ta inn emosjonelt det barnet projiserer, heller enn at situasjonen åpner for en dypere forståelse av barnet og for videre læring og utvikling. Karakteristisk for psykologisk forsvar er at det bidrar til at individet (her helsesykepleier) unngår å kjenne på følelser det er vanskelig å romme.

Det er med dette perspektivet vi ønsker å utforske og beskrive helsesykepleieres emosjonelle erfaring med samtaler med barn i skolen.

Metode

Vi gjennomførte en kvalitativ intervjustudie med en fenomenologisk hermeneutisk metode med et livsverdensperspektiv (Lindseth & Nordberg, 2004). Konkret foretok vi seks individuelle intervju av helsesykepleiere som arbeidet i skolehelsetjenesten. Disse seks arbeidet i tre forskjellige kommuner. Intervjuene ble gjennomført fra oktober til desember 2019. Deltagerne hadde på tidspunktet for intervjuet fra to til femten års erfaring med barnesamtaler i skolen. Alle intervjudeltakerne var

kvinner. Dette var tilfeldig, men ikke uvanlig da et stort flertall av helsesykepleiere i Norge er kvinner. Intervjuene ble foretatt på helsesykepleiernes arbeidsted, og varte fra 45 til 80 minutter. Det ble benyttet et semistrukturert intervju med åpne narrative spørsmål for å få frem intervjudeltakernes erfaringer fra sitt daglige yrkesliv med barnesamtaler. Helsesykepleierne ble bedt om å fortelle om relasjoner til barn i barnesamtaler som hadde berørt dem, om historier der de hadde erfart å lykkes og historier de hadde opplevd som mindre vellykkede. Målet med intervjuformen var at forskeren skulle lede så lite som mulig, for å la deltakerne fritt komme med sine historier. Intervjuene, som ble foretatt av annenforfatter, ble tatt opp på diktafon og transkribert kort tid etter intervjuene. Studien ble meldt til Norsk senter for forskningsdata, NSD (958674).

Intervjumaterialet ble analysert ved hjelp av en fenomenologisk hermeneutisk fortolkningsmetode der man beveger seg mellom helhet og ulike deler, mellom forståelse og forklaringer. De tre analysefasene er 1) naiv lesing 2) strukturell analyse og 3) fortolkning av helheten. I den første fasen leser vi gjennom de transkriberte intervjuene flere ganger. Vi skriver ned våre umiddelbare inntrykk av helheten av hvert intervju for deretter å se intervjuene sammen igjen og skape oss en første og tentativ helhetsforståelse av alle intervjuene. Denne første analysefasen danner på denne måten et bakteppe for de to neste analysefasene, og vil hele tiden virke inn på og bli en del av vår forståelse i de to neste fasene. I den strukturelle analysen handler det om å finne meningsenheter og tema. Vi valgte å starte med å skille ut hele narrativer fortalt i intervjuene (fortellinger om relasjoner til barn som hadde berørt dem, fortellinger om relasjoner de opplevde de lykkes og fortellinger om relasjoner de opplevde som mindre vellykkede). Vi identifiserte til sammen 17 slike narrativer og vi betraktet hvert narrativ som en meningsenhet. Vi stilte samme spørsmål til hvert narrativ: Hva handler denne historien om? Hva vil helsesykepleier fortelle? Vi valgte til slutt ett sitat fra hvert av de 17 narrativene som vi syntes ga en god beskrivelse av meningen med narrativet. Deretter fortsatte vi en møysommelig prosess med å gruppere sitater (med tilhørende narrativ) som hadde felles emosjonelt meningsinnhold, og ente til slutt med å identifisere tre tema uttrykt gjennom tre av sita-

tene. Etter den strukturelle analysen (presentert i resultat delen) gjennomførte vi den tredje analysen fasen, fortolkning av helheten. Her gjorde vi teoretiske fortolkninger av det som var kommet frem i den strukturelle analysen for å oppnå en dypere forståelse av teksten.

Studien er avgrenset til helsesykepleiers erfaringer og omhandler derfor ikke barnets problemstillinger, eller hvordan barnet best kan hjelpes.

Resultat

Her presenterer vi resultatet av den strukturelle analysen. Vi bruker et sitat som uttrykk for et tema for å holde denne delen av analysen deltager-nær. I denne delen gjøres ingen teoretiske fortolkninger. Vi bruker i størst mulig grad helsesykepleiernes egne ord og uttrykk for å få fram deres opplevelser. Temaene er som følger: (1) «Eleven la bare hodet ned på pulten og ga meg ingen kontakt» (2) «Klarer jeg å hjelpe noen i denne jobben?» (3) «Vi trenger å se resultater i denne jobben og»

Eleven la bare hodet ned på pulten og ga meg ingen kontakt

Alle helsesykepleierne ga uttrykk for et sterkt ønske om å komme i posisjon til å hjelpe barnet med det som var vanskelig. De ønsket å få en slik kontakt at barna åpent fortalte om det som plaget dem. Helsesykepleierne fortalte om en god relasjon til barnet og en opplevelse av å lykkes, av å gjøre godt, når barnet betrodde seg om livet sitt, og på den måten ga uttrykk for trygghet og tillit i samtalen. Dette kom fram på ulike måter gjennom intervjuene. Ruth hadde for eksempel en historie om en uventet betroelse fra en elev: «Hun [eleven] fortalte hvor vanskelig det var for henne. Det var ei sånn tøff jente, og likevel valgte hun å fortelle det. Jeg følte faktisk litt stolthet fordi hun torde det, jeg gjorde det. YES hun torde komme til meg med det Ruth legger imidlertid til: «...men det er jo ikke lett å høre på hvordan de [barna] har det, det må jeg innrømme...».

Motsatsen til å føle seg stolt ble beskrevet av helsesykepleierne som situasjoner der barnet ikke snakket eller ikke ga kontakt. Mette sa for eksempel at hun undret seg over om det overhodet var mulig å få en relasjon til et barn som ikke vil snak-

ke, og Siri fortalte «Jeg hadde en elev i en av de lavere klassene der eleven bare la hodet ned på pulten og ikke hadde kontakt med meg. Den samtalen berørte meg. For jeg visste at dette var en sårbar elev, som av ulike årsaker, som jeg ikke har klart å finne ut, ikke synes det er så veldig kjekt å være på skolen. Og det sa han veldig tydelig; at han opplevde skolen som et fengsel og skolen ødela livet hans. Og det var veldig vanskelig å snakke med denne eleven, for han sa bare disse tingene».

Siri hadde en sterk opplevelse av at det var «noe» dette barnet strevde med, og hun ønsket at eleven kunne snakke om det. Hun ble berørt av at hun ikke fikk kontakt og sa videre: «Det vekker jo mange følelser, utilstrekkelighetsfølelser. Det er jo en frykt som vekkes i meg (...) Jeg tenker at den der følelsen av utilstrekkelighet når et barn ligger helt fortvilt med hodet ned på pulten gjemt i armene sine og prøver å gjøre seg liten, usynlig ikke sant, og man har jo så lyst til å ta ifra dem ubehaget».

Det synes klart at det å lykkes med barnesamtalen var å få en relasjon der eleven åpnet seg om sine problemer. Når dette ikke skjedde følte helsesykepleier på utilstrekkelighet. Det snek seg inn en tvil på om hun brukte riktige ord for å nå inn til barnet, eller om hennes måte å bygge relasjon på ikke ble riktig, når eleven forble taus og ikke ga kontakt.

Klarer jeg å hjelpe noen i denne jobben?

Helsesykepleierne følte mange ganger på at de ikke strakk til. Mette sa dette i klartekst: «Jeg blir jo berørt på en måte, jeg føler kanskje litt ofte på en sånn hjelpeløshet. At... hvordan skal jeg si,.. hva skal jeg gjøre for å hjelpe denne ungen? Hjelper det? Forstår du? Hjelper det at du snakker med denne ungen? (...) Følelsen av å ikke strekke til er vondest».

Alle helsesykepleierne snakket om følelser av hjelpeløshet, avmakt og tvil. Tvilen ble knyttet til om samtalen de hadde med barna hjalp, om de hadde kompetanse nok, om de gjorde en god nok jobb. Det var tydelig hvor lett og godt det var å gjøre tiltak som barn og familie satte pris på. Problemene oppsto når tiltakene helsesykepleier satte i verk vekket motstand i barnet og familien. Det kunne for eksempel dreie seg om å melde til barnevernet. Ruth fortalte om ei jente som opplevde

vold i hjemmet: «Jeg vet jo at jeg må melde til barnevernet. Jeg vet jo at det blir tøft for henne og moren. Det er nok denne følelsen av at hun [barnet] tenker at det skal bli lettere når hun forteller det til meg. At hun tenker at jeg skal hjelpe henne på en enkel og lett måte, og så vet jeg at apparatet blir satt i gang og at det ikke er så mye lettere.» Ruth fortsatte: «følelsene som kommer avhenger av om jeg opplever at barnet får hjelp». Det var vanskelig for Ruth at barnet ble sint på henne fordi hun meldte saken til barnevernet. Ruth mistet kontakten med barnet etter dette. Tvilen på hva som hadde vært riktig slo inn – og Ruth sa hun trengte faglig styrke og trygghet.

Elin ønsket å vise barna at hun tålte å høre alle problemene deres, men inni seg – sa hun – kjente hun på fortvilelse. «Jeg kjenner på sorg overfor dette barnet at barnet har det sånt. Det er vondt av og til å gå hjem, for jeg klarer ikke å legge vekk følelsene mine». Elin sa hun vet det er forventet av henne at hun skal legge følelsene vekk. Men sånn er det ikke. Hun er alene på skolen og kollegene er ikke tilgjengelig for samtale der og da. «Når jeg går inne med for mye, så kjenner jeg at skuldrene heiser seg, jeg blir stiv i kroppen, en blir litt tom kanskje. Sånt kjenner jeg på i de situasjonene».

Siri fremhevet det store ansvaret en helsesykepleier har når hun får informasjon om vanskelige ting fra barnet. Hun antydte at ansvaret også kunne bli for stort. Hun sa: «Spesielt i situasjoner der redselen vekkes, den utilstrekkeligheten, jeg må jo lagre følelsen en eller annen plass der det ikke tar for mye av oppmerksomheten, da tenker jeg at blir det for vanskelig, så må jeg jo snakke med noen som kan veilede meg. Da snakker jeg ofte med min leder og kollega som er veldig erfaren, bare for å ha delt det med noen, så det er til god hjelp».

Grete sa også at hun følte seg alene og at ansvaret hun følte for barna var tyngende. Hun spurte seg selv: «Gjør jeg en jobb for noen egentlig? Er det bra det jeg gjør?» Dette fører oss over til neste tema.

Vi trenger å se resultater i denne jobben og.

Som vi har hørt tvilte helsesykepleierne på om de klarte å hjelpe barna på en god nok måte. De følte på stort ansvar og ofte på ensomhet og hjelpeløshet

overfor problemene de sto overfor. Vi hørte også at deres egne idealer for en god relasjon var høge. De ønsket å få en slik kontakt med barna at disse åpent fortalte om det som plaget dem. Nå skal vi høre at helsesykepleierne også opplevde forventninger til barnesamtalene fra andre, som var vanskelige å møte. Ruth fortalte for eksempel at hun følte forventninger om å skulle løse umulige saker: «Det er sånn håpløshet. Det er [elever på] yngre trinn der de har vondt i magen. Og så klarer ikke foreldrene å finne ut hvorfor de har vondt i magen, og så klarer ikke lærerne det. Og så skal vi finne ut hvorfor de har vondt i magen! Og det er jo bare så vanskelig! Åh, jeg skal ikke si at det er umulig, men det er kjempevanskelig å finne ut».

Elin opplevde at det var forventninger til at hun skulle klare å fikse problemer: «Det kjennes litt frustrerende. For det kjennes som 'gå til helsesøster, så fikser helsesøster det. Helsesøster er løsningen'. Men så handler det om noe dypere enn som så. (...) så [jeg] kjenner jo litt frustrasjon når jeg får et barn eller en hel jentegjeng som kommer til helsesøster og så er oppgaven «løs mobbeproblematikken. (...) Dette synes jeg er noe av det vanskeligste for det ligger så mye i navnet helsesykepleier, at vi skal ordne opp. Og jeg sitter med mange mobbesaker, mange, mange, mange». Elin sa det ga en følelse av avmakt og håpløshet. Hun sa hun har lært at det gjelder å ikke å ha så store forventninger til seg selv.

Det er derfor ikke underlig at helsesykepleierne gir uttrykk for ønske om konkrete oppgaver med synlige resultat. Når Elin skulle fortelle om en situasjon hun virkelig følte hun fikk det til, i barnesamtalen, fortalte hun om et barn hun fulgte opp i forhold til overvekt. En situasjon der resultatet for en gangs skyld bokstavelig talt kunne veies og måles. Elin opplevde å hjelpe barnet til å gå ned i vekt, og sa det ga henne en følelse av mestring.

Grete, sa hun ønsket å ta hånd om en konkret problemstilling og løse den når barna kommer til henne med den. Hun fortalte for eksempel om en elev som hadde veldig stor angst for sprøyter. Grete sa hun brukte god tid på samtaler for å trygge eleven, og det endte med at eleven selv foreslo at han nå kunne få vaksinen. Denne situasjonen ga Grete mestringsfølelse og glede. Hun fortalte: «Ja da følte jeg, yes, nå har jeg i hvert fall oppnådd noe. Vi trenger å se resultater i denne jobben og, jeg har i hvert fall lyst til det. Det var jo at jeg følte at jeg

kunne hjelpe noen på vei. Ja, mestringsfølelse og positive tanker om jobben, at dette er en jobb som jeg kan gjøre noe i. For meg er det viktig at jeg kan gjøre en forskjell for folk. At det er noen vits i at jeg i det hele tatt er her».

Mette uttrykte noe av det samme da hun sa at det var tilfredsstillende når eleven ga uttrykk for at det var godt å snakke med henne. «Jeg føler meg nyttig. Jeg trenger den følelsen av at de liker meg og når du får gode relasjoner og du får den tilbakemeldingen eller at jeg ser at de liker å være med meg. Det er en god følelse». Berit sa: «Det er ikke alltid så mye som skal til for å hjelpe [elevene], altså de føler seg bedre og de går smilende ut av kontoret og læreren kommer og sier at de [eleven] har vært så glad i dag. Og da tenker jeg at det er viktig».

Fortolkende analyse

Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive helsesykepleiers emosjonelle erfaring av å ha samtaler med barn i skolen. Mer konkret ønsket vi å få kunnskap om hvordan samtalen utfordret og berørte helsesykepleier, og hvilken støtte helsesykepleier opplevde å ha for slike samtaler. I denne siste analyse fasen vil vi drøfte og teoretisere rundt det som er kommet fram i den foregående analysen. Her hørte vi at selv om samtalen med barn kunne gi helsesykepleier følelse av mening, mestring og profesjonalitet ga samtalen også helsesykepleier følelse av tvil, mangel på mestring og følelsen av å være uprofesjonell. Følelser av avmakt og hjelpeløshet gikk igjen. Ut ifra vårt psykodynamiske perspektiv kan slike følelser av avmakt og hjelpeløshet ubevisst føre til at helsesykepleier unngår samtaler med barn, (eller hun klarer ikke å vise den nødvendige åpenheten for det barnet har å fortelle i samtalen). Slike ubevisste reaksjoner kan få store konsekvenser for det arbeidet hun er forventet å gjøre i skolehelsetjenesten. Vi vil gå nærmere inn i en slik fortolkning.

Høge ideal kan gi opphav til forsvar

Det første vi vil diskutere er idealet for den gode relasjonen – som er kommet fram i analysen. Vi vil sette fram en påstand om at dette idealet kan

komme til å virke mer hemmende enn fremmende for helsesykepleiernes relasjonsarbeid.

Helsesykepleier ønsker å få til en nær og god relasjon til barnet, der hun får vist sin omsorg. Barnet i denne ideelle relasjonen, viser tillit og åpner opp og forteller om seg selv og det som er vanskelig. I realiteten hører vi imidlertid at helsesykepleier ofte erfarer usikkerhet, avmakt og hjelpeløshet i relasjon til barnet, og barnet på sin side er taust, sint eller på andre måter aviser kontakten. Et slikt sprik mellom ideal og virkelighet kan utfordre helsesykepleiernes opplevelse av å ha verdi som yrkesutøver, og kan true deres (yrkes)identitet.

Når vi hører helsesykepleierne fortelle om hva de ønsker å oppnå i de gode relasjonene til barna får vi assosiasjoner til fantasien om den perfekte mor. Ramvi og Davies (2010) hjelper oss å utdype en slik assosiasjon da de framsetter en påstand om at kvinnelige relasjonsarbeidere bærer med seg et samfunns-kapt stereotyp, idealisert kvinne/mors ideal inn i arbeidet, som implisitt kommer fra fantasien om den perfekte gode mor (vårt indre idealiserte omsorgsbilde fra vi var spedbarn). Idealet (både det ytre og det indre) om å ha stor evne til omsorg og nærhet, kan føles vanskelig og skamfullt ikke å klare å leve opp til, kanskje særlig for en kvinne. Vi hørte for eksempel en av helsesykepleierne si at følelsen av utilstrekkelighet i relasjonen ga henne en følelse av frykt. Vi kan anta at følelsen helsesykepleierne beskriver av å ikke strekke til vil påvirke ikke bare helsesykepleierens profesjonelle yrkesmessige selvtillit, men også den personlige. Helsesykepleier kan oppleve skam når de blir avvist og ikke anerkjent i relasjonen, og skammen kan få dem til å føle seg lite verdt (Binder, 2011). På denne måter ser vi hvordan personlig og profesjonell identitet er vevd sammen i relasjonsarbeid (Ramvi, 2015). I relasjonen møter altså helsesykepleierne sårbarhet både i seg selv og hos barnet. I den ideelle relasjonen helsesykepleierne beskriver syns det ikke plass for helsesykepleiernes egen sårbarhet.

Sårbarheten i relasjonene kommer til uttrykk som vi har hørt gjennom følelser av håpløshet, og tvil, de føler seg alene med ansvaret, og de sier de har behov for tilbakemeldinger og respons på det de gjør. Isabel Menzies-Lyth skriver om frykten som kommer når beslutninger må tas alene. Dette gjelder ikke bare når det er fare for å gjøre alvor-

lige feil, men også små og mindre betydelige beslutninger, hevder hun i sitt klassiske «paper» fra 1959. Hun forklarer hvordan denne frykten kan gi opphav til et sosialt forsvar der en forsøker å gi ansvaret til andre – gjerne oppover i systemet. Det uttrykte ønsket helsesykepleierne har om mer kompetanse og hjelp kan blant annet fortolkes inn i denne sammenheng som en måte å legge ut problemet, som i et sosialt forsvar. Likeledes kan ønsket om å se konkrete resultater på konkrete problemer være et forsvar mot utmattelsen ved å stadig føle på tvil og hjelpeløshet i samtale med barn. Konsekvensen av et slikt forsvar kan imidlertid være at helsesykepleier prioriterer konkrete oppgaver framfor samtaler med barn om mer komplekse forhold, der utryggheten og sårbarheten kjennes mer påtrengende.

Det er naturlig å føle seg hjelpeløs når man lytter til barnets historie, spesielt når man opplever at det ikke er noe man kan gjøre for at barnet skal få det bedre (Fox, 2002). Likeledes er tvilen helsesykepleierne gir uttrykk for, vanlig i prosesser der samtaler er nødvendige virkemidler. Det blir om å gjøre å finne en hensiktsmessig balanse i det å slippe tvilen til uten å miste tillit til seg selv (Nissen-Lie et al., 2017). Tvilen kan være positiv for samtalen i den forstand at den medfører at helsesykepleier i barnesamtalen er åpen for å lytte og endre forståelse og endre sitt bidrag til relasjonen med barnet. Tvilen kan imidlertid også virke begrensende på samtalen, og kan gi økt risiko for å bli utslitt og utbrent (Isdal, 2017). Deena Mandell (2008) skriver i en artikkel om å bruke seg selv («use of self») i barnevernsarbeid, og hun understreker at når helsearbeidere kommer til et punkt da de er følelsesmessig utmattet, har de en tendens til å distansere seg fra den de skal hjelpe, for å minimere intensiteten av den følelsesmessige opplevelsen. Vi er redde for at nettopp dette kan skje med helsesykepleierne om ikke de emosjonelle erfaringer fra relasjonene løftes frem og bearbeides.

Som vi har forsøkt å skrive fram i denne fortolkningen av materialet, er vi redde for at helsesykepleiernes ideal for sine relasjoner til barna blir for snever og kan komme til å øke helsesykepleiers sårbarhet og dermed øke faren for at helsesykepleier paradoksal nok forsvarer seg fra å gå inn i relasjoner til barn i skolen.

En relasjon å vokse i.

I det psykodynamiske perspektivet vårt bruker vi fortsatt mor-barn relasjonen til å forstå helsesykepleierens erfaringer, men forståelsen er den at mor og barn skaper hverandre, og at ambivalente følelser, tvil og hjelpeløshet er en del av relasjonen som også gir grobunn for vekst. En slik relasjon har lite å gjøre med et idealisert kvinne/mors ideal.

Likierman (1988) har tanker knyttet til det moderlige idealet som det kan være interessant å overføre til helsesykepleierens situasjon. Hun hevder at i tilfeller der en snakker om morens projeksjoner i en mor-barn relasjon blir dette ofte referert til for å forstå patologiske prosesser. Likierman gjør et poeng av at denne måten å tenke på utelater i for stor grad morens narsissistiske behov for å vise og uttrykke den gode, kjærlige delen av seg selv, og å få sin verdi bekreftet og verdsatt. Hun ser for seg at moren har egne "interesser" i forholdet til barnet. Moren elsker barnet sitt også for sin egen skyld, i egen interesse. Likierman drar selv paralleller til andre relasjoner også, slik som for eksempel parforhold. Ingen vil nøle med å mene at begge parter i relasjonen har et behov for gjensidig 'self-expression', hevder hun (1988, p. 29).

Det blir lett å trekke en parallell til helsesykepleierens relasjoner. Gjennom vår studie hører vi at helsesykepleier har sterke egne behov for bekræftelse i møte med barna. Deres idealer knyttet til forholdet til barna kan med andre ord være knyttet til helsesykepleiers egne narsissistiske behov. Satt på spissen kan en si at helsesykepleier «elsker» seg selv gjennom å leve opp til sitt ideal om relasjonen hun skal ha til barnet. Ut fra Likierman gjør vi den tolkningen at når helsesykepleier opplever at hun er en person eleven ønsker å ha en relasjon til, for sin egen persons skyld, er dette noe som kan bety at det skjer en projeksjon av positiv psykisk kvalitet over på barnet som fremmer videre utvikling og vekst i relasjonen. Denne «egeninteressen» hos helsesykepleier er altså noe som kan virke positivt inn på relasjonen, og vil samtidig kunne styrke hennes opplevelse av å lykkes i arbeidet.

Tanken om at mor og barn skaper hverandre deles innenfor objektrelasjonsteori. Det er ikke bare barnet som er avhengig av mor, men mor er også avhengig av barnet. Winnicott (1985) beskriver det som en grunnleggende dialektikk at mor og barn skaper hverandre. Han er kjent for uttalelsen:

'There is no such thing as a baby, only a mother and a baby'. Det blir en sirkelreaksjon der barnet føler seg holdt og mor føler seg som en god mor.

Også mellom helsesykepleier-barn er det projeksjon og identifikasjon begge veier; fra barn til helsesykepleier og fra helsesykepleier til barn. Dette gir et rammeverk til å forstå hvordan bånd mellom barn-helsesykepleiere bygges, hvordan helsesykepleierens identitet utvikler seg innenfor relasjonene og hvordan identiteten også kan trues her. Det er viktig å understreke at sirkelreaksjonene i relasjonene både kan gi vekst (en positiv sirkel) men også stagnasjon (gå i en negativ sirkel) – både for helsesykepleieren og barnet. Sårbar selvfølelse hos helsesykepleier vil fordre stor grad av bekræftelse i relasjonen, og liksom mødre frykter å bli dømt sosialt som dårlige mødre, kan helsesykepleiere også frykte sosial fordømmelse dersom de ikke klarer leve opp til de relasjonelle omsorgsfulle idealene.

Læring av erfaring, slik Bion (1962) snakker om, er å være i stand til å romme følelsene en har i forhold til den samhandlingen en er en del av, både positive og negative følelser. Her understrekes betydningen av å holde ut tvil og ambivalente følelser. I vår fortolkning blir det derfor viktig at helsesykepleierne kommer bak det idealiserte bildet av den perfekte relasjonen. I stedet skulle hun bli i stand til å se seg selv som sårbar og 'god-nok', ikke perfekt. Å erkjenne at en selv er en person som også opplever å ikke ha full kontroll i bestemte situasjoner, innebærer også å kunne tilgi seg selv de gangene de opplever å mislykkes. Klein (1949) beskriver dette som å befinne seg i en «depressiv posisjon». For at forsvar ikke skal ta overhånd når identiteten trues, må helsesykepleierne oppleve rom for forsoning og bedre samsvar mellom ideal og realitet i arbeidet sitt.

Konklusjon og implikasjoner for praksis

På tross av helsedirektoratets veiledere finnes det ingen oppskrift helsesykepleiere kan følge for å gjøre en god jobb i barnesamtalene. Denne studien har vist hvor utfordrende det kan være for helsesykepleier å romme både egne og barnas vanskelig følelser, og helsesykepleierne uttrykker et behov for refleksjon rundt følelser som oppstår gjennom barnesamtalen. Det vil avhenge av arbeidsplassen

om det er kultur for å snakke om følelser med hverandre. "Containment" vil imidlertid være en viktig miljømessige betingelse for å hindre at en sårbar selvfølelse går utover relasjonen til barna.

Drugli (2002) påpeker at den profesjonelle ikke bør sitte alene med uavklarte bekymringer. Det er en viktig del av å ta ansvar for barnet å sørge for at en skaffer seg selv den støtten en trenger i egne saker, hevder hun. Dette kan imidlertid være lettere sagt enn gjort. Som vi har diskutert allerede er den profesjonelle og den personlige identitet vevd sammen i disse sakene, noe som gjør at det kan være vanskelig for helsesykepleier å be om den hjelpen hun trenger. Problemet kan oppleves som svært personlig og vanskelig å definere.

Dersom vi skulle driste oss til å gi råd til praksis på bakgrunn av studien vil det være å gi systematisk organisert støtte og veiledning til helsesykepleiere som arbeider med barnesamtaler, der også de følelsesmessige sidene ved arbeidet blir ansett som viktige i veiledningen.

Videre vil det være viktig å ha en kultur på arbeidsplassen for å snakke om følelser av å både lykkes og mislykkes i barnesamtaler. En slik åpenhet ville kunne skape trygghet også når helsesykepleier føler hun ikke mestrer arbeidet sitt. Likeledes kan det være svært viktig at helsesykepleier selv, sammen med sine kolleger og sammen med veileder diskuterer de høge krav og forventinger helsesykepleiere setter til seg selv og til den relasjonen de skal klare å bygge til barnet. Kanskje vil det være nyttig å diskutere hvor disse høge forventningene kommer fra? Er kravet om den gode relasjon ekstra høgt hos kvinner i relasjonsyrker?

Referanser

- Abrahamsen, G. (2015). *Det nødvendige samspillet* (5 ed.). Oslo: Tano Aschehoug
- Binder, P.E. (2011). *Et oppmerksomt liv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London: Karnac Books.
- Drugli, M.B. (2002). *Barn som vekker bekymring*. Oslo: NKS-forlaget.
- Forskrift 19. oktober 2018 nr.1584 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2018-10-19-1584>
- Foster, A. (2001). The duty to care and the need to split. *Journal of Social Work Practice*, 15(1), 81-90. doi:10.1080/02650530120042028
- Fox, M. (2002). A question of survival: Who cares for the carers? *Journal of Social Work Practice*, 16(2), 185-190. doi:10.1080/0265053022000033748
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Klein, M. (1949). The psycho-analysis of children. In M. Klein, P. Heimann, & S. Isaacs (Eds.), *Developments in psycho-analysis*. London: Hogarth.
- Likierman, M. (1988). Maternal Love and Positive Projective Identification. *Journal of Child Psychotherapy*, 8(2), 29-46.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Lyth, I.M. (1959 [1988]). *Selected essays: Containing Anxiety in Institutions (Vol. 1)*. London: Free Association Books.
- Mandell, D. (2008). Power, care and vulnerability: considering use of self in child welfare work. *Journal of Social Work Practice*, 22(2), 235-248.
- Nissen-Lie, H.A., Rønnestad, M.H., Høglend, P.A., Havik, O.E., Solbakken, O.A., Stiles, T.C., & Monsen, J.T. (2017). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48-60. doi:10.1002/cpp.1977
- Ramvi, E., & Davies, L. (2010). Gender, Mothering and Relational Work. *Journal of Social Work Practice*, 24(4), 445-460. doi:10.1080/02650531003759829
- Ramvi, E. (2015). I am only a nurse: a biographical narrative study of a nurse's selfunderstanding and its implication for practice. *BMC Nursing*, 14(1), 1-9. doi:10.1186/s12912-015-0073-y
- Regjeringen, D.N. (2017). Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Winnicott, D.W. (Ed.) (1985). *The maturational processes and facilitating environment*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.

Søkeord: emosjonell erfaring, helsesykepleier, containment.

Keywords: emotional experience, school nurse, containment.

Abstract

The purpose of this study was to explore and describe school nurses' emotional experience of having conversations with children in primary school. Six school nurses were enrolled for interviews. The results from the analysis of these interviews were interpreted from a psychodynamic perspective. We identified that school nurses had high ideals for the relationship they wished to achieve with the children. The experience of often being unable to live up to these high expectations for the relation and communication with the children were felt as a threat to the school nurses' (professional) identity. In our interpretation, this may lead to risky forms of practice whereby the school nurse unconsciously avoids tasks involving a high degree of doubt and uncertainty and instead prioritizes less complicated tasks that give more visible results. However, such a prioritization will not support the social mission of the school nurse to carry out psychosocial preventive work, for example through conversations with children in difficult situations. In order to facilitate containment of doubt and emotional pressure in relationships with children, we suggest that school nurses need support and guidance allowing them to focus on emotional aspects of their work.

Ellen Ramvi er professor ved Det helsevitenskapelige fakultet, avdeling Omsorg og etikk ved Universitetet i Stavanger. Hennes forskning er i særlig grad knyttet til relasjonsintense yrker, der hun gjennom psykodynamisk teori utvikler forståelse og kunnskap om relasjonsbasert praksis og profesjonell utvikling. Ramvi er knyttet til ibup som seminarleder for spedbarnsobservasjon.

Kjersti Juell er helsesykepleier. Denne artikkelen er en bearbeidelse av hennes masteroppgave.