



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

”Det enkelte barnet er ikke vant til det”

En kvalitativ studie av helsesøstres arbeid med skilsmissebarn

Anne Randi Pedersen

Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag.

Mai 2014.

Antall ord: 24 233.



FORORD

Proessen frem til å nå skulle sette punktum for denne masteroppgaven har vært spennende, intens og ikke minst morsom. Å få fordype seg i et så interessant og viktig tema har for meg vært både givende og utfordrende. Det gleder meg likevel at tiden er inne for å skrive forordet.

Jeg vil begynne med å takke de fem flotte helsesøstrene som stilte opp for å snakke med meg under noen hyggelige intervjuer. Deres rike erfaringsbidrag har gitt meg økt innsikt i mitt tema og min problemstilling, og utgjør det empiriske grunnlaget for denne oppgaven. Å møte så varme og engasjerte mennesker gjør meg stolt over å skulle få begynne og jobbe i samme yrke som dem.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder Ellinor Beddari ved Universitetet i Tromsø, som har gitt meg god veiledning og konkrete tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Ikke minst har du vært en god støtte i en noe ensom skriveperiode. Du er virkelig en utømmelig kunnskapskilde!

Det er også viktig for meg å takke arbeidsplassen min ved Universitetssykehuset Nord-Norge som har gjort det mulig for meg å gjennomføre denne masteroppgaven ved å tilrettelegge turnus. Dere er gull!

Nå som denne skriveprosessen er over, gleder jeg meg til å ta fatt på de utfordringer og gleder som helsesøsteryrket har å by på.

Anne Randi Pedersen

Tromsø, mai 2014

Sammendrag

Bakgrunn for oppgaven: I min helsesøsterpraksis som student i skolehelsetjenesten møtte jeg flere skilsmissebarn som vekket min nysgjerrighet for temaet. Jeg ønsket å fordype meg i helsesøsters forebyggende arbeid med skilsmissebarn som er en definert risikogruppe for utvikling av psykiske vansker. Mitt mål var å få en dypere innsikt i sentrale kjennetegn ved dette arbeidet.

Problemstilling: Hva kjennetegner helsesøstres arbeid med skilsmissebarn i skolehelsetjenesten?

Teori: Perspektiver rundt forebyggende- og helsefremmende arbeid utgjør min teoretiske ramme for å belyse min problemstilling.

Metode: Det er utført fem kvalitative intervjuer med helsesøstre og informantenes erfaringer og beskrivelser blir sett i lys av et hermeneutisk perspektiv. Det har hjulpet meg til å få en dypere forståelse for forhold som kjennetegner arbeidet med skilsmissebarn.

Resultat: Materialet viser at helsesøstrene i skolehelsetjenesten opplever begrensninger i forhold til å komme i posisjon til å veilede foreldre om ivaretagelsen av deres barn i en skilsmisse. Funnene viser også at det er uklare grenser i helsesøsters ansvarsnivå i forhold til denne problematikken. Helsesøstrene var også opptatte av hvordan de gjennom å finne skilsmissebarnets perspektiv kunne hjelpe de til mestring av sin situasjon. I tillegg var det nødvendig å bruke skjønn for å vurdere i hvilken utstrekning barnet selv kunne sette begrensninger for foreldrenes kjennskap til sine tanker og vansker. Empirien viser også at helsesøstrene i stor grad var avhengige av lærere for å fange opp skilsmissebarna som slet i skolehelsetjenesten.

Konklusjon: Studien konkluderer med at det er behov for en diskusjon omkring de begrensningene som skolehelsetjenesten gir. Å finne en passende arena for kunnskapsformidling er nødvendig. I tillegg bør det fokuseres på å opprette felles retningslinjer for helsesøstres arbeid med skilsmissebarn.

Summary

Background: During my practice as a public health nurse-student in elementary schools, I met several children of divorced parents who awoke my curiosity for the subject. I wanted to immerse myself in the preventive work with these children whose risk of developing mental illness is considered high. My objective was to obtain a better insight into the essentials and the characteristics of the public health nurses work.

Topic: What characterizes the public health nurses work with children of divorce in the school health service?

Theory: Perspectives on preventive- and promoting work constitutes the theoretical basis for my investigations on the topic.

Method: Five qualitative interviews with public health nurses have been conducted. Their experiences of working with children of divorce were evaluated in light of a hermeneutic perspective, which help me to get a deeper understanding of the aspects of their work.

Results: The findings indicate that the public health nurses in the school health service often experience limitations in terms of getting in position to guide parents after a divorce. A key finding was also that there are unclear boundaries for the public health nurses level and area of responsibility in this theme. The informants were also determined to meet the children of divorce from their own perspective to help them to cope with their situation. It was also necessary to use discretion because the children of divorce were putting restrictions for what the public health nurses were allowed to tell their parents. Furthermore, it became clear that the public health nurses largely depended on the teachers to have the opportunity to help children of divorce.

Conclusion: The study concludes that there is a need of a discussion about the limitations contained in the methods of working in the school health service. It is also necessary to find a suitable venue to impart knowledge. Furthermore, it should be a focus on conducting common guidelines for monitoring this group of children.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMSTILLING	3
1.2.1 HENSIKT, AVGRENSNINGER OG PRESISERINGER	3
1.3 BEGREPSAVKLARING	4
1.3.1 SKILSMISSE	4
1.3.2 SKILSMISSEBARN	5
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON	6
2.0 TIDLIGERE FORSKNING	8
3.0 TEORETISK GRUNNLAG	10
3.1 FOREBYGGENDE- OG HELSEFREMMEDE ARBEID	10
3.1.1 FOREBYGGENDE ARBEID	10
3.1.2 HELSEFREMMEDE ARBEID	12
3.2 HELSESØSTERS OPPGAVER OG ANSVARSOMRÅDER	15
3.2.1 HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN	16
4.0 METODE	19
4.1 MITT METODEVALG	19
4.1.1 HERMENEUTIKK	19
4.1.2 INTERVJU	23
4.1.3 INTERVJUGUIDE	24
4.1.4 UTVALG OG REKRUTERING	24
4.1.5 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	26
4.2 TRANSKRIPSJON	28
4.3 ANALYSE	29
4.4 ETISKE OVERVEIELSER	31
4.4.1 PÅLITELIGHET OG GYLDIGHET	31
5.0 FUNN OG DISKUSJON	33
5.1 Å OPPLIVE AT EN BLIR FOR DISTANSERT FRA FORELDRE	33
5.1.1 ”DET AT DE ER SÅ SJELDEN HOS OSS GJØR DET VANSKELIGERE Å TA OPP TING”	33
5.1.2 ”DET ER DET Å FINNE EN GOD MÅTE DER MAN KAN SNAKKE OM DET”	37
5.1.3 ”SKILSMISSE KAN VÆRE SÅRT FOR MANGE FORELDRE Å SNAKKE OM”	40
5.1.4 OPPSUMMERENDE REFLEKSJONER	43
5.2 Å HA OBLIGATORISK OPPFØLGING AV ALLE SKILSMISSEBARN	44
5.2.1 ”KANSKJE VI KUNNE FOREBYGGET MER DA”	44

5.2.2 "FORELDRE KAN HA NOK MED SEG SELV"	46
5.2.3 "MEN DET GÅR JO BRA MED DE ALLER FLESTE"	48
5.2.4 OPPSUMMERENDE REFLEKSJONER	50
5.3 Å TA BARNETS PERSPEKTIV	50
5.3.1 "OFTE ER DET SÅ LITE SOM SKAL TIL"	51
5.3.2 "BARNET KAN OFTE SETTE BEGRENSNINGER"	55
5.3.3 OPPSUMMERENDE REFLEKSJONER	58
5.4 Å VÆRE AVHENGIG AV SAMARBEID MED ANDRE	60
5.4.1 "LÆRERNE ER EN VIKTIG SAMARBEIDSPARTNER"	60
5.4.2 OPPSUMMERENDE REFLEKSJONER	61
6.0 AVSLUTNING	62
<hr/>	
6.1 STUDIENS VIKTIGSTE FUNN	62
6.2 BETYDNING FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	63

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Godkjennelse fra NSD

1.0 INNLEDNING

Veldig mange foreldre sier at i dag er det ikke farlig fordi de er jo så vant til det å være skilsmissebarn. Det er jo så mange i hver klasse. Men da sier jeg at den enkelte ungen er ikke vant til det. Når det skjer så er det en kjempesværing i livet til ungen. Så de er ikke vant til det (Eva).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for denne studien er helsesøstres arbeid med skilsmissebarn i skolehelsetjenesten. Helsesøster skal gjennom forebyggende- og helsefremmende strategier ivareta den psykiske og fysiske helsen til målgruppen barn og unge 0-20 år, både på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Sentralt i dette arbeidet er målet om at en skal svekke det som fører til risiko for sykdom og styrke det som bidrar til bedre helse for den enkelte. Faktorer som kan føre til sykdom er ofte knyttet til maten vi spiser eller det sosiale og fysiske miljøet vi befinner oss i til daglig. De faktorene som kan føre til bedre helse handler ofte om vårt forhold til våre nærmeste og hvordan livet oppleves som meningsfullt, forutsigbart og håndterbart (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Det legges vekt på at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et spesielt fokus på barn og unge som står i risiko for å utvikle psykiske vansker. Målet er at behov for hjelp skal avdekkes så raskt som mulig for å kunne sette inn hjelpetiltak på et tidlig stadium (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

I 2010 var det ca. 10000 barn under 18 år som opplevde skilsmisse mellom sine gifte foreldre i Norge (Nilsen, Skipstein, & Gustavson, 2012). Statistikk for brudd mellom samboere finnes ikke i samme utbredelse, men den siste statistikken fra 1999 viser at det da var 21 400 barn som opplevde brudd mellom sine samboende foreldre (Statistisk Sentralbyrå, 2001). Skilsmisse er i dag definert som en risikofaktor for utvikling av psykiske vansker hos barn og unge (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). En risikofaktor er en faktor som øker faren for at en skal utvikle vansker av enten psykisk eller somatisk art (Kvelling, 2008). I studien "Adolescent with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment", sammenlignes psykiske problemer hos barn og unge av skilte foreldre med jevnaldrende som ikke har opplevd skilsmisse. Resultatene her viser at unge med gjennomsnittsalder på 16 år som hadde opplevd samlivsbrudd hjemme i 7-8

årsalderen, slet mer med psykiske vansker og lidelser som angst, depresjon, skoleproblemer og lav selvtillit (Størksen, Røysamb, Moum, & Tambs, 2005). Også Amato (2001) har funnet at skilsmisse kan ha langvarige effekter på barns mentale helse og at dette er noe som de som arbeider med barn bør være oppmerksomme på. Han skriver at barn av skilte foreldre har større risiko for å utvikle atferdsproblemer, emosjonelle problemer og lav selvfølelse. I tillegg vil disse barna kunne ha lavere skoleprestasjoner og problemer med forhold til mennesker rundt seg.

Psykiske vansker kan defineres som plager som går ut over barnets trivsel, læring og samværet med andre, samtidig som symptomene ikke er sterke nok til å tilfredsstille kravene til og stille en diagnose. Ved psykiske lidelser er symptombelastningen blitt så stor at det er nok til å gi diagnoser som for eksempel angst og depresjon (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Begrunnelsen for at det er viktig å forebygge psykiske vansker og lidelser hos en risikogruppe som for eksempel skilsmissebarn, er at disse kan føre til vanskeligheter i barnets liv og til langvarig sykdom og hjelpebehov i voksenlivet. En god psykisk helse er viktig for en sunn utvikling hos alle mennesker og for å kunne ha det godt med seg selv, og for å fungere i samspillet med venner, familie og skolemiljø (Helsedepartementet et al., 2003).

Antallet barn som opplever skilsmisse har økt med rundt 30 % siden 1980-årene (Breivik, 2007). Denne økende endringen i familiestruktur gjør at flere barn er utsatt for å utvikle vansker som følge av skilsmissen mellom foreldrene (Nilsen et al., 2012). Helsesøstertjenesten skal være tilpasset de nye utfordringene som er knyttet til psykisk helse hos barn og unge i dag (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). På bakgrunn av forskningen som viser at skilsmissebarn er i større risiko for å utvikle psykiske vansker enn andre barn, mener jeg at denne gruppen er en sentral målgruppe for skolehelsetjenesten. I skolehelsetjenesten jobber helsesøstre i barneskoler, ungdomsskoler og videregående skoler og har på grunn av sin plassering muligheten til å nå ut til "alle" barn og unge som går på skole. På helsestasjon kommer barn og foreldre til oppsatte kontroller og konsultasjoner, mens skolehelsetjenesten benytter seg av arbeidsmetoder som helseopplysning i grupper og individuell veiledning av barn og foreldre (Haugland & Grimsmo, 2009). Helsesøster er den eneste yrkesgruppen som har kontakt med de aller fleste barn gjennom helsestasjons- og

skolehelsetjenesten. Dette gjør også at helsesøsters ansvarsområde favner over mange grupper av barn, også skilsmissebarn. En kan derfor si at helsesøster har et bredt fagfelt som rommer mange problemstillinger hos en stor målgruppe (Glavin & Kvarme, 2003).

I min tid i praksis som helsesøsterstudent i skolehelsetjenesten møtte jeg flere barn som hadde opplevd brudd mellom sine foreldre. Majoriteten av disse barna fortalte historier hjemmefra som bar preg av vanskeligheter og tristhet knyttet til foreldrenes brudd. Dette fikk meg til å undre meg over hvordan helsesøstre arbeider forebyggende med denne gruppen av barn og hva som er sentrale aspekter i dette arbeidet. Jeg har valgt dette temaet for å få en dypere innsikt i og ny kunnskap om forhold som kjennetegner arbeidet med skilsmissebarn som risikogruppe. Gjennom intervju med helsesøstre ønsker jeg å få vite noe om deres refleksjoner og erfaringer knyttet til dette arbeidet. Teorier om forebyggende- og helsefremmende arbeid vil fungerer som mitt teoretiske perspektiv rundt oppgaven.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i definisjonen av skilsmissebarn som en risikogruppe for utvikling av psykiske vansker og helsesøstres mål om å forebygge sykdom og fremme helse hos barn, ønsker jeg å få innsikt i hva som kjennetegner dette arbeidet i helsesøstres arbeidshverdag. På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling:

Hva kjennetegner helsesøstres arbeid med skilsmissebarn i skolehelsetjenesten?

Med *kjennetegn* mener jeg at jeg ønsker å gå bredt ut for å belyse hva arbeidet med å forebygge vansker hos skilsmissebarn omfatter i en vid betydning. Målet er å komme i dybden på ulike forhold ved dette arbeidet. Jeg er åpen for forhold hvor ikke kun de direkte møtene med skilsmissebarn inngår, men også andre aspekter rundt denne gruppen av barn som er av betydning for helsesøstres arbeid. Foreldreaspektet ser jeg vil bli sentralt i arbeidet med skilsmissebarn.

1.2.1 Hensikt, avgrensninger og presiseringer

Hensikten med problemstillingen er at den på en bred måte skal belyse ulike aspekter ved helsesøsters arbeid med skilsmisseproblematikken som de møter i

skolehelsetjenesten. Målet med studien er ikke å komme frem til noen absolutte sannheter, men heller belyse ulike sider ved helsesøsters arbeid rettet mot denne gruppen av barn.

Jeg har gjort noen avgrensninger ved måten jeg har gått inn i materialet på ved at problemstillingen skal berøre helsesøstres beskrivelser av det praktiske arbeidet i *skolehelsetjenesten*. Studiens fokusområde vil av den grunn være skilsmissebarn i grunnskolealder, altså barn mellom 6-16 år som opplever utfordringer knyttet til at foreldrene skiller seg. Utfordringene kan skyldes skilsmisser av nyere eller senere dato. Fokuset vil uansett være på de erfaringene helsesøstrene har i sitt arbeid i dag. Jeg vil presisere at jeg er klar over at denne aldersgruppen representerer et stort spenn i alder og at barnas kognitive utvikling og reaksjoner på skilsmissen derfor vil være ulik i de forskjellige aldergruppene. Dette var jeg bevisst under utarbeidingen av intervjuguiden og har derfor spurt helsesøstrene om deres generelle erfaringer om skilsmisserettet arbeid i grunnskoler. Jeg har derfor vært åpen for erfaringene deres på tvers av barnas aldersnivå. Skolehelsetjenesten er valgt på bakgrunn av at skolen er definert som en arena der helsesøstre kan nå ut til barn og unge med tiltak rettet mot de vanskene elevene sliter med.

Som en samlebetegnelse vil jeg bruke begrepet ”skilsmisse” gjennom oppgaven, men presiserer at dette vil favne både skilsmisser mellom gifte foreldre og brudd mellom samboende foreldre. For å få en bedre flyt i teksten kommer jeg til å bruke begrepet ”barn” til å gjelde både barn og unge. I teksten vil helsesøster bli omtalt som ”hun”, selv om jeg er åpen for at også menn kan være helsesøstre og gjøre samme arbeidet.

1.3 Begrepsavklaring

Jeg vil her gjøre rede for begrepene ”skilsmisse” og ”skilsmissebarn” da dette er termer som er sentrale og benyttes gjennomgående i oppgaven.

1.3.1 Skilsmisse

Skilsmisse er et begrep som omfatter hele den prosessen som går fra et par begynner å tenke på å gå ut av ekteskapet eller samboerskapet, til at den ene flytter og til slutt at begge er etablerte hver for seg. Prosessen med en skilsmisse kan i tid variere veldig

fra familie til familie. For noen kan den vare i en kort periode og for andre kan den vare over år, som ofte skjer der det blir rettsak og konflikter angående barnefordeling og økonomi. Termen skilsmisse vil også brukes om den relativt permanente livsfasen som kommer i tiden etter et brudd. Når ting roer seg ned og spørsmål angående fordeling av barn og hushold tar slutt, kan en si at selve skilsmisseprosessen er over. Det vil da begynner en ny fase, nemlig livsfasen skilsmisse som vil si det ”å være skilt”. Dette er en fase som både for foreldre og barn kan vare livet ut (Levin, 2001).

1.3.2 Skilsmissebarn

Begrepet ”skilsmissebarn” brukes om barn som har opplevd at foreldrene har valgt å avslutte samlivet en eller annen gang uten noen nærmere definisjon på når eller hvordan det skjedde. Barn av skilte foreldre vil alltid være skilsmissebarn, uansett om foreldrene skilte seg for en uke siden eller for tjue år siden (Levin, 2001).

Siden 1960-tallet er gruppen av skilsmissebarn blitt en vanlig gruppe hos barnepsykiatriske poliklinikker. Skilsmisse er en av de mest belastende livshendelsene en familie kan gå gjennom, og både voksne og barn kan slite med psykiske vansker. For barn i småskolealder er det vanlig å slite med lojalitetskonflikter i forhold til foreldrene sine (Grøholt, Sommerschild, & Garløv, 2008). Barn i denne alderen kan også ofte ta skylden på seg for foreldrenes brudd og drømmer om at foreldrene skal bli sammen igjen. Det er også vanlig at barnet gir uttrykk for tristhet, sinne og aggresjon som ofte vil kunne gå ut over konsentrasjon og skoleprestasjoner. Større barn i storskolealder vil også kunne oppleve sinne over det foreldrene har gjort og de kan også føle på skam på grunn av bruddet. Disse barna kan ha vanskeligheter med å akseptere bruddet, de kan utagere og ta på seg mye ansvar for familien og bekymre seg for foreldrene. Barn i ungdomsårene kan reagere på skilsmissen med sinne, sorg og skam (Grøholt et al., 2008) og kan også som følge av det slite med depresjoner og angst, og også starte å eksperimentere med rus og alkohol (Kleinsorge & Covitz, 2012).

Ulike faktorer kan bidra til at skilsmissen blir vond og vanskelig for skilsmissebarn. Det å være vitne til høylytt kranling mellom foreldrene i tiden før, under og etter en skilsmisse kan være skadelig fordi disse barna kan oppleve å stå i en lojalitetskonflikt mellom foreldre som nekter å snakke med hverandre. Barn som opplever et høyt

konfliktnivå mellom foreldre er ofte selv sinte og triste. Det er denne gruppen av skilsmissebarn som ofte sliter mest og som har høyest risiko for utvikling av vansker. Dette er fordi de ikke opplever støtte i en tid de har behov for omsorg, kjærlighet og forståelse for de utfordringene som bruddet har forårsaket (Moxnes, 2003). Barn som må flytte fra sine faste hjem viser også ofte flere negative utviklingstrekk enn barn som opplever at foreldrene flytter fra hverandre, men får fortsette å bo i sitt kjente hjem og får fortsette på samme skole. Mange skilsmissebarn vil også oppleve å miste kontakten med den av foreldrene som de ikke blir boende fast hos, noe som oftest er faren. Opplevelsen av tap av kontakten med en av foreldrene kan være svært smertefullt for barnet og gi en følelse av avvisning (Moxnes, 2003).

Det foreldre flest frykter aller mest når de velger å skille seg er at barna skal ta skade av det. De aller fleste barn vil oppleve tristhet når det blir gjort kjent at foreldrene skal skilles, men det er ikke en selvfølge at alle vil fortsette å være ulykkelig eller at alle får varige skader av disse opplevelsene. Skilsmisse kan også oppleves som en positiv hendelse for barna, spesielt der forholdet mellom foreldrene har vært preget av konflikter og krangling (Moxnes, 2001).

Foreldre har en svært viktig rolle i barns utvikling og helse, og visse funksjoner hos dem er av avgjørende betydning for et barns selvoppfattelse og utvikling. Eksempler på dette kan være evnen til å ha empati med barnet, til å prioritere dets behov fremfor egne og ikke la egen aggresjon og smerte gå ut over barnet sitt. Å gå gjennom en skilsmisse kan for mange foreldre være en enorm belastning og oppleves som en krise og gi en følelse av sorg. Foreldrenes skilsmisseprosess kan føre til sviktende omsorg for et barn ved at en avviser det, flytter sinnet sitt over på barnet eller trekker seg helt tilbake fra det. Som en ytterst konsekvens kan dette føre til at skilsmissebarnet blir utsatt for omsorgssvikt (Killén, 2004). Moxnes (2003) viser til at det er kvaliteten på foreldrenes funksjoner som er avgjørende for hvordan barnet opplever og tilpasser seg skilsmissen.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av både hoved- og underkapitler. I oppgavens første kapittel vil jeg presentere og redegjøre for det temaet jeg har valgt og avklare sentrale begreper i

oppgaven. Her vil jeg også presentere problemstillingen og dens hensikt, presiseringer og avgrensninger. I kapittel 2.0 følger et utdrag av tidligere forskning på tematikken. En presentasjon av oppgavens teoretiske grunnlag kommer i kapittel 3.0, mens jeg i kapittel 4.0 vil vise til valgt metode for oppgaven og hvilken fremgangsmåte jeg har brukt i innsamlingen av data. Her vil jeg også vise til hvilken analysemetode som er brukt for å komme frem til studiens resultat. I kapittel 5.0 vil jeg presentere studiens funn og påfølgende diskusjon rundt de fremkomne resultatene. Til slutt, i kapittel 6.0, følger en avslutningsdel hvor studiens viktigste funn blir trukket frem. I tillegg vises det til funnenes implikasjoner for praksis og videre forskning.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING

Jeg har gjort søk i databaser som Pub Med, SweMed, Cinahl og også enkelte frie søk. Funn omkring forskning på skilsmisse var stor og jeg har funnet mange forskningsresultater som viser til skilsmisens negative konsekvenser for barn og unge. Eksempler på det har jeg vist til i innledningsdelen. Sentralt i tidligere forskning innenfor skilsmisse er også funn som viser til ulike intervensjoner rettet mot skilsmissebarn og deres foreldre med mål om å forebygge de negative konsekvensene av skilsmisse. Jeg har gjort et utvalg og ønsker i dette kapitlet å presentere noen av de funnene jeg har gjort som går på intervensjoner og oppfølging i etterkant av en skilsmisse. Dette ser jeg på relevant for min problemstilling fordi det viser til viktige aspekter av forebyggende betydning i arbeidet rettet mot skilsmissebarn.

Bernadette Mazurek Melnyk og Linda J. Alpert-Gillis har skrevet artikkelen ”Coping with marital separation: Smoothing the transition for parents and children” (1997). Deres studie baserer seg på hvordan arbeid i skilsmisefamilier bør ha fokus på å kartlegge både foreldres og barns tanker og reaksjoner i forhold til skilsmisens straks en får kjennskap til den. I tillegg pekes det på betydningen av å vite noe om foreldres kunnskaper om skilsmisens mulige konsekvenser for barnet. Når en som hjelper har kjennskap til det overnevnte er de i en unik posisjon til å kunne iverksette forebyggende tiltak, som har som mål å skulle forhindre de negative konsekvensene av skilsmisens for barn.

I artikkelen ”Protecting children from the consequences of divorce: A longitudinal study of the effects of parenting on children’s coping processes” (Vélez, Wolchik, Tein, & Sandler, 2011) vises det til hvilke faktorer som fremmer god helse hos skilsmissebarn. Barns relasjon til sine foreldre står sentralt og studien viser til at gode foreldre er den viktigste ressursen for skilsmissebarn. Det konkluderes derfor med at det har stor forebyggende betydning for skilsmissebarn at foreldres kunnskaper om skilsmisens konsekvenser blir økt for å styrke dem i sin foreldrerolle.

For å belyse på helsetjenestens inngripen i oppfølgingen av skilsmissebarn har jeg sett på artikkelen ”Changing the legacy of divorce: evidence from prevention programs and future directions”. Her vises det til betydningen av å gi tjenester basert på

individuelle behov og at det ikke er slik at alle skilsmissegfamilier nødvendigvis har de samme behovene for hjelp og oppfølging av helsetjenesten (Haine, Sandler, Wolchik, Tein, & Dawson-McClure, 2003).

Fra Norge fant jeg forskning fra bruk av skilsmissegrupper i skolen. PIS, som står for Plan for implementering av skilsmissegrupper for skilsmissebarn i skolen, startet som et prosjekt i Bærum kommune i 2004. I dag er dette et gruppetilbud til barn av skilte foreldre som jobber for at skilsmissebarn skal få møte hverandre og samtale i grupper. Dette er ikke noe som er lovpålagt for noen kommuner, men valgfritt for hver enkelt kommune å starte med (Voksne for barn, 2012). Helsesøster Hilde Egge (2012) har forsket på hva som gjør at skilsmissebarn som går i grupper opplever å få det bedre i tiden etterpå. Her viser hun til at barn i slike grupper får bekreftelser på de følelsene som de sitter inne med. I tillegg får gruppene de til å føle seg spesielle og viktige. Gruppetilhørigheten er viktig for å identifisere seg med andre og oppleve at en er i et fellesskap. Dette skriver Egge er med på å øke tryggheten og selvtilliten til barnet. I tillegg lærte de å gi uttrykk for sine behov hjemme, noe som gav kontroll i eget liv.

3.0 TEORETISK GRUNNLAG

I dette kapitlet vil jeg presentere det teoretiske grunnlaget som vil være mitt utgangspunkt for forståelsen av helsesøstrenes beskrivelser av sitt arbeid med skilsmissebarn. Her vil jeg gi en redegjørelse for oppgavens overordnede perspektiv om helsesøstres forebyggende- og helsefremmende arbeid, hvor begreper som salutogenese, mestring og empowerment blir sentrale. Her vil det også komme en gjennomgang av helsesøsters ansvarsoppgaver i tjenesten.

3.1 Forebyggende- og helsefremmende arbeid

Begrepet forebyggende helsearbeid blir ofte brukt for å favne om både det forebyggende- og det helsefremmende arbeidet, som vil si at det handler henholdsvis om å forebygge sykdom og å fremme helse. Begge tilnærmingene er avgjørende for å nå målsettingene det i forebyggende arbeidet ved at de er komplementære; de utfyller og er avhengige av hverandre. Ingen av modellene kan stå alene, men isteden støtter de opp om hverandre ved at man gjennom helsefremming forebygger sykdom og at en ved å forebygge sykdom igjen fremmer helse (Mæland, 2005).

3.1.1 Forebyggende arbeid

Helsesøstre er satt til å utføre tjenester som forebygger sykdom og fremmer helse. Deres arbeid har i hovedsak blitt styrt av folkehelsemodellen som tar sikte på å identifisere risikoutsatte grupper i samfunnet og møte deres behov, noe som er definert som *forebyggende* arbeid. De mest brukte arbeidsmetodene innenfor denne modellen er screening av risikogrupper og helseopplysning til barn og foreldre. I denne modellen er det helsesøster som definerer et aktuelt eller et potensielt problem og forsøker ut i fra det å intervensere (Chalmers & Kristajanson, 1989). Forebyggende arbeid defineres som arbeid som skal forhindre at faktorer som en vet kan være skadelig skal få føre til skade eller sykdom. Dette arbeidet rettes mot enkeltindivider eller grupper som en vet kan være sårbare for fysisk eller psykisk sykdom (Mæland, 2005).

Det forebyggende arbeidet kan deles inn i tre ulike nivåer.

Primærforebygging: Det første nivået av forebygging handler om å fjerne alle kjente risikofaktorer for sykdom slik at en reduserer sjansen for utvikling av et problem eller sykdom. En kan da også gå spesielt inn i høyrisikogrupper som en vet er disponert for

sykdom. Tiltakene på dette nivået kan også rettet mot hele befolkningen, som for eksempel vaksinasjonsprogram.

Sekundærforebygging: Det andre nivået handler om å diagnostisere allerede oppståtte vansker eller sykdommer på et så tidlig stadium som mulig slik at en kan stanse den patologiske prosessen og varigheten på vanskene. Målet er at individet skal kunne gjenoppta normal funksjon så snart som mulig.

Tertiær forebygging: På dette nivået er målet å forebygge videre progresjon eller forminske følgene av sykdom og gi hjelp og støtte til å mestre de begrensninger som sykdommen gir i hverdagen (Elo & Calltorp, 2002).

Hovedmålet i det forebyggende helsearbeider er at behov skal avdekkes så tidlig som mulig slik at en unngår utvikling av problemene. Utgangspunktet for det forebyggende arbeidet er naturvitenskapelig kunnskap om hvordan sykdom oppstår og utvikles. Helseopplysning for å øke befolkningens kunnskapsgrunnlag er et viktig forebyggende virkemiddel og kan foregå gjennom undervisning og rådgivning (Kvarme, 2007). I det forebyggende arbeider benytter en seg av ulike strategier. Å ha en befolkningsrettet strategi vil si at en planlegger tiltak som skal nå ut til hele befolkningen, som for eksempel vaksinasjonsprogrammet. Tiltakene kan være kjennetegnet ved alder, kjønn og for eksempel identifiserte risikofaktorer. En høyrisikostrategi vil si at man retter tiltakene mot grupper eller enkeltindivider som kan være disponert for eller står i risiko for å utvikle sykdom eller helseproblemer (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Kritikk mot det forebyggende arbeidet har vært rettet mot at det fører til et risiko- og sykdomsfokus som gjør befolkningen bekymret for alt som kan føre til sykdom. Dette fokuset er også sagt å være for mye styrt av eksperter, noe som gjør mennesker avhengig av helsetjenester i dagliglivet (Kvarme, 2007). Også Førde (1996) skriver at helsevesenet kan være en trussel mot menneskers helse fordi fokuset på risiko kan føre til en avhengighet til helsevesenet for å få bekreftet at en er frisk. Dette gjør mennesket i mindre stand til å mestre og håndtere eget liv.

3.1.2 Helsefremmende arbeid

I det helsefremmende arbeidet tar en ikke utgangspunkt i det som skaper sykdom, men heller det som fremmer helse. Målet er å gi enkeltmennesker kunnskaper og styrke deres ressurser for å selv kunne fremme egen helse. I denne modellen blir ikke helse sett på det overordnede målet i seg selv, men helse blir et middel for å oppnå overskudd i livet som igjen øker menneskets livskvalitet. Idegrunnlaget til det helsefremmende arbeidet kommer fra den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid i Ottawa i 1986, kjent som "Ottawa-charteret" (Mæland, 2005). Det helsefremmende arbeidet blir styrt av samfunnsdeltakermodellen som er et alternativ til folkehelsemodellen. Helsesøster skal være med på å hjelpe samfunnsdeltakerne til selv å identifisere og finne løsninger på sine problemer og på den måten flytte makten fra profesjonelle og til individer selv (Chalmers & Kristajanson, 1989). De helsefremmende arbeidet tar sikte på å styrke enkeltmennesket til å selv ta beslutninger som gjelder eget liv (Elo & Calltorp, 2002). Målet er at hvert enkelt menneske skal ha muligheten til å ta avgjørelser som angår ens eget liv og helse, og også løse utfordringer som en kommer over i livet (Kvarme, 2007). Sentrale begreper innenfor det helsefremmende arbeidet er salutogenese, mestring, empowerment og veiledning:

Salutogenese og mestring

Det helsefremmende arbeidet har sitt grunnlag i Aaron Antonovskys teori om salutogenese, som betyr motstandskraft mot negative påvirkninger på helsen. Gjennom alles liv vil en bli utsatt for forhold i miljøet og samfunnet som kan svekke ens helse og disse forholdene kan også påvirke menneskets livskvalitet (Mæland, 2005). Salutogenesens ideologi forsøker å gi svar på hvorfor enkelte mennesker til tross for motstand og negative livserfaringer fortsatt holder seg friske (Lindström & Eriksson, 2005).

Generelle motstandsressurser kan defineres som ressurser hos mennesket som sier noe om et menneskes kapasitet, og også miljøet rundt en i form av materielle og ikke-materielle ressurser. Eksempler på slike ressurser kan være kunnskap, intelligens, sosial støtte, kontroll i eget liv, kontinuitet i livet og samhold med andre. Å ha tilgang til og kunne nyttiggjøre seg av disse motstandsressursene vil kunne beskytte mot sykdom, fremme helse og gi mennesket en grunnholdning i livet om at bruk av disse

ressursene kan hjelpe en til å takle de utfordringene en møter (Lindström & Eriksson, 2005). Walseth (2009) skriver at det er denne grunnholdningen som en møter utfordringer i livet med som viser til det Antonovsky kaller for ”Sense of Coherence”, eller på norsk ”følelse av sammenheng. For at livet skal gi en følelse av sammenheng, er det tre faktorer som må være tilstede; livet må oppleves som forutsigbart, håndterbart og meningsfullt. Disse tre faktorene utgjør henholdsvis en kognitiv, en instrumentell og en motiverende faktor i det helsefremmende arbeidet.

I møtet med en stressende faktor i livet, vil en person som har opplevd denne følelsen av sammenheng kunne se på den informasjonen en får som ordnet, oversiktlig og forståelig. På bakgrunn av det vil livet kunne oppleves som *forutsigbart* og en vil da i fremtiden kunne møte andre utfordringer med den grunnholdningen om at situasjonen er forståelig med få tilfeldigheter. Dette er derfor den kognitive komponenten i salutogenesen. Livet vil kunne oppleves å være *håndterbart* når personen opplever at de nødvendige ressursene er tilgjengelige i den utfordrende situasjonen. Personen har selv kontroll på ressursene og bruken av dem, eller at ressursene er under kontroll hos noen andre de er trygge på. Dette er den instrumentelle delen i salutogenesen. Den *motiverende* komponenten oppstår når livet føles meningsfullt og at problemene en står opplever som verdt å bruke energi på. Personen opplever heller situasjonen som utfordrende fremfor tyngende (Lindström & Eriksson, 2005). Det er kombinasjonen av de kognitive-, instrumentelle- og motivasjonsfaktorene som gjør det unikt. Hva som gir hver enkelt en følelse av mening, hvilke ressurser hvert menneske opplever som nødvendig og hvor mye informasjon en selv synes at en trenger varierer fra person til person. Det som er viktig er at en har hatt de livserfaringene som har ført til den sterke følelsen av sammenheng, noe som en igjen kan bli nødvendig å bruke i møtet med en stressende faktor senere i livet (Antonovsky, 1996).

Mestring kan defineres som individets forsøk på å regulere følelsene, atferden sin og tankene sine når en står i en belastende situasjon, hvor målet er å redusere de stressende hendelsene (Wichström, 2008). Mestring oppnås ved at en opplever pågangsmot og når barnet håndterer utfordringer som verken er for små eller for store ut i fra dets alder. Når barnet erverver seg mestringserfaring vil en danne seg en grunnholdning om at de fleste utfordringer i livet vil kunne være forståelig, håndterbare og meningsfulle. Salutogenese og mestring henger sammen ved at en

opplevelse av sammenheng vil føre til at individet også opplever mestring i situasjonen (Walseth, 2009). Mestring kan også ses på som å finne beskyttelsesfaktorer mot en kjent risikofaktor for å forebygge sykdom. Et eksempel på en slik beskyttelsesfaktor kan være varme og omsorgsfulle foreldre til et barn som har opplevd å miste en venn (Kvelling, 2008)

Empowerment og veiledning

Verdens helseorganisasjon definerer helse slik: *”Sundhed er en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke kun fravær af sygdom”* (Saugstad, 2009, p. 39). I denne definisjonen er helse ikke nødvendigvis ikke bare fravær av sykdom, men har like mye med personens velbefinnende å gjøre. Befolkningen må selv mobiliseres for å nå målene om egen helse (Saugstad, 2009). Tveiten (2007b) skriver også at helse kan knyttes til den enkeltes livskvalitet og hva som er viktig i livet for den enkelte. Dette viser til at det er brukeren selv som er eksperten på seg selv og sitt liv, noe som er sentralt i det helsefremmende arbeidet. Mennesket skal selv være i stand til å ta kontrollen over sin egen helse og gjøre de nødvendige tiltak for å forbedre den, noe som viktig for å oppleve mestring.

Et viktig prinsipp i denne prosessen er å omfordele makten fra yrkesutøveren og til brukerne slik at en oppnår tro på seg selv og uavhengighet til helsetjenesten (Tveiten, 2007b). Empowerment er et sentralt begrep i dette arbeidet. Verdens helseorganisasjon definerer empowerment som *”en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse”* (Verdens helseorganisasjon, i Tveiten, 2007a, p. 24). Empowerment kan oversettes med myndiggjøring og forutsetter at brukeren innehar kunnskap for å kunne ta avgjørelser. Helsetjenesten skal derfor bidra med å styrke den enkeltes ressurser. (Kvarme Gravdal, 2007). Som helsepersonell må en akseptere at den avgjørelsen brukeren tar ikke nødvendigvis er den samme som en selv ville tatt. Som fagutøver skal en støtte og styrke brukeren i sin avgjørelse. Samtidig vil en som yrkesutøver alltid sitte på en større makt i relasjonen med brukeren fordi en innehar en fagkompetanse som gir mer kunnskap enn det brukeren ofte har. Tveiten presiserer også at selv om brukeren har rett til å medvirke i avgjørelser som angår ens eget liv, kan en ikke bestemme over det som er relatert til yrkesutøverens ansvar og myndighet. Som helsesøster har en for eksempel makt til å kontakte barnevernet med en bekymring for et barn dersom en

mener at foreldrene ikke ivaretar sitt foreldreansvar på en tilstrekkelig måte (Tveiten, 2007a).

Helsekommunikasjon er en måte å drive helseopplysning på som tar utgangspunkt i mottakerens ønsker og behov. Brukeren får dermed være ekspert i eget liv (Kvarme, 2007). Veiledning er en pedagogisk teknikk for helsesøstre i samarbeidet og kommunikasjonen med brukeren i empowermentprosessen. Målet med veiledningen er å øke mestringsfølelsen hos brukeren av helsesøstertjenesten gjennom dialog. I en veiledningsprosess er det to eksperter på hvert sitt område og begge kompetanse skal verdsettes like høyt (Tveiten, 2007b). Tveiten skriver at målet med veiledning er at brukeren skal oppleve mestringskompetanse, og kompetanse innebærer både kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Derfor må en i veiledningen fokusere på alle disse aspektene og ta utgangspunkt i hva som er den enkeltes behov. Veiledning er noe annet enn informasjon og rådgivning, men det presiseres at veiledning også kan innebære undervisning, informasjon og rådgivning dersom det er behov for det i situasjonen (Tveiten, 2007b). Veilederen skal i utgangspunktet ikke gi svar, men hjelpe brukeren til å finne svarene selv (Glavin & Kvarme, 2003)

Kritikk mot det helsefremmende arbeidet har vært rettet mot at menneskets autonomi og rett til å bestemme over seg sitt eget liv kan føre til forskjeller i helse blant befolkningen. Årsaken til dette er at menneskers mulighet til å erverve seg og benytte seg av kunnskaper er ulik (Statens helsetilsyn, 1998).

3.2 Helsesøsters oppgaver og ansvarsområder

Helsesøster er en sykepleier med videreutdanning innenfor forebyggende helsearbeid for barn og unge mellom 0 og 20 år og jobber på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentrale i kommunens folkehelsearbeid, og skal jobbe for å svekke risikoen for sykdom og fremme god helse hos barn og unge. Foreldre har ansvaret for at sine barn får dekket sine omsorgsbehov. Helsesøster skal bidra til å hjelpe foreldre med å mestre foreldrerollen for å igjen øke barnets trivsel og utvikling ut i fra foreldres spørsmål og behov. Helsesøster arbeider både individ- og grupperettet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Helsesøster har et bredt ansvarsområde med ulike arbeidsoppgaver. Hennes oppgaver har blitt kategorisert under begreper som ”overvåkeren”, ”huslegen” og ”den som bekymrer seg”. Med overvåkeren mener en at helsesøster skal overvåke helsen til sin målgruppe og jobbe for å forebygge sykdom og fremme helse i denne gruppen. Dette gjør helsesøster gjennom arbeid på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Helsesøster som ”huslege” viser til at hun brukes av foreldre og barn som trenger råd og veiledning om forhold som har med barns helse og utvikling å gjøre. At helsesøster også er ”den som bekymrer seg” handler om at barns uttrykk for mistrivsel og atferdsvansker ofte er vanskelige å tyde, noe som igjen fører til helsesøstre bekymrer seg for målgruppens helsetilstand (Paulsen, 1990).

I dagens helsetjeneste har helsesøsters arbeid gått fra å i hovedsak gjelde forebygging av infeksjonssykdommer og underernæring på 1920-tallet, til og i dag i stor grad omhandle psykososiale problemer (Sollesnes & Tønjum, 2008). Slike psykososiale vansker defineres som ”samsykdommer” og henviser til at disse sykdommene oppstår som følge av samhandlingsproblemer mellom mennesker. Risikofaktorer for slike sykdommer er ensomhet eller et svakt sosialt nettverk (Glavin & Kvarme, 2003).

Helsesøsters målgruppe er stor og hennes forebyggende mandat i helsestasjon og i skolehelsetjenesten favner veldig vidt. Hun vil derfor møte et mangfold av utfordringer som krever at hun har kunnskaper om dagens helseproblemer og hva som kan føre til sykdom (Glavin & Kvarme, 2003). At tjenestens ansvarsområde er så vidt og har en så stor målgruppe, gjør at den har uklare grenser for når helsesøster skal gripe inn og hva som er hennes ansvarsområder. Dette gjør det nødvendig at helsesøstre prioriterer hvilke grupper av barn som skal følges opp, og med det sette grenser for sin inngripen og ansvar (Clancy & Svensson, 2009)

3.2.1 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsesøsters arbeid er styrt av statlige føringer i form av lover og forskrifter. Arbeidet på helsestasjon er i stor grad preget av et fastsatt helsestasjonsprogram som foreldre blir anbefalt at barnet følger fra fødsel og til skolestart. Dette programmet starter med hjemmebesøk til det nyfødte barnet og dets foreldre noen dager etter fødselen. Det følger så muligheter for gjentatte kontroller det første leveåret og deretter ved 15 og

18 måneder og 2- og 4-årsalderen. Tilbudet er frivillig, men dersom foreldre velger og ikke la barna følge dette programmet, må de sørge for at barnet følges opp av fastlegen istedenfor (Misvær, 2006). I helsestasjonsarbeidet møter helsesøster barnet og familien i direkte kontakt gjennom det anbefalte helsestasjonsprogrammet, noe som gir en unik mulighet for tidlig identifikasjon av problemer og å gi direkte veiledning til foreldre og barn (Heian, 2006). Helsestasjonsprogrammet er anbefalt i Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.450 (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Her står det at helsestasjonen skal levere helsetjenester basert på en oppsatt plan hos barn 0-5 år, og skal omfatte veiledning, helseopplysning og oppfølging av barn og foreldre. Oppslutningen til helsestasjonstilbudet er nær 100 %, noe som gjør at helsestasjonen gir en unik forebyggende mulighet for helsesøstre (Glavin & Kvarme, 2003).

”Skolen er utpekt som den viktigste arenaen for helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge” (Haugland & Grimsmo, 2009, p. 27). I dag er skolehelsetjenesten en lovfestet rett til alle barn som følger undervisning i grunnskoler og videregående skoler. Dens plassering i skolen gjør at de kan nå ”alle” barn og unge. Flere av de helseproblemene som barn og unge sliter med har sin årsakssammenheng med de miljøene barnet oppholder seg i, som for eksempel skolen og familien. Skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å påvirke disse helseproblemene ved å planlegge, gjennomføre og evaluere systematiske helsefremmende og forebyggende tiltak. I skolehelsetjenesten skal en hjelpe barn og ungdom til å mestre de utfordringer og krav som de står i, i sin hverdag (Haugland & Grimsmo, 2009).

Målrrettete helseundersøkelser utføres på alle elever skolen ved skolestart, altså ved 5-6 år. For elever i 8- og 13-årsalderen foretas det målrrettete helseundersøkelse på bakgrunn av enten meldte eller observerte behov fra enten eleven selv, lærerne eller foreldrene (Misvær, 2009b; Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Høydemåling (screening) utføres av elever på 3. og 7.klassetrinn og foreldrene kan inviteres med, men ofte gjennomføres denne screeningen i forbindelse med vaksinasjon på de nevnte trinnene. Ofte foregår slik vaksinasjon i grupper av elever og det er ikke lengre en selvfølge at foreldre følger eleven (Misvær, 2009c). Slik forstår jeg at barnet i

skolehelsetjenesten oftere møter helsesøster uten foreldrene enn det som er praksis på helsestasjonen.

Arbeidet i skolehelsetjenesten krever en annen tilnærming enn den måten helsesøster arbeider i helsestasjonstjenesten på ved at helsesøster i skolen må oppsøke elever, foreldre og lærere for å markedsføre sine tjenester. Tilgjengelighet for elevene er også avgjørende for at elevene skal benytte seg av henne (Glavin & Helseth, 2005). I skolehelsetjenesten skal helsesøster ivareta sin målgruppe gjennom individuell veiledning og å drive helseopplysning blant elevene. Målet å øke deres kunnskaper for at de skal kunne ta egne valg om forhold som angår deres egen helse, som igjen øker mulighetene for mestring. De meste av denne virksomheten kan skje i grupper på skolen (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Miljøet på hver skole skal fremme psykisk og fysisk helse og læring gjennom å styrke foreldrenes mulighet for mestring av sin foreldrerolle (Haugland & Grimsmo, 2009). Tverrfaglig samarbeid vil si at for eksempel skolehelsetjenesten jobber sammen med og på tvers av andre profesjoner for å gi en mer helhetlig tjeneste og nå et felles satt mål (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Tverrfaglig samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten er viktig for å nå helsetjenestens mål og med det sikre kvaliteten i arbeidet. Samarbeid med skolehelsetjenesten er også en nødvendighet for skolen på bakgrunn av det økende antallet elever som sliter med psykiske vansker (Sølvberg, 2009).

4.0 METODE

Metode betyr veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2010) og sier noe om den fremgangsmåten en forsker velger for å samle, analysere og strukturere en studie. En bør velge den metoden som er riktig ut i fra den problemstillingen som er valgt (Polit & Beck, 2012). Jeg vil i det følgende vise til hvilken metode jeg har valgt for denne studien og hvordan jeg har gått frem i arbeidet med å få informanter og innhente helsesøstrenes erfaringer og beskrivelser fra praksis.

4.1 Mitt metodevalg

Min problemstilling viser som beskrevet tidligere at jeg ønsker å utforske hva som kjennetegner helsesøstres arbeid med skilsmissebarn. Dette ønsket jeg å oppnå ved å bruke intervju med helsesøstre for å innhente deres beskrivelser og erfaringer omkring de ulike aspektene som finnes i det praktiske arbeidet. Jeg har på bakgrunn av det valgt å bruke en kvalitativ metode, noe som er i overensstemmelse med det Thornquist (2003) skriver om at denne metoden egner seg for å forstå menneskers opplevelser. Gjennom bruk av en kvalitativ metode kan en øke ens forståelse for hvilke særtrekk og sammenhenger som eksisterer i det aktuelle forskningsfeltet.

4.1.1 Hermeneutikk

Jeg har latt meg inspirere av hermeneutikken som vitenskapsteoretisk perspektiv for å tolke og forstå mine informanters beskrivelser av og erfaringer med de ulike forholdene som preger arbeidet med skilsmissebarn. Hermeneutikk er en teori om forståelse og fortolkning av skrevet tekst, muntlig tale og handlinger (Thornquist, 2003). Jeg ser betydningen av å fortolke helsesøstrenes beskrivelser fra sitt arbeid på bakgrunn av det Gulddal og Møller (1999) skriver om at både det skriftlige og det muntlige språket ofte kan ha innhold av skjulte meninger som kan komme til syne gjennom å fortolke innholdet. Å tolke en intervjuetekst betyr at en som forsker går i dialog med teksten for å finne den egentlige og dypere meningen (Thagaard, 2009). *”Det er meningen som ligger bak et uttrykk eller en handling, som utgjør den egentlige innsikten”* (Paulgaard, 1997, p. 72). Dette forstår jeg slik at jeg ved hjelp av hermeneutikken skal forsøke å lete dypere ned i mitt materiale for å finne skjulte

meninger i informantenes formidlinger. Dette vil hjelpe meg til å få den egentlige og dypere innsikten i hva som kjennetegner helsesøstrenes arbeid med skilsmissebarn.

Jeg ser at analysen og fortolkningen av mine informanternes utsagn fra de fem intervjuene vil danne mitt empiriske grunnlag for det videre forskningsarbeidet. Det vil derfor være viktig at jeg som forsker er tro mot informantenes utsagn og virkelig lytter til og søker å forstå det informantene formidler i intervjuene. Dette ser jeg også er i overensstemmelse med det Malterud (2011) skriver om at en må være lojal mot informantenes stemmer uten å la tolkningen preges for mye av forskerens forforståelse og teoretiske referanseramme. Samtidig finnes det ikke noen egentlig sannhet, men alle tolkninger som gjøres er betinget ut i fra kontekst. I det ligger det at når man tolker en situasjon eller en tekst, tolker en det alltid ut i fra en forståelse som en allerede innehar. Vi vil aldri være helt forutsetningsløse, men kommer til sakene og tekstene med vår bagasje som er med på å prege det vi forstår og tolker (Thagaard, 2009). Dette forstår jeg slik at resultatene i studien vil basere seg på den måten jeg tolker og forstår funnene. Dette ser jeg vil avhenge av min forforståelse, min definerte problemstilling med de presiseringer og avgrensinger som er gjort og også det teoretiske perspektivet som jeg har valgt som ramme rundt oppgaven. Forforståelsen og den hermeneutiske sirkel er sentrale begreper innenfor hermeneutikken og de vil bli redegjort for i det følgende:

Forforståelse

Malterud (2011) beskriver forforståelsen som den motivasjonen en har for å sette i gang med et prosjekt, og omtaler det som den ryggsekken en alltid vil møte en sak eller tekst med. Denne ryggsekken vil også prege måten vi samler inn og forstår datamaterialet på og resultatene vil avhenge av hvilke briller vi leser materialet med. Hans-Georg Gadamer (1999) er opptatt av hvordan en kan bli villedet av sine allerede innebygde meninger når en leser en tekst for første gang. Han sier at en da kan lese teksten med bestemte forventninger om hva en kommer til å finne. På bakgrunn av det hentyder Gadamer til betydningen av å være sin egen forforståelse bevisst slik at en er villig til å ta inn over seg det som kan være fremmed i den teksten en leser. Vår forforståelse utgjør vår forståelseshorisont og beskriver våre oppfatninger og forventninger med et gitt tema. Vi kan aldri legge forforståelsen helt bort. Som

forsker må en overskride sine opprinnelige forståelseshorisonter og være åpen for å lære noe nytt underveis i arbeidet og legge dette til det en allerede vet. Dette kalles for horisontsammensmeltning og viser til at ny og gammel forståelse smelter sammen med hverandre og utgjør en ny forståelse (Gadamer, 1999).

På bakgrunn av det Gadamer skriver om betydningen av forforståelsen hos en forsker, ser jeg at det er viktig å tydeligere min forforståelse i forhold til mitt tema, både for min egen bevissthet og for å være tro mot mine lesere. Min forforståelse er først og fremst preget av at jeg har vært helsesøsterstudent og nå er utdannet helsesøster. Jeg har som følge av det tilegnet meg kunnskaper innenfor det helsesøsterfaglige feltet. Det vil derfor være naturlig for meg og forventet at jeg vil velge å forske på et tema innenfor helsesøsterfaget, noe som også er min hovedmotivasjon for dette studiet. I min praksis som helsesøsterstudent møtte jeg flere skilsmissebarn som kom til helsesøster med ulike utfordringer knyttet til foreldrenes brudd. Det jeg opplevde som gjennomgående var at disse barna ikke fikk noen spesifikk oppfølging eller tilbud, noe som gjorde meg nysgjerrig på arbeidet med disse barna og familiene. De overnevnte aspektene ser jeg er min ryggsekk og motivasjon for å ta fatt på studien, slik Malterud (2011) omtaler forforståelsen. Dette har igjen dannet grunnlaget for min problemstilling og jeg ser derfor at problemstillingen vil prege hvordan jeg leser og forstår funnene.

Paulgaard (1997) viser til at en som forsker er nødt til å tre *inn* i det feltet som studeres for å oppnå innsikt, men samtidig være i stand til å stille seg *utenfor* i analyseprosessen for å kunne analysere de funnene som gjøres. Når en studerer ens eget felt er en som forsker allerede innenfor feltet før studien starter, og Paulgaard viser til at det kan være både fordeler og ulemper ved å ha en slik nærhet til det feltet en forsker i. Det positive med min forforståelse er at mine teoretiske kunnskaper knyttet til helsesøsterfaget hjelper meg til å følge mine helsesøsterinformanter under intervjuene. Jeg vil derfor også kunne stille oppfølgingsspørsmål når de snakker, noe som igjen vil kunne gjøre at jeg får et bredere materiale. Dette tenker jeg er i overensstemmelse med det Paulgaard (1997) skriver om at ens forforståelse også er en forutsetning for å få innsikt, og at nærhet til informantens kunnskapsgrunnlag er en fordel og kan forhindre misforståelser og tap av mening underveis. Jeg har heller ikke arbeidet som helsesøster etter endt studie, da jeg startet direkte med

masteroppgaven og i dag fortsatt jobber som sykepleier. Det har gjort at jeg ikke har opparbeidet meg praktisk erfaring fra helsesøsteryrket, noe som jeg tenker kan gjøre at jeg stiller meg mer åpen for informantenes erfaringer og synspunkter. Jeg er åpen for at det kan fremkomme aspekter som jeg ikke kan ha vært bevisst tidligere.

I tillegg til min erfaring fra praksis med flere skilsmissebarn som gav uttrykk for å ha det vondt og vanskelig, har jeg også lest mye forskning og litteratur som viser at skilsmissebarn har større risiko for å utvikle psykiske vansker. Jeg skal heller ikke legge skjul på at jeg også har personlige erfaringer med det å være skilsmissebarn, noe som vil prege min forforståelse da dette er kunnskap jeg ikke kan komme utenom. Jeg ønsker å sette fokus på denne gruppen av barn fordi jeg vet hvor smertefullt et brudd mellom ens foreldre kan være. Disse momentene ser jeg kan føre til det Paulgaard (Whitehead 1991, i Paulgaard, 1997) skriver om at forforståelsen kan ødelegge for den egentlige innsikten ved å gjøre forskeren ”blind” i forhold til å se og beskrive det underforståtte i informantenes virkelighet. Dette vil jeg unngå ved å virkelig lytte til det datamaterialet forsøker å fortelle meg og være åpen for de synspunkter og erfaringer om emnet som helsesøstrene sitter inne med. Dette var noe jeg også var oppmerksom på under utarbeidelsen av problemstillingen og intervjuguiden, hvor jeg valgte å gå bredt ut for å utforske temaet. Jeg var bevisst på å ikke stille spørsmål basert på mine personlige erfaringer eller forhåndservervede kunnskaper om skilsmisse som skadelig for barn. Jeg var oppmerksom på å stille meg åpen og undrende til de spontane beskrivelsene som helsesøstrene hadde. Åpenhet hos forskeren vil si å ha muligheten til å bli overrasket og være sensitiv til det uventede og uforutsette (Dahlberg, Dahlberg, & Nyström, 2008). Det er slik jeg forstår at jeg kan oppnå det Gadamer (1999) omtaler som horisontsammensmelting, der min forforståelse smelter sammen med den nye kunnskapen og innsikten, og med det danner min nye forståelse. Jeg har opplevd at min forståelse har vært i en kontinuerlig endring gjennom hele skriveprosessen. Stadig har jeg blitt overrasket over momenter som jeg ikke hadde forutsett som aktuelle for arbeid med skilsmisseproblematikken.

Den hermeneutiske sirkelen

Ved at min forståelse har vært i bevegelse gjennom hele oppgaveprosessen har jeg opplevd at jeg har måttet gå tilbake, tenke nytt, endre og tilpasse både problemstillingen og det teoretiske grunnlaget for å forstå funnene i et nytt lys. Stadig har jeg måttet gå tilbake til både intervjuopptakene og de transkriberte intervjuene for å forsikre meg om at jeg ikke har oversett noe og for å være sikker at jeg har oppfattet det som jeg trodde. Spesielt var dette nødvendig i analyseprosessen hvor jeg stadig måtte vende tilbake til kildene mine for å lytte og lese på nytt det de hadde beskrevet. Jeg opplevde flere ganger at ved å lese tekstene gjentatte ganger så jeg stadig empirien i et nytt lys, noe som gjorde analyseprosessen tidkrevende. Denne måten å jobbe på kan ses på som en sirkel eller spiral, og jeg ser at det samsvarer med det Gulddal og Møller (1999) omtaler som den hermeneutiske sirkel hvor en pendler mellom helhet og deler i søken mot den egentlige innsikten. Helheten forstås på bakgrunn av alle delene, men samtidig kan ikke de enkelte delene forstås uten helheten. Slik kan en alltid komme frem til en dypere og ny forståelse av feltet en studerer ved å se delene og helheten i en sammenheng med hverandre (Gulddal & Møller, 1999). Slik ser jeg at jeg gjennom å arbeide i en sirkel i alle delene av oppgaven vil ha muligheten til å få en dypere innsikt i mine informanternes beskrivelser av sitt arbeid.

4.1.2 Intervju

For å innhente erfaringene hos helsesøstre valgte jeg å benytte meg av intervju, der jeg samtalte med og lyttet til det informantene hadde av erfaringer fra praksis. Til det støtter jeg meg til Kvale og Brinkmann (2010) som skriver at intervju er en fremgangsmåte for å få vite noe om informantenes erfaringer gjennom å stille spørsmål og lytte til det de forteller. Jeg benyttet meg av semistrukturerte intervju som er verken er for lukket eller for åpent. Med bakgrunn i kapitlet om min forforståelse tenker jeg at det er viktig at intervjuene ikke ble for lukket. Det kunne da ha skyldtes at min forforståelse hadde tatt en for dominerende plass i intervjuguiden og gjort at informantene ikke fikk rom til sine spontane erfaringer. Dette forsøkte jeg å unngå ved å hele tiden være bevisst min forforståelse og ikke la den prege spørsmålstillingen. På samme måte ønsket jeg ikke at intervjuene skulle være for åpne heller, da det kunne ha ført til at både jeg som intervjuer og informantene ikke hadde

forholdt oss til temaet og problemstillingen. Dette er i henhold til hvordan Malterud (2011) definerer et semistrukturert intervju som en samtale som verken er for åpen uten mål og mening og heller ikke for lukket. Det kan stenge for ny innsikt og informantenes spontane tanker og erfaringer. Dette forsøkte jeg å unngå ved å utarbeide en intervjuguide i forkant av intervjuene for å ha en noe overordnet struktur i intervjuene.

4.1.3 Intervjuguide

Et semistrukturert intervju krever at en utarbeider en intervjuguide med de temaer som en ønsker at informanten skal si noe om under intervjuet. Temaene utarbeides på bakgrunn av problemstillingen og målet er at informanten skal snakke så fritt som mulig (Polit & Beck, 2012). Intervjuguiden er ment som en huskeliste for forskeren til å bruke under intervjuene. Denne skal ikke følges slavisk, men en skal være åpen for nye spørsmål og vinklinger fra informantene som en ikke har tenkt på eller sett på som relevant tidligere (Malterud, 2011). I min intervjuguide delte jeg spørsmålene inn i ulike temaer hvor hvert tema igjen har flere underspørsmål. Spørsmålene som ble stilt rettet seg i hovedsak mot hvordan helsesøstrene erfarte å komme i kontakt med skilsmissebarn, arbeidsmetoder i møter med skilsmissebarn, utfordringer knyttet til dette arbeidet i skolehelsetjenesten og samarbeid med foreldre og andre yrkesgrupper. Min intervjuguide følger med som vedlegg nummer 1. Med denne intervjuguiden tenker jeg at jeg lot intervjuet være åpent, men samtidig med visse føringer som er lagt i temaene.

4.1.4 Utvalg og rekruttering

På bakgrunn av min problemstilling og mitt ønske om å se problemstillingen fra et helsesøsterperspektiv, ble det naturlig for meg å søke helsesøstre som relevante informanter til mine intervju. Dette definerer Malterud (2011) som et strategisk utvalg, noe som hun beskriver som å velge ut informanter på bakgrunn av at en ønsker å få best mulig svar på den gitte problemstillingen. En søker altså relevante kilder ut i fra hvilket perspektiv en ønsker å se problemstillingen i fra. Videre var det et ønske fra meg om at informantene skulle ha erfaring fra arbeid ved barne- og ungdomsskoler, da jeg tenkte at det ofte er der helsesøstre vil møte skilsmissebarn og problematikken rundt det. Dette var noe jeg understreket når jeg søkte etter informanter og er derfor erfaringer som alle mine fem informanter innehar. Jeg hadde

først sett for meg at mine utvalgte informanter skulle ha minst fem års arbeidserfaring som helsesøster i skolehelsetjenesten, men dette viste seg å være et strengt krav og noe som vanskeliggjorde muligheten for å få informanter. Jeg gjorde derfor om på det kravet og de utvalgte helsesøstrene har ulik erfaringslengde fra tjenestefeltet, og varierer fra 1,5 år og til 24 års erfaring på det meste. Dette tenker jeg var med på å se temaet fra ulike ståsted, noe som jeg ser på som en styrke i oppgaven.

Jeg var i utgangspunktet usikker på hvor mange informanter som var nødvendig for mitt prosjekt. Etter å ha gjennomført fem intervjuer satt jeg igjen med en opplevelse av at den informasjonen som var kommet frem var tilstrekkelig for å kunne trekke frem gjennomgående temaer for å svare på min problemstilling. Dette ser jeg også samsvarer med det Malterud (2011) kaller for et metningspunkt. Det beskriver hun som det punktet en er kommet til i datainnsamlingen når ytterligere intervjuing mest sannsynlig ikke vil føre til ny informasjon. Malterud skriver også at antallet informanter skal verken være for lite eller for stort, men at det viktigste er å ha et riktig utvalg av informanter fremfor å ha fokus på et bestemt antall. Jeg tenker at det strategiske valget av informanter gjorde at jeg fikk et riktig utvalg informanter som kunne svare på min problemstilling. I tillegg var også den gitte tidsrammen jeg hadde disponibel til oppgaveskrivingen passende til at empiri fra fem informanter var stort nok å jobbe videre med.

Helsesøstrene i min studie kommer fra tre ulike kommuner. Dette er egentlig tilfeldig da jeg først hadde tenkt at flere helsesøstre kunne stille fra hver kommune. Først da den ene kommunen svarte at de kunne stille med to informanter, tok jeg kontakt med den andre kommunen. I ettertid ser jeg at det kunne vært tidsbesparende og tatt kontakt med den andre kommunen i allerede i starten da disse kommunene hadde få helsesøstre ansatt. At det er helsesøstre fra ulike kommuner tenker jeg er en styrke for min oppgave fordi det gir et bredere bilde av erfaringer fra flere arbeidsplasser. Jeg opplevde at helsesøstrene hadde mye av de samme erfaringene på tvers av arbeidssted.

For å komme i kontakt med mine informanter sendte jeg mail til ledende helsesøster i de aktuelle kommunene med spørsmål om tillatelse til å intervju hennes ansatte helsesøstre, og med informasjon om studien og vedlagte samtykkeerklæringer. Jeg

opplevde at noen av de første kommunene ikke svarte på henvendelsen og måtte deretter ta kontakt med ytterligere to kommuner, som gav positiv respons. Da jeg hadde fått klarsignal fra ledende helsesøster i disse kommunene videresendte hun mailen med informasjon om studien, etiske retningslinjer og samtykkeerklæringen til sine ansatte. Samtykkeerklæringen ligger med oppgaven som vedlegg nummer 2. Deretter tok de interesserte helsesøstrene direkte kontakt med meg ved å sende samtykkeerklæringen i retur per post til meg. Jeg opplevde i en kommune at to helsesøstre sendte samtykkeerklæringene sine sammen i retur til meg, noe som gjorde at deres anonymitet overfor hverandre ikke ble ivaretatt. Videre tok jeg kontakt med de interesserte informantene for å avtale tid og sted for intervju. Jeg hadde presisert i samtykkeerklæringene at jeg var fleksibel i forhold til intervjusted og de kunne selv velge om de ville møtes på deres arbeidsplass eller om vi skulle finne et annet egnet rom. Fire av intervjuene fant sted på helsesøstrenes arbeidsplasser etter eget ønske fra dem. Det femte intervjuet fant også sted på informantens arbeidsplass, men siden dette i utgangspunktet var ment som et prøveintervju, fikk ikke den informanten samme mulighet til å velge intervjusted. Jeg vil vise mer til dette prøveintervjuet i avsnitt 3.1.5.

I ettertid av intervjuene ble jeg gjort oppmerksom på at enhetsleder i de aktuelle kommunene skulle ha godkjent bruken av intervjuene i min studie. Jeg tok derfor kontakt med hver enkelt enhetsleder i etterkant og beklaget at de ikke hadde blitt forespurt i forkant. De fikk da muligheten til å komme med innvendinger mot bruk av intervjuene og jeg var forberedt på at jeg ikke kunne bruke de dersom de ikke gav deres godkjennelse. Men alle tre stilte seg positive. I to av kommunene hadde også ledende helsesøster som jeg først hadde tatt kontakt med, allerede selv informert enhetslederne om studien min.

4.1.5 Gjennomføring av intervjuene

Jeg valgte å gjøre et prøveintervju både for å prøve meg selv i intervjusituasjonen og for å se hvordan intervjuguiden min fungerte, noe som også er i henhold til anbefalingen fra Polit og Beck (2012). Etter dette intervjuet gjorde jeg noen justeringer og presiseringer i intervjuguiden. I tillegg ble jeg etter å ha lyttet til opptaket bevisst på egen stemme og hvordan jeg kunne være mer tydelig i mine spørsmålsformuleringer og oppfølgingsspørsmål.

Etter prøveintervjuet satt jeg igjen med et inntrykk av at dette intervjuet hadde gitt meg mye og hadde bragt på banen veldig mange interessante momenter. Da jeg hadde utført de andre fire intervjuene bestemte jeg meg for å kontakte den helsesøsteren jeg gjorde prøveintervju med, for å spørre om hun syntes det var greit at jeg brukte det intervjuet i oppgaven. Dette var informanten positiv til, og hun fikk den samme informasjonen om anonymitet og samtykkeerklæringen som de øvrige informantene. Jeg ser at det at informanten under prøveintervjuet visste at dette var bare en prøve for meg, kunne ha lagt en demper på hennes informasjonsdeling og at hun kanskje ikke gikk like dypt inn i temaet. Likevel opplevde jeg det som at hun snakket og tok det på samme alvor som om at det var et ordentlig intervju. Det var også avgjørende for at jeg ville spørre henne om å få bruke det i studien.

De fem intervjuene varte mellom 1 - 1,5 time. Jeg startet intervjuene med å si litt om temaet og problemstillingen jeg hadde valgt og i hvilken aldergruppe mitt fokus lå. Jeg avklarte også begrepene skilsmisse og samlivsbrudd for å slå fast at temaet gjaldt barn fra både gifte og samboende foreldre. Intervjuene ble tatt opp på en båndopptaker som lå mellom meg og informantene, og jeg spurte alle informantene om det var greit at intervjuet ble tatt opp på bånd. Dette var også noe de var gjort oppmerksom på allerede i samtykkeerklæringen, og hadde derfor hatt tid til å forberede seg og ta stilling til om det var greit. Ingen hadde innvendinger mot dette. Jeg informerte også om min intervjuguide som inneholdt noen temaer som jeg ønsket at vi skulle snakke om, men at jeg i utgangspunktet ville at de skulle snakke så fritt som mulig og var fri til å ta opp andre temaer som jeg kanskje ikke hadde tenkt på. I alle intervjuene startet jeg med å spørre om hvor de hadde jobbet som helsesøstre og hvor i tjenesten de hadde sin erfaring i fra. Jeg opplevde at alle helsesøstrene hadde mye på hjertet og var ivrige etter å fortelle og gi eksempler på situasjoner og problemstillinger de hadde stått i. Etter intervju nummer to løsrev jeg meg mer fra intervjuguiden, og på de siste intervjuene ble denne brukt mer som den huskelisten den er ment som. Under intervjuene opplevde jeg at flere av informantene kom inn på spørsmål tidligere enn jeg i utgangspunktet hadde satt det opp som tema i intervjuguiden. Dette var jeg ikke helt forberedt på i de to første intervjuene og lot det stresse meg litt i starten. Ut i intervjuprosessen merket jeg at jeg slappet mer av og lot

informantene snakke fritt for å ikke forhindre deres spontane tanker og erfaringer i å komme frem. Dette gjorde at jeg så nye sammenhenger og at enkelte momenter i intervjuguiden gikk inn i hverandre, noe som gav meg muligheten til å endre det til neste intervju. Under intervjuene opplevde jeg at det ikke alltid var nødvendig å stille underspørsmålene til hvert tema, da flere av informantene kom inn på disse uoppfordret. Dette gjorde at jeg følte at vi fikk en fin flyt i dialogen oss i mellom og jeg merket at jeg som intervjuer utviklet meg selv underveis i prosessen. Jeg syntes det var gøy å intervjuer og merket at når jeg klarte å slappe bedre av, gav jeg også informantene bedre tid før neste tema og spørsmål.

4.2 Transkripsjon

Før en kan starte på analyseprosessen må lydmaterialen fra intervjuene gjøres om til tekst. Dette kalles transkribering og Malterud (2011) skriver at en transkribert tekst aldri kan erstatte det faktiske råmaterialet, men vil alltid være begrenset fordi mening vil gå tapt i en slik omgjøring. Det er også stor fare for at mening kan gå tapt eller forvrennes dersom den som transkriberer ikke selv var tilstede under intervjuene. På bakgrunn av dette valgte jeg å transkribere alle fem intervjuene mine selv. Det gav meg også muligheten til å notere der jeg visste at informantene for eksempel hadde stoppet opp på grunn av at temaet var rørende å snakke om. Dette er noe en utenforstående ikke ville ha visst om, men som jeg hadde notert meg underveis i intervjuene. Jeg tenker også at jeg ved å transkribere intervjuene mine selv allerede da startet et viktig ledd av analyseprosessen, noe som også er i henhold til hva Malterud (2011) skriver. Allerede da så jeg mulige fellestrekk og gjennomgående temaer. Likeledes opplevde jeg under transkriberingen å se endringer jeg kunne gjøre både på intervjuguiden og i spørsmålsstillingen før neste intervju.

Hensikten med transkriberingen er å få frem det informantene snakket om. Når en snakker vil språket bli mer oppstykket, noe som i en omdannet skrevet tekst vil kunne virke usammenhengende. Forskeren skal være var for å ikke skrive så ordrett av lydbåndet at den skrevne teksten kan virke å latterliggjøre informantene. En kan derfor redigere bort enkelte ord for å få bedre flyt i teksten (Malterud, 2011). Jeg har på bakgrunn av det valgt å ikke skrive hver gang informantene begynner setninger med ”eh”, noe som jeg opplevde relativt ofte, men som jeg tenker er naturlig å si når en leter etter en måte å starte på. Jeg har heller tatt med dette ordet dersom det

kommer midt i en setning eller det stikker seg for informanten, da det da er mer naturlig at informanten kanskje er usikker. Alle intervjuene er transkribert på bokmål fordi jeg tenker at det gir en bedre flyt i teksten og ser ryddigere ut. I tillegg er det for å sikre anonymiteten hos mine informanter slik at dialekt ikke kan gjenkjennes. Jeg har også fjernet alle navn på informantene, skolene og navngitte eksempler som kom frem i intervjuene på bakgrunn av krav om anonymisering. Transkriberingen var veldig tidkrevende og jeg endte opp med 72 sider skrevet tekst som jeg tenker dannet grunnlaget for den videre analysen som omtales i neste avsnitt. For å sikre informantenes utsagn og stemmer, ble den transkriberte teksten kontrollert opp mot lydfilene flere ganger.

4.3 Analyse

Analysemetoden bør velges før en utfører intervjuene slik at analyseringsprosessen kan starte allerede under intervjuene og transkriberingen (Kvale & Brinkmann, 2010). Ved at jeg transkriberte alle intervjuene selv og at jeg gjorde det kort tid etter at hvert intervju hadde funnet sted, ser jeg at jeg allerede da starter et viktig ledd av analyseprosessen ved at jeg så konturer av mulige gjeldende temaer.

Målet med analysen er at den skal bygge en bro i mellom råmaterialet og de endelige resultatene ved at empirien blir fortolket og sammenfattet. Man stiller spørsmål til materialet sitt på bakgrunn av den valgte problemstillingen, og svarene forteller noe om mønstre og kjennetegn som identifiseres i materialet (Malterud, 2011). Her ser jeg at målet for analysen blir å finne den underliggende meningen i de transkriberte tekstene, jfr. de hermeneutiske prinsipper om fortolkning. Hvilken analysemetode som skal velges for å analysere intervjuer velges på bakgrunn av studiens formål og emneområde (Kvale & Brinkmann, 2010). Jeg har latt meg inspirere av en kvalitativ innholdsanalyse av Berit Lundman og Ulla Hällgren Graneheim. Deres kvalitative analysemetode er et mye brukt hjelpemiddel for å tolke tekster innenfor sykepleievitenskap. Den formen for analyse som går på menneskers erfaringer kalles for en induktiv tilnærming og er den som vil benyttes i det følgende (Lundman & Graneheim, 2008). Mitt mål var å få frem ulike kategorier og temaer som beskriver sentrale kjennetegn ved arbeidet med skilsmissebarn, som min problemstilling tilsier.

Slik jeg forstår Graneheim og Lundman (2004) er de skrevne og transkriberte intervjuetekstene det de omtaler som *analyseenhet* og som er mitt utgangspunkt for analysearbeidet. Jeg startet med å finne *meningsenheter* i teksten, noe som er det første steget i analysen. En meningsenhet er en meningsbærende del av teksten og kan være ord eller setninger (Graneheim & Lundman, 2004). Dette tolker jeg som et lite utsnitt av teksten. Et eksempel på en meningsenhet som jeg fant fra mine intervjuetekster er når en informant snakket om å bli for distansert fra foreldre: *”Jeg tror det at de er så sjelden hos oss gjør at det er vanskeligere å ta opp ting og vi blir for fjern for veldig mange”*.

Det neste steget i analysen er å *kondensere meningsenheten*, noe som Graneheim og Lundman (2004) omtaler som å gjøre en tekst kortere, samtidig som den sentrale meningen i tekstutsnittet bevares. Ved å kondensere den tidligere nevnte meningsenheten fikk jeg følgende kondensert meningsenhet: *”Sjeldne møter med helsesøster vanskeligjør det å skulle ta kontakt”*.

Steg tre i den kvalitative innholdsanalysen er å sette en *kode* på den kondenserte meningsenheten, som skal kort beskrive innholdet i enheten. Samtidig skal en løfte innholdet til et høyere nivå (Graneheim & Lundman, 2004). Dette forstår jeg som å sette en etikett på en eske for å kort vise til eskens innhold. Jeg fant følgende kode for den kondenserte meningsenheten *”Vanskeligere å ta kontakt”*.

Videre viser det fjerde steget at en skal lage *kategorier* som inneholder flere koder med et liknende innhold. Navnet på kategorien henviser til ”hva?” (Graneheim & Lundman, 2004). Mitt eksempel på en kategori er *”Sjeldne møter mellom foreldre og helsesøster i skolehelsetjenesten”* tenker jeg svarer på *hva* denne kategorien inneholder, nemlig den tidligere beskrevne koden.

Til slutt var det tid for å opprette ulike *tema* som igjen skal samle innholdet i flere kategorier med samme tema. Temaet svarer på spørsmålet ”Hvordan”, og beskriver den latente eller underliggende meningen i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Mitt tema for den overnevnte kategorien og to andre kategorier ble: *”Å oppleve at en blir for distansert fra foreldrene”*.

Jeg opplevde analyseprosessen som krevende og utfordrende. Det ble nødvendig å fargekode de ulike kodene, kategoriene og temaene for å holde kontroll på hva som var hva. Gjentatte ganger måtte jeg gå tilbake og endre navnene på kategoriene og temaene for å finne ut hva som passet hvor. Det var krevende å få det til å gå en rød tråd av mening gjennom prosessen, som til slutt skulle springe ut i kortfattede temaer med mye komprimert innhold. Gjennom den beskrevne analysen har jeg på bakgrunn av min problemstilling sammenfattet et stort materiale ned til fire relevante temaer som er som følger:

- Å oppleve at en blir for distansert fra foreldre
- Å ha obligatorisk oppfølging av alle skilsmissebarn
- Å finne og ta barnets perspektiv
- Å være avhengig av samarbeid med andre

4.4 Ethiske overveielser

Før prosjektstart sendte jeg søknad til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) der jeg fikk godkjenning til å starte med mitt prosjekt. Denne godkjenningen ligger med som vedlegg nummer tre. Ved å redegjøre for min forforståelse og beskrive min fremgangsmåte for innsamling av mitt materiale ønsker jeg å vise redelighet overfor mine lesere. Jeg har også ivaretatt etiske krav om frivillighet og anonymisering i forhold til mine informanter. Alle mine informanter fikk tilsendt informasjon om studiet i forkant av intervjuene og alle skrev under en samtykkeerklæring for å delta.

4.4.1 Pålitelighet og gyldighet

Studiens påliteligheten sier noe om troverdigheten til det materialet som er samlet inn og til det som foreligger som studiens resultater (Kvale & Brinkmann, 2010). Jeg har gjort rede for fremgangsmåten i forhold til hvordan jeg har fått informanter, gjennomføringen av intervjuene med hvilke spørsmål jeg stilte og hvordan jeg har transkribert og analysert intervjuene. Dette har vært viktig for at leseren min skal kunne følge mitt resonnement frem til de foreliggende resultatene. Jeg ser også betydningen av å gjøre rede for min forforståelse tidlig i oppgaveprosessen for å bli den bevisst og for å vise åpenhet til leseren. Samtidig måtte jeg også jobbe med meg selv for å legge min forforståelse til side, og jeg lot meg overraske over flere av

resultatene i analysen. Dette tolker jeg som at jeg har analysert tekstene med et så åpent sinn som mulig og at min forforståelse er blitt utfordret.

Studiens gyldighet sier noe om hvor gyldige studiens funn er. Det er viktig at en velger riktig metode for å kunne undersøke det en hadde tenkt å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2010). For å sikre resultatenes gyldighet er det viktig at en som forsker stiller spørsmål til seg selv i alle fasene av forskningsprosessen for å fange opp svakheter med eget prosjekt. Målet med det er at en skal stoppe opp og tenke, reflektere og regulere prosessen etter de svarene en får. En skal for eksempel spørre om studiens resultater har relevans for den problemstillingen en stilte i starten av oppgaven (Malterud, 2011). Jeg ser derfor betydningen av at jeg i alle leddene av forskningsprosessen har reflektert omkring de ulike fasene i prosjektet for å sikre relevansen sett ut i fra min problemstilling og studiens mål og hensikt. Som tidligere beskrevet har det vært nødvendig for meg å jobbe i en sirkel ved og hele tiden gå tilbake og gjøre om på oppgavens ulike komponenter. På den måten tenker jeg at jeg har forsøkt å sikre resultatenes gyldighet. Jeg ser på det som en styrke for gyldigheten til resultatene at jeg har informanter fra tre ulike kommuner som hadde mye av den samme erfaringen på tvers av arbeidssted. Svakheter ved studien mener jeg er at det er benyttet et lite antall informanter og at tidsrammen rundt oppgaven har vært begrenset.

5.0 FUNN OG DISKUSJON

Jeg vil i dette kapitlet presentere og diskutere de funnene som fremkom av min analyse og disse vil bli sett i lys av min problemstilling, oppgavens teoretiske ramme og tidligere forskning. Temaene fra analysen vil fungere som hovedoverskrifter i teksten og følges av flere underkapitler for å belyse det aktuelle temaet. Etter hvert tema vil jeg oppsummere og reflektere rundt hovedfunnene. I henhold til krav om anonymisering har de fem informantene blitt tildelt hvert sitt fiktive navn som er Anita, Bente, Cecilie, Dina og Eva. Disse navnene vil bli brukt aktivt i teksten.

5.1 Å oppleve at en blir for distansert fra foreldre

Helsesøstrene i skolehelsetjenesten hadde erfaring med at det var få foreldre som valgte å oppsøke dem for veiledning i forhold til sine barn i forbindelse med en skilsmisse. Flere av informantene gav uttrykk for å ha gode kunnskaper om skilsmisens påvirkning på barns utvikling og helse, og vektla derfor betydningen av å kunne veilede foreldre i en skilsmisseprosess. Men informantene opplevde å ikke komme i posisjon overfor foreldrene for å kunne veilede dem etter at barna var begynt på skolen.

5.1.1 ”Det at de er så sjelden hos oss gjør det vanskeligere å ta opp ting”

Informantene beskrev skolehelsetjenesten som en arena hvor de møtte foreldre mye sjeldnere enn det de opplevde var vanlig i helsestasjonsarbeidet. Anita hadde tanker omkring at de sjeldne møtene med helsesøster gjorde at foreldre fant det *vanskelig* å skulle ta kontakt for veiledning ved en skilsmisse. Hun var også opptatt av at det førte til at foreldre *ikke tenkte på* helsesøster som en aktuell plass å søke råd. Disse to aspektene tenker jeg hun formidlet gjennom følgende sitat:

Det er nok mange foreldre som ikke tenker på at de kan bruke helsesøster fordi det er så lenge siden de har vært her etter barnet var på skolestartundersøkelsen. De tenker ikke lengre på oss som en aktuell arena å gå til. Jeg tror det at de er så sjelden hos oss gjør at det er vanskeligere å ta opp ting og vi blir derfor for fjern for veldig mange.

Jeg har her forstått ordet ”fjern” som i betydningen av at Anita opplevde seg fysisk fjern og distansert fra foreldre til barn i skolehelsetjenesten. Også Bente hadde en liknende erfaring og beskrev det slik: ”Etter skolestartundersøkelsen så mister vi

barna og foreldrene litt. Du ser ikke hver enkelt lengre”. Jeg forstår Anita og Bente slik at deres erfaring fra arbeidet i skolehelsetjenesten ofte bar preg av å ha mistet den individuelle kontakten med foreldre og barn, etter at barnet hadde vært på skolestartundersøkelsen. Dette førte til at foreldre ikke brukte helsesøster til veiledning i samme grad og resulterte også i en begrenset individuell kontakt med familiene. Skolestartundersøkelsen er den første helseundersøkelsen i skolehelsetjenesten. I mange kommuner gjennomføres denne i helsestasjonens regi i løpet av det året barnet begynner på skolen (Misvær, 2009b). Både Anitas og Bentes erfaring var også at denne gjennomførtes på helsestasjonen.

På bakgrunn av min empiri, stiller jeg meg undrende til om det mine informanter beskriver kan ses i sammenheng med strukturforskjeller mellom helsestasjonen og skolehelsetjenesten. Helsestasjonsarbeidet er preget av at barnet og foreldrene følges opp med jevnlig kontroll fra fødselen og frem til barnet er fem år, noe som er i henhold til det anbefalte helsestasjonsprogrammet. Dette programmet gir foreldre en unik mulighet for minst 14 kontroller i løpet av disse årene hvor en kommer i direkte kontakt med helsesøster. Dette gir også helsesøster en mulighet til oppfølging av barnet og foreldrene og også en tidlig identifikasjon av eventuelle problemer (Heian, 2006). I skolehelsetjenesten får ikke barnet og familiene en slik tett oppfølging lengre. I henhold til Bentes erfaring om at hun i skolehelsetjenesten ikke lengre ser det enkelte barnet og foreldrene, ser jeg samsvarer med det Glavin og Kvarme (2003) skriver om at arbeidet i skolehelsetjenesten krever en annen tilnærming enn helsestasjonsarbeidet. Helsesøster er i skolen nødt til å oppsøke elever, foreldre og lærere for og markedsføre sin tjeneste for å bli brukt. Slik informasjon om hva helsesøster kan brukes til, kan formidles via skriv til hjemmet eller via foreldremøter (Misvær, 2009a). Helsesøster er så tilgjengelig for de som ønsker å snakke med henne. Jeg ser på bakgrunn av forskjeller i strukturering av tjenestene og arbeidsmetodene at overgangen fra helsestasjon og til skolen, avslutter en kontinuitet i kontakten mellom helsesøster og foreldre. Dette tenker jeg kan være en forklaring på det Anita og Bente beskrev som å miste kontakten med foreldrene og at det vanskeliggjør foreldrenes mulighet for kontakt og veiledning.

Jeg mener at tilnærmingen som blir brukt i skolehelsetjenesten er i overensstemmelse med min forståelse av et helsefremmende perspektiv. Et sentralt aspekt ved det helsefremmende arbeidet er at en skal gi enkeltmennesker kunnskap nok til at de kan vurdere egne behov og ta beslutninger i eget liv (Elo & Calltorp, 2002). Jeg tenker at ved å opplyse om hvilke problemstillinger helsesøster kan være behjelpelig med, lar hun det være opp til foreldrene selv å avgjøre i hvilken grad de har behov for å benytte seg av tilbudene eller ikke. Slik tenker jeg at foreldre selv får kontrollen over behov og beslutninger, noe som jeg ser samsvarer med prinsippet om empowerment og selvbestemmelse (Tveiten, 2007b).

Jeg undrer meg likevel over om en slik frivillighet gitt til foreldre virker mot sin hensikt når det blir så lenge mellom hver gang de møter helsesøster i skolen. Etter skolestartundersøkelsen utføres det oppsatte helseundersøkelser på 3., 7. og 8.trinn kun ved meldte behov. Ofte utføres den obligatoriske høydemålingen samtidig som vaksinasjon på de nevnte trinnene. Foreldre kan her inviteres til å være med, men det er ikke lengre en selvfølge. I tillegg skjer vaksinerings ofte i grupper av elever (Misvær, 2009b, 2009c). Skolen skal også drive med gruppeorientert helseopplysning til elever om forhold som angår deres helse (Samdal, 2009). Dette forstår jeg slik at helseundersøkelsene på de ulike alderstrinnene og helseopplysningen i grupper, er tilbud til elevene og ikke tilbud rettet mot foreldre. Som nevnt tidligere ser jeg at det i denne overgangen mellom helsestasjon og skolehelsetjenesten avsluttes en viktig kontinuitet i kontakten mellom foreldre og helsesøster. På bakgrunn av det igjen tenker jeg at det derfor skjer en slags endring i forhold til foreldrenes plass. Barnet stiller mer selvstendig da de ulike aktivitetene og møtene med helsesøster skjer innenfor skolens vegger. Jeg tenker at disse endringene kan føre til at foreldrene blir mer perifer, samtidig som det forventes at de skal ta kontakt for veiledning når det skjer noe i hjemme som er av betydning for barnet. Dette kan forklare Anita og Bentes erfaringer med at skolestartundersøkelsen blir den siste oppsatte kontrollen som gir foreldre muligheten til å komme til helsesøster. Samtidig vil det også bli den siste helseundersøkelsen hvor det forventes at både foreldre og barn må møte sammen.

Anitas erfaring fra helsestasjonsarbeidet var at foreldre ofte ikke tok opp problemer med helsesøster via telefon, men ventet heller til det var naturlig å komme til helsestasjonen på kontroll. Hun beskrev det slik: *”Mange kunne nok med fordel ha tatt kontakt med oss før, men de gjør det først når det er naturlig å komme hit”*. Dersom jeg speiler det Anita sier opp mot skolehelsetjenesten, er det nærliggende å tro at også foreldre der kan finne det utfordrende å skulle ta kontakt med helsesøster utenom oppsatte kontroller. Andreassen (2006) har i sin studie intervjuet foreldre om deres syn på helsestasjonstjenesten og har funnet at foreldre opplever den hyppige kontakten med helsesøster som noe positivt. Foreldrene beskriver at det er trygt og godt å komme på helsestasjonen og at det gir de en mulighet til å ta opp problemer eller spørsmål de lurer på fortløpende. De opplever at det støtter dem i sin foreldrerolle. Jeg forstår dette slik at de faste og kontinuerlige konsultasjonene på helsestasjonen er med på å hjelpe foreldre til å ta opp spørsmål i forhold til ivaretagelsen av sine barn, på bakgrunn av de utfordringer de står i der og da. Da min studie ikke dekker empiri fra foreldre selv kan jeg ikke med sikkerhet si at dette gjelder også for foreldre i skolehelsetjenesten. Men erfaringene fra helsestasjonen er verdt å merke seg. Helsestasjonen har også nærmere 100 % oppslutning av barn i sin målgruppe (Glavin & Kvarme, 2003), noe som jeg tenker er et signal på at struktureringen av denne tjenesten med hyppige kontroller, fungerer for å nå foreldre og barn.

Foreldre er den viktigste ressursen for skilsmissebarn og kvaliteten på deres funksjoner er ofte av forebyggende betydning for barnet (Vélez et al., 2011). Veiledning av foreldre i forhold til hvordan de kan ta vare på barna sine, hva barn i slike situasjoner har behov for og hvordan de kan gjøre denne belastningen noe lettere for barnet, ser jeg derfor på som essensiell. Jeg anser det som en mulighet en har til å forebygge at barnet utvikler psykiske vansker og på sikt, også psykiske lidelser. På bakgrunn av det mener jeg at det ville vært av betydelig karakter for det forebyggende arbeidet at distansen mellom foreldre og helsesøster i skolehelsetjenesten reduseres. Dette for å komme i posisjon til å gi denne viktige veiledningen. Jeg stiller spørsmål om det kan være slik at hyppigere og fastsatte kontroller også i skolehelsetjenesten kunne ha ført til at foreldre hadde brukt helsesøster mer for veiledning i forbindelse med sin skilsmisse. Det handler om at en hyppigere kontakt gjør det enklere å enten

søke hjelp eller at det gir flere kontaktpunkter og muligheter for oppfølging fortløpende i familiens hverdagsliv. Forskjellen fra i dag ville vært at foreldre da hadde blitt mer inkludert i skolehelsetjenesten og samtidig gitt en anledning til å ta opp spørsmål omkring det som er viktig her og nå i livet. Det kan selvfølgelig også gjelde andre problemstillinger foreldre opplever i sin hverdag, og ikke kun knyttet til skilsmisse. For en kan undre seg over hvilke andre forhold av betydning for barn som foreldre ikke søker veiledning for i skolehelsetjenesten på bakgrunn av det beskrevne. Jeg ser at en slik kontinuerlig kontakt også hadde gitt helsesøstre den samme muligheten som en har i helsestasjonsarbeidet til å fange opp barn og familier som har utfordringer på et mye tidligere tidspunkt. Å møte foreldre og barn til faste kontroller også etter at barnet er begynt på skolen, mener jeg kan skape noen møtepunkter som empirien min viser til kan være manglende i dag. Igjen kan det gi grobunn for en tettere og mindre distansert kontakt mellom hjemmet og skolehelsetjenesten, og øke muligheten for å styrke foreldrene i sin viktige rolle overfor skilsmissebarnet.

5.1.2 ”Det er det å finne en god måte der man kan snakke om det”

Både Bente og Cecilie var opptatt av at det var viktig å formidle kunnskap til foreldre om skilsmisse og dens mulige påvirkning på barnets helse og utvikling. Cecilie sa følgende om betydningen av kunnskapsformidling:

Foreldre på må en eller annen måte gjøres bevisst på at man forventer en viss type atferd når det skjer en skilsmisse. Man forteller jo foreldrene at den maten de spiser hjemme fører de videre til sine barn. Og det gjelder jo alt, psykisk helse også. Så foreldre har et stort ansvar og må vite om disse tingene.

Med dette forstår jeg det slik at Cecilie er opptatt av at foreldre må bevisstgjøres på at deres atferd og ivaretagelse av barnet i tiden rundt og etter en skilsmisse er av betydning for barnets helse og tilpasning. Også Bente var opptatt av at kunnskap om skilsmisse og ivaretagelse av barnet i denne tiden er av essensiell betydning. Hun beskrev det slik:

Jeg er opptatt av å få synliggjort mer av skilsmissevevttreglene. Jeg liker dem. De kunne jeg godt tenkt meg kunne vært mer synliggjort sånn at man kunne vært der og forebygget. Samtidig så skal en ikke gå å reklamere for skilsmisser. Det er vanskelig å finne en god måte der man kan snakke om det.

At dette er noe som alle skal vite om finnes. Det kunne vært med å forebygget mye mer.

Skilsmissevettreglene som Bente her omtaler viser til kunnskap som er viktig for foreldre å huske på ved en skilsmisse for og på best mulig måte ivareta barna i skilsmisseprosesser (Grøholt et al., 2008). At kunnskapsformidling til foreldre er av betydning for skilsmissebarns tilpasning viser også Velez (et al, 2011) og Melnyk og Alpert-Gillis (1997) til i sine artikler. De konkluderer med at økt kunnskap hos foreldre i forhold til ivareta sine barn er av stor forebyggende betydning fordi det styrker foreldrene i sin rolle. Likevel tolker jeg Cecilie og Bentes erfaringer dit hen at de er usikre på *hvor* og *hvordan* denne kunnskapsformidlingen skal foregå. Dette mener jeg fremkommer gjennom uttrykk som ”på en eller annen måte” og ”vanskelig å finne en god måte”. I det undrer jeg meg over om det kan være slik at det er utfordrende å finne en *kanal* for å nå med denne kunnskapen til foreldre, slik at det skal være noe alle kjenner til den dagen skilsmissen eventuelt skulle bli en realitet for dem.

I forrige avsnitt viste jeg til hvordan de få møtepunktene mellom helsesøstre og foreldre kan føre til distanse dem i mellom og hvordan det igjen påvirker helsesøstres mulighet for å veilede i ny problematikk som oppstår. I dette avsnittet mener jeg at en liknende distanse viser seg ved at helsesøstrene finner det utfordrende å skulle ta opp temaet skilsmisse for å gjøre denne kunnskapen allmenn. Det kan derfor være et tema det blir unngått å snakke om. Jeg tolker Bente og Cecilie slik at dette er utfordrende å spre kunnskap om et tema når foreldre ikke har etterspurt dette. Å ta utgangspunkt i temaer som foreldrene selv har tatt opp, ser jeg samsvarer med hvordan Tveiten (2007b) definerer empowerment som å ta utgangspunkt i de enkelte foreldres behov for kunnskap under hver konsultasjon. Dette forstår jeg slik at ved å ta utgangspunkt i det brukeren har spørsmål om, lar en samtidig brukeren definere hva som er viktig og ønskelig med veiledning om. Wetlesen (2004) skriver også at veiledning av foreldre kan kalles foreldrestøttende arbeid og skal dermed ta utgangspunkt i det foreldrene selv tar opp til undring om barns omsorg og utvikling. Dette ser jeg er et fundamentalt prinsipp i det helsefremmende arbeidet som tar sikte på å styrke enkeltmennesket til selv å definere hva som er viktig i sitt liv. Jeg ser på bakgrunn av det, hva Cecilie og Bente mener om at det er vanskelig å skulle ta opp skilsmissevettregler til en familie

som egentlig har behov for veiledning i forhold til for eksempel leggerutiner og søvn. Det vil gjelde både på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Dette mener jeg også kan sette helsesøstre i et dilemma i forhold til om hun skal dele den kunnskapen hun sitter inne med til alle foreldre, eller kun ta utgangspunkt i det som foreldre stiller spørsmål om.

Det overnevnte ser jeg står i sammenheng med hvordan Olesen (1999) beskriver at helsesøstre kan stå i et dilemma for hvor mye en skal blande seg inn i familiens privatliv med de kunnskapene som hun besitter. Olesen henviser til et eksempel på hvordan helsesøstre på hjemmebesøk opplever det som utfordrende å finne en måte å ta opp det med røyking og barn med foreldre på, når foreldrene ikke har spurt om dette selv. Som helsesøster kommer en da tett inn på foreldrenes valg av levemåte. Olesen skriver at en da er redd for å skulle gi foreldrene dårlig samvittighet med å ta opp dette temaet. Dette kan i teorien føre til at helsesøstre unngår å ta opp alle temaer som kan gi foreldre dårlig samvittighet eller som er vondt å høre om. Olesen omtaler dette for en konsensusstrategi hvor en unngår å ta opp temaer som kan støte eller provosere. Målet er da å bevare tillit og vise forståelse for familiens privatliv (Olesen, 1999).

Jeg tenker at å skulle ta opp og formidle kunnskap om skilsmisse til foreldre kan sammenliknes med det å skulle ta opp røyking fordi en da også trækker inn på foreldres private sfære. Det vil også kunne være med på å pålegge foreldre ekstra bekymringer for å skulle gjøre noe galt i forhold til sine barn dersom de skulle bestemme seg for å gå fra hverandre. Ramsdal og Egedius (2011) skriver at fokuset på skilsmisse som risikofaktor kan for mange oppleves som provoserende og unødvendig. Dette ser jeg samsvarer med det Kvarme (2007) og Førde (1996) skriver om at kritikk mot det forebyggende arbeidet ofte er rettet mot en stadig fokuserer på risiko, noe som kan ta i fra mennesker gleder i livet. Med dette forstår jeg at et for stort fokus på hva som kan gå galt med å ta opp ulike temaer som foreldre ikke har etterspurt, kan virke provoserende og gi et ensidig og destruktivt fokus på risiko.

Samtidig så ser jeg det Clancy og Svensson (2009) skriver om at helsesøstre sitter inne med mye kunnskap om barn og deres behov, men at de ofte er redde for å vise

det i frykt for å miste brukerne i tjenesten. Dette kan føre til at helsesøstre blir lite brukt av foreldre. Når Bente og Cecilie ikke har funnet en passende arena for å snakke om skilsmisse og spre kunnskap om temaet, ser jeg at det kan føre til at helsesøster heller ikke blir brukt for spørsmål omkring skilsmisse, slik Clancy og Svensson viser til. Dette ser jeg igjen kan føre til at helsesøster blir for distansert fra foreldre for å veilede angående skilsmisseproblematikk.

Jeg ser at helsesøster er satt til å veilede ut i fra brukernes behov i henhold til prinsipper i det helsefremmende arbeidet. Parallelt med dette undrer jeg meg over hvordan foreldre som ikke har fått kunnskaper om skilsmisens mulige negative konsekvenser, kan ha forutsetninger for å skulle ta kontakt med skolehelsetjenesten for veiledning. Å ikke ha kunnskaper om temaet mener jeg fører til at en som forelder heller ikke vet betydningen av å erverve seg kunnskap. Dette ser jeg i sammenheng med det Killén (2004) skriver om at ved å unngå å ta opp temaer eller bekymring med foreldrene bevarer man forholdet hyggelig og konfliktfritt. Men dette fører også til at man bagatelliserer hva som barnets faktiske behov og at det forhindrer foreldres mulighet for vekst og utvikling i foreldrerollen. Jeg mener at en forutsetning for at helsesøster skal bli benyttet av foreldre for veiledning i skilsmisseprosesser, er at foreldre vet hvilken kunnskap helsesøster besitter og at de er gjort kjent med at skilsmisse kan være en risikofaktor for barns helse. Uten en slik kunnskapsformidling anser jeg det som naturlig at foreldre ikke bruker helsesøster og at det derfor skapes en distanse mellom henne og foreldrene i forhold til denne problematikken. Som Cecilie sa, er en i helsesøstertjenesten opptatt av å gjøre foreldre bevisste på hvordan mat og fysisk aktivitet påvirker helsen til barn. Utfordringen fremover bør ha fokus på å finne en arena hvor temaet skilsmisse kan tas opp med alle foreldre slik at det også er kunnskap som gjøres allmenn. I tillegg ser jeg betydningen av at det på denne arenaen gjøres kjent at dette er noe helsesøster kan være behjelpelig med.

5.1.3 ”Skilsmisse kan være sårt for mange foreldre å snakke om”

Flere av informantene var inne på at skilsmisse ofte blir sett på som innenfor den private sfære og derfor kan være utfordrende for foreldre å snakke om. Eva sa: *”Man skal være årvåken for at man trår inn i noe veldig privat og noe veldig sårt. Det er utfordrende”*. Cecilies erfaring var at slett ikke alle foreldre ønsket veiledning om

dette temaet. Hun sa: ”Noe som er utfordrende i dette arbeidet er at man er på en privat arena. Det er forskjell på hvor åpne foreldrene er for det eller hvor avvisende de er for veiledning”. Helsesøster Eva var opptatt av hvordan foreldre kunne unngå å ta opp temaet skilsmisse med helsesøster fordi det kunne være sårt å snakke om. Hun sa:

Foreldrene bekymrer seg nok mye for hvordan ungene egentlig har det, men det er så sårt for de å snakke høyt om til helsesøster fordi de vet jo at dette er noe de som voksne har bestemt på vegne av sine barn.

Med disse beskrivelsene fra min empiri, forstår jeg det slik at det for foreldre kan være veldig vondt å snakke om og å gå inn på skilsmisens innvirkning på barnets trivsel og helse. At foreldrene ikke ønsker å snakke om skilsmisene med helsesøster mener jeg kan føre til at helsesøstrene blir for distansert for å kunne hjelpe. Helsesøstrene slipper ikke til for å veilede, da foreldre ikke ønsker det. Dette ser jeg er i overensstemmelse med det Ramsdal og Egedius (2011) skriver om at skilsmisse er for mange foreldre vanskelig å snakke om fordi de naturligvis ikke ønsker å påføre barna smerte. Også Nicolaysen (2006) skriver at foreldre ofte kan se på skilsmisene som så vondt at en bare ønsker å legge den bak seg og ikke snakke mer om det. Wetlesen (2004) skriver at det kan være vanskelig for foreldre å blottlegge sin sårbarhet og gi helsesøster innsyn i sin private sfære ved å etterspørre veiledning i forhold til sine barn.

Foreldrenes samliv og veiledning i forhold til å *bevare* samlivet er et emne som går igjen i de ulike konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet. Hensikten er å forsøke å forebygge at samlivsbrudd og skilsmisser finner sted ved å snakke om og gi informasjon om hvordan en kan ta vare på hverandre (Sandvold, 2006). Eva beskrev at hun hadde erfart at skilsmisse kunne være utfordrende for foreldre å snakke med helsesøster om fordi de følte skyld for den smerten de hadde påført barnet sitt. Dette fikk meg til å undre meg over om helsesøstres fokus på å forebygge samlivsbrudd i helsestasjonsprogrammet, kan være med på å gi foreldre skyldfølelse for å ha påført belastninger for barnet når de går fra hverandre. Dersom foreldre i tiden på helsestasjon får forståelsen av at dette er noe helsesøster ønsker å forebygge, ser jeg at et brudd også etter at barnet er begynt på skolen, vil kunne føre til at de opplever å ha mislyktes i forhold til hva de oppfattet som helsesøsters forventning til dem som

foreldre. Dette mener jeg står i sammenheng med det Clancy og Svensson (2010) skriver om at noen foreldre kan ha et ønske om å leve opp til det de tror er helsesøstres krav og forventninger. Det kan også føre til at foreldre ikke søker hjelp for sine problemer. Det vises til et eksempel i artikkelen der en mor på helsestasjonen sier til helsesøster at hun fortsatt ammer barnet sitt når det egentlig ikke er sant. Hun sier dette fordi hun tenker at det er det helsesøster forventer av henne som mor.

Jeg ser at å forebygge skilsmisse er et viktig primærforebyggende tiltak i henhold til Elo og Calltorp (2002) sin definisjon på primærforebyggende arbeid som å fjerne risikofaktorer som kan føre til sykdom. I den forbindelse ser jeg derfor betydningen av å ha fokus på å gi informasjon om hvordan en kan bevare samlivet, slik at foreldre skal ha kunnskaper til å ta valg omkring egen helse og eget familieliv. Dette mener jeg også samsvarer med prinsippet om empowerment i helsefremmende arbeid som tar sikte på å øke menneskers kunnskap for at de skal kunne ta beslutninger og valg på bakgrunn av behov og ønsker. I denne sammenhengen forstår jeg det slik at foreldre som har kunnskaper om hvordan en kan bevare forholdet kan ha et bedre utgangspunkt i utfordrende livsperioder enn foreldre uten slik kunnskap.

Men når foreldre kvier seg for å åpne seg om skilsmissen til helsesøster, slik Eva beskrev, undrer jeg meg likevel over om det kan være slik at denne typen informasjon og fokus kan misforstås av brukerne. Andrews (2009) skriver at et viktig prinsipp i dagens helsetjeneste er nettopp at praksisen skal basere seg på demokratiske idealer der brukerne skal ha rett til medbestemmelse. Et viktig mål for helsetjenesten er derfor å myndiggjøre brukerne for å ta valg omkring egen helse. Men Andrews henviser til Foucault (1977, i Andrews, 2009) som skriver at all helseinformasjon er maktutøvelse og forsøk på disiplinering. Helseinformasjon vil aldri være nøytral, fordi en gjennom informasjonsformidling uttrykker hva som er ønskelig atferd for foreldre og hva som er god omsorg for barn. I sammenheng med mitt funn, forstår jeg dette som at den informasjonen foreldre mottar om å forebygge samlivsbrudd, kan oppfattes som at helsesøster forsøker å disiplinere foreldrene til riktig og ønskelig atferd. Dette mener jeg kan ses i sammenheng med at Eva og Cecilie opplever seg for distansert i forhold til å veilede foreldre etter en skilsmisse. Foreldre kan ha opplevd

at det gjennom informasjon på helsestasjonen har blitt hentydet til hva som er ønskelig og akseptert atferd, og føler derfor at de ikke har levd opp til det.

Cecilie og Eva beskrev sine erfaringer som at de opplevde store forskjeller i om foreldre ville snakke med helsesøster om skilsmissen og at det var et tema som det var sårt å snakke om. På bakgrunn av det anser jeg det som verdt å spørre seg om det kan skyldes den oppfatningen foreldre kan ha fått allerede fra årene på helsestasjon og som vil henge med de inn i barnas skolealder. Jeg vil poengtere at jeg heller ikke her har empiri fra foreldre som sier dette med sikkerhet, men min empiri fra helsesøstre bekrefter likevel at det er noen forhold som gjør at foreldre ikke vil snakke om skilsmissen med helsesøster. Å føle at en ikke oppfyller helsesøsters krav og forventninger ser jeg kan være en årsak til dette. Dette ser jeg også i sammenheng med det jeg drøftet i forrige avsnitt i forhold til å synliggjøre sin rolle og kunnskap som helsesøster til også å gjelde skilsmisse, for og ikke gi et uttrykk for å veilede kun for å bevare samlivet. Når foreldre kanskje ikke vet det, mener jeg at helsesøster kan bli for distansert fra å hjelpe foreldre til og igjen hjelpe sine barn.

5.1.4 Oppsummerende refleksjoner

Jeg mener at mine funn i dette kapitlet knyttet til at helsesøstre ofte kan oppleve seg for distansert i forhold til å veilede foreldre som går gjennom en skilsmisse, viser noen begrensninger i de helsefremmende arbeidsmetodene i skolehelsetjenesten. I overgangen mellom helsestasjonen og skolehelsetjenesten forsvinner naturlige møtepunkter mellom helsesøster og foreldre. Dette er på bakgrunn av at foreldre selv skal ta kontakt ved behov for veiledning eller støtte. Dermed reduseres også mye av den kontinuerlige kontakten og distansen mellom dem øker. I tillegg mener jeg at en begrensning i helsesøsters arbeid med skilsmissebarn er at de skal ta utgangspunkt i foreldres spørsmål og behov i hvert møte, noe som jeg ser fører til at en mangler en passende arena for å samtale og spre kunnskaper om temaet. Disse to første punktene mener jeg står i sammenheng med prinsipper i det helsefremmende arbeidet, og som kan føre til økt distanse fordi helsesøster ikke blir benyttet som veileder. Jeg mener også at det kan ses på som en begrensning at foreldre kan vegre seg for å snakke med helsesøstre om dette temaet, fordi de kan ha fått et inntrykk av at det er å holde sammen som foreldre som er ønskelig av helsesøster. Igjen kan dette være et argument for at distansen til helsesøster øker.

5.2 Å ha obligatorisk oppfølging av alle skilsmissebarn

På spørsmål fra meg om hvordan en ideell måte å jobbe med skilsmissebarn på hadde vært, svarte noen av informantene at de skulle ønske at foreldre var pliktig til å informere skolen ved skilsmisse. Dette var fordi de så et behov for å kalle inn alle skilsmissebarn til samtale hos helsesøster. Informantene beskrev hvordan de observerte hyppigheten av problematikken ute i skolene og hvordan de opplevde å ikke ha noen oversikt over hvem skilsmissebarna var. Anita sa: *”Skilsmissebarn er den hyppigste problematikken vi har på barneskolen. Det er masse skilsmissebarn. Veldig masse. Vi har ingen oversikt”*. At informantene ønsket å følge opp alle skilsmissebarn tenker jeg kom frem gjennom følgende utsagn fra Bente: *”Jeg skulle ønske at vi fikk et slags varsel når det er skjedd en skilsmisse, så man kunne hatt en samtale like etter samlivsbruddet og så en periode etterpå igjen”*. Også Cecilie var opptatt av at skilsmissebarn burde bli tatt inn til obligatoriske samtaler hos helsesøster. Hun sa det slik: *”Det burde nok vært en slags automatikk i at når foreldre går i fra hverandre så blir barna tatt inn til faste samtaler hos helsesøster”*.

5.2.1 ”Kanskje vi kunne forebygget mer da”

Felles for alle informantene var at de hadde erfaring med at skilsmissebarn ikke ble fanget opp av skolehelsetjenesten før de hadde begynt å utvikle vansker. Det vil jeg vise til med følgende eksempler. Anita sa:

De ungene som fanges opp er gjerne de som for eksempel sliter med enten uro eller aggressivitet eller sliter på skolen, noe de ikke har gjort tidligere. For eksempel at de er ukonsentrerte.

Cecilie sier at det er også det som er den vanlige praksisen ved hennes skole. Informantene viser her at et gjennomgående trekk ved dagens praksis var at de opplevde å komme i kontakt med skilsmissebarn først når de hadde begynt å utvikle vansker. Først da ble det naturlig at barnet ble satt i kontakt med helsesøster. Bente hadde erfaring med å komme tidligere inn og sa:

De beste tilfellene for oss er der mor og far kommer til oss og sier at de har tenkt til å gå i fra hverandre. Jeg skulle ønske at vi fikk vite det så tidlig i alle tilfeller. Kanskje kunne vi ha forebygget mer da. Det er jo derfor vi er her.

Med det Bente, Anita og Cecilie her sier forstår jeg det slik at med et varsel fra foreldre og til skolehelsetjenesten ville helsesøster hatt muligheten til å ta barnet inn

til samtale allerede like etter en skilsmisse og så følge det opp i tiden etter. Bente uttrykte dette som et ønske om å kunne forebygge mer ved å komme inn tidligere. Med dette tenker jeg at Bente viser til at en gjennom skolehelsetjenesten kan nå ut til barn med å planlegge og gjennomføre tiltak som skal bedre deres helse (Haugeland & Torsheim, 2009). Eva var opptatt av hvordan skilsmisse mellom foreldre påvirket alle barn og at det alltid vil være en stor omveltning i barnets liv. Hun sa:

Veldig mange foreldre sier at i dag er det jo ikke farlig, fordi de er jo så vant til det å være skilsmissebarn. Det er jo så mange i hver klasse. Men da sier jeg at den enkelte ungen er ikke vant til det. Når det skjer så er det en kjempesvær ting i livet til ungen. Så de er ikke noe vant til det.

Med beskrivelsen fra Eva tenker jeg at hun viser til at alle skilsmissebarn må tas på alvor og at ingen av dem tar lett på at foreldrene skiller seg uansett hvor ”vant” de er til at andre barn er skilsmissebarn. Jeg forstår det slik at hun mener at alle skilsmissebarn har sin egen opplevelse av situasjonen med seg, og kan aldri bli vant til eller være forberedt på hvordan livet rundt og etter en skilsmisse blir. Også Grindal (2008) har i sin studie kommet frem til barnehageansatte ønsker informasjon ved foreldres samlivsbrudd og skilsmisse fordi det gav de en annen mulighet i oppfølgingen av barnet. De kunne da være på vakt og se og forstå barnets atferd på en annen måte enn om de ikke hadde denne informasjonen. Å skulle følge opp alle skilsmissebarn er også noe som Kleinsorge og Covitz (2012) og Melnyk og Alpert-Gillis (1997) konkluderer med. De er klare på at den personen som arbeider med disse barna bør samtale alene med alle skilsmissebarn rett etter bruddet for å kartlegge barnets behov og hvilke reaksjoner de har på det som har skjedd. Den videre oppfølgingen skal etter det basere seg på barnets videre tilpasning og behov. De viser til dette som en mulighet helsetjenesten har for å forebygge utviklingen av de negative konsekvensene av en skilsmisse hos barn.

Jeg mener at min empiri viser at helsesøstrene ønsket å komme inn på et primærforebyggende nivå både i forhold til kartlegging og tiltak rettet mot skilsmissebarn. Dette ser jeg samsvarer med målet med primærforebygging som er å rette fokus mot grupper som en vet er sårbare og fjerne de faktorene som kan føre til sykdom og vansker (Elo & Calltorp, 2002). Jeg har her tolket definisjonen av primærforebygging dit hen at mine informanter ønsker å intervensere i forhold til

skilsmissebarn før de rekker å utvikle vansker. Ut i fra min forståelse av forebyggende helsearbeid, tenker jeg at når helsesøstrene kommer i kontakt med skilsmissebarn som allerede er begynt å utvikle vansker, betyr det at de kommer inn på et sekundærforebyggende nivå (Elo & Calltorp, 2002). Det var også dette som var vanlig i dagens praksis, i følge mine informanter. På dette forebyggingsnivået vil målet være å stanse sykdomsprosessen som er i gang og viser seg gjennom symptomer hos barnet (Elo & Calltorp, 2002). På dette nivået anser jeg den patologiske prosessen som å være i gang. Barnet kan da ha utviklet vansker eller lidelser som vil kunne kreve behandling for og reverseres. Jeg ser at en obligatorisk oppfølging av skilsmissebarn, slik mine informanter foreslår, vil kunne spare disse barna for unødige plager som kunne vært unngått. Ønsket fra helsesøstrene om obligatorisk oppfølging også er i overensstemmelse med myndighetenes mål om å ha et spesielt fokus rettet mot barn og unge som står i fare for å utvikle vansker. De skriver også at hjelp skal tilbys på et så tidlig stadium som mulig slik at problemene ikke utvikler seg. Skilsmissebarn er definert som en risikogruppe for utvikling av vansker (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) og derfor ser jeg betydningen av en slik oppfølging og sikre muligheten for primærforebygging.

5.2.2 ”Foreldre kan ha nok med seg selv”

Dina var opptatt av hvordan foreldre ofte kan ha nok med seg selv i en skilsmissefase. Hun sa dette: *”Jeg ser jo at.. jeg skal ikke si at de glemmer ungene sine, men mange ganger så er foreldrene i en krise og mange har derfor nok med seg selv”*. Dette tenker jeg stemmer overens med det Killén (2004) skriver om hvordan foreldre som går gjennom en skilsmisseprosess kan være i en så stor krise at en ikke makter å ta seg av barna sine på en tilfredsstillende måte. Dina hadde også erfaringer med at hun i lang tid etterpå kunne få kjennskap til hvor vanskelig og utfordrende en skilsmisse hadde vært. Hun gav et eksempel på det:

Mor fortalte at skilsmissen mellom henne og pappaen hadde vært helt grusom på grunn av det høye konfliktnivået. Da sa jeg at det skulle hun fortalt meg tidligere slik at jeg kunne ivarett barnet hennes på en annen måte.

Jeg forstår Dinas beskrivelse dit hen at hun synes det er fortvilende at hun ikke hadde visst om den vonde skilsmissen mellom disse foreldrene og gav uttrykk for om hun bare hadde visst, så kunne hun ha forebygget mer. Det Dina sier her tenker jeg viser til at helsesøster har kunnskap om skilsmisens konsekvenser for barnet og hva barnet har behov for i en slik opprivende tid som skilsmisse kan være. Barn har i denne tiden behov for ekstra støtte, omsorg og forståelse, skriver Moxnes (2003).

Å skulle la foreldre vurdere behovet for inngripen og hjelp av helsesøster ser jeg samsvarer med prinsipper i det helsefremmende arbeidet hvor foreldre selv kjenner sine egne barn best og kan ta avgjørelser for barnet på bakgrunn av det. Jeg undrer meg likevel over om en slik tilnærming kan ha noen begrensninger når det kommer til muligheten foreldre har til å fullt og helt kunne vurdere og ivareta barnas grunnleggende behov i en slik tid. Dina hadde erfaringer med at foreldre kunne ha nok med seg selv i tiden etter en skilsmisse. Hennes eksempel tenker jeg viser at foreldre ikke nødvendigvis ser hva barnet har behov når de selv står midt i en slik krise. Også Killén (2004) viser til hvordan foreldre som går gjennom en skilsmisseprosess kan være i en krise som påvirker deres mulighet for å ivareta barnets behov.

Kritikk mot det helsefremmende arbeidet har vært rettet mot det faktum at foreldres og enkeltmenneskers rett til autonomi og medbestemmelse kan føre til sosiale forskjeller i helse. Dette skyldes at det er forskjeller i menneskers evner til å vurdere egne eller andres behov og benytte seg av kunnskap (Statens helsetilsyn, 1998). På bakgrunn av denne kritikken stiller jeg meg undrende til om foreldres grad av krise og mulighet til å vurdere barnets behov, kan føre til at mange skilsmissebarn ikke får den hjelpen de trenger hjemmefra. Jeg ser at ikke alle foreldre vil kunne vurdere barnets behov for ekstra omsorg og støtte i en slik tid, og i tillegg være i stand til å gi barnet dette. På bakgrunn av det kan jeg se betydningen av at helsesøster i skolehelsetjenesten får et varsel fra foreldrene når det skjer en skilsmisse, slik at hun kan ta inn alle barn til oppfølging. Det mener jeg vil kunne gi barnet en mulighet til å sette ord på hvordan det opplever det familien går igjennom i en tid hvor foreldres omsorgsevne kan være nedsatt. I tillegg vil en slik oppfølging gjøre at helsesøster

fungerer som en hjelper og støttende hånd for foreldrene som i en slik tid kan ha nok med seg og sitt.

5.2.3 ”Men det går jo bra med de aller fleste”

I forhold til det å følge opp alle skilsmissebarn var det også et annet perspektiv som gjorde seg tydelig. Anita sa:

Det går jo bra med de aller fleste, det er viktig å huske på. Det er jo ikke sånn at alle ungene trenger eller har behov for å gå til helsesøster eller i skilsmissegrupper.

Det som Anita her sier tenker jeg er et viktig poeng som går i mot det å kreve obligatorisk oppfølging av alle skilsmissebarn i skolehelsetjenesten, da det ikke er alle barn som har behov for det. Moxnes (2001) skriver også at selv om de aller fleste barn opplever foreldrenes skilsmisse som vanskelig, betyr ikke det nødvendigvis at de fortsetter å ha det vanskelig etter skilsmissen eller at de tar skade av foreldrenes brudd. Hun skriver også at ikke alle barn reagerer negativt på at foreldrene skal skilles, men at noen kan oppleve det som positivt eller ha en nøytral holdning til det.

Mitt funn og det Moxnes skriver bekreftes også av artikkelen til Haine med flere (2003) som omhandler forebyggende programmer for skilsmisserammede familier. Her bet jeg meg merke i en inndeling av skilsmissebarn og familier i grupper i forhold til deres individuelle behov for oppfølging i tiden etter en skilsmisse. ”*Divorcing families should receive the appropriate level of services*” (Haine et al., 2003, p. 403). Slik jeg forstår dette er de opptatte av å finne og tilby tilpasset oppfølging for hvert enkelt skilsmissebarn og dens familie. De deler skilsmissebarna inn i tre grupper. Den første gruppen er de barna som viser at de har det vanskelig og derfor har behov for behandling og disse blir tilbudt hjelp på et passende behandlingsnivå. Den andre gruppen av barn har ikke utviklet vansker enda, men kan være i risikozonen for å gjøre det over tid. Denne gruppen har derfor behov for tilpasset forebyggende strategier da en kan forhindre at vansker får oppstå. Den tredje og siste gruppen er barn som har liten risiko for å utvikle vansker, selv om de vil oppleve naturlig stress rundt skilsmissen. Det kan være nok for denne gruppen å vite hvem de kan snakke med dersom de har behov for å lufte sine tanker. Det fremkommer imidlertid at det

kreves mer forskning på metoder for å kategorisere og fordele hvilke barn som skal inn i hver gruppe (Haine et al., 2003).

Jeg tolker det dette slik at hvert enkelt skilsmissebarn og hver enkelt familie bør få individuelt tilpasset oppfølging basert på deres behov. Dette får meg til å undre meg over hvordan en obligatorisk inngripen fra helsetjenesten i familiene kan frata foreldrene sin rolle som den som kjenner barnet aller best og som er barnets omsorgsutøver. Dersom en tar inn alle skilsmissebarn til samtale hos helsesøster, tenker jeg at det ikke da tas hensyn til foreldrenes evne til selv og hjelpe sine barn eller tar utgangspunkt i foreldre og barns individuelle behov for hjelp.

På bakgrunn av dette ser jeg at en obligatorisk oppfølging av alle skilsmissebarn kan relateres til det som ofte er kritikk rettet mot det forebyggende arbeidet. Ved en slik oppfølging ser jeg at det er helsetjenesten og helsesøster som definerer behovet for barn og familier, slik Elo og Calltorp omtaler det forebyggende helsearbeidet (2002). Dette vil være uavhengig av foreldrenes egenskaper eller ønsker. Førde (1996) skriver i sin artikkel "Har Illich fått rett", om at Ivan Illich allerede i 1975 påpekte at helsevesenet er selv den største trusselen mot menneskets helse på grunn av det stadige fokuset på sykdom og helsetrusler. Førde peker på at risikofokusering kan føre til økt uro for at man skal bli eller være syk, og flytte fokuset fra å leve livet her og nå og heller fokusere på redselen for sykdom i fremtiden. Slik jeg forstår det Førde skriver sett i sammenheng med oppfølging av skilsmissebarn vil en for stor inngripen fra helsesøstertjenesten kunne føre til at foreldre blir stadig mer avhengig av helsesøsters bekreftelser i sin familiehverdag. I en forlengelse av dette tenker jeg at det kan gjøre at foreldre mister troen på selv i foreldrerollen fordi helsesøster griper inn i omsorgsutøvelsen som ligger essensielt i foreldrenes oppgaver. Dette mener jeg kan føre til at foreldre opplever seg som utilstrekkelig i foreldrerollen og føler at de ikke er gode nok. Dermed vil de kunne trenge bekreftelser på også andre arenaer i livet. Med bakgrunn i kunnskap om at ikke alle barn opplever skilsmissen til foreldre som noe negativt (Moxnes, 2001), ser jeg også at en slik oppfølging kan være med på å øke fokuset på risiko og sykkeliggjøring av barn som ikke i utgangspunktet hadde behov for det. Å sette et slikt likhetstegn mellom skilsmisse og sykdom ser jeg derfor kan føre med seg også noen negative aspekter.

5.2.4 Oppsummerende refleksjoner

Funnene mine i dette kapitlet mener jeg viser at en obligatorisk oppfølging av alle skilsmissebarn gir helsesøstre mulighet for å kunne komme inn og kartlegge og iverksette tiltak på et tidligere stadium enn de gjør i dag, noe som vil være i overensstemmelse med et primærforebyggende perspektiv. Jeg tenker at et viktig funn er også at helsesøstre har opplevd at foreldre kan ha nok med seg selv i en fase hvor krise og sorg er vanlig å føle på. En ser derfor betydningen av at barnet har noen andre nære voksne de kan snakke med. Å ha en obligatorisk oppfølging av alle skilsmissebarn peker også på et annet aspekt, nemlig det faktum at ikke barn har dette behovet for oppfølging og intervensjon. Dette kan føre til at foreldre og barn opplever det som et pålegg og definert hjelpebehov fra staten, noe som kan gjøre at foreldre mister troen på sin egen mulighet til å hjelpe barnet sitt i denne livshendelsen.

Helsesøsters arbeid favner om en stor målgruppe og følgene av det er at ansvarsoppgavene favner vidt (Glavin & Kvarme, 2003). Konsekvensene av dette fører til at det er uklare grenser for helsesøsters inngripen i ulike situasjoner (Clancy & Svensson, 2009). Disse uklare grensene mener jeg blir tydelige i mitt funn fordi det fremkommer motstridende syn på en obligatorisk oppfølging av skilsmissebarn. Jeg ser at det indikerer diffuse grenser i forhold til når og om helsesøster skal gripe inn i denne problematikken, selv om helsesøster er satt til å forebygge skader i sin målgruppe. Dette tenker jeg igjen viser at det forebyggende- og helsefremmende arbeidet gir motstridende perspektiver på om helsesøster skal intervensjonere eller ikke. Ved å spørre seg om hva som er helsesøsters ansvar og mandat sett i forhold til hva som er foreldrenes ansvar i denne tematikken, mener jeg at det i mine funn fremkommer diffuse svar om det i det praktiske arbeidet.

5.3 Å ta barnets perspektiv

Min studie viser at helsesøstre var opptatt av de individuelle møtene med skilsmissebarna i skolehelsetjenesten. Blant mine informanter var det kun to som hadde erfaringer med bruk av skilsmissegrupper i skolen. Alle fem informantene snakket derimot mye om de individuelle møtene og derfor er også det valgt som fokus i studien. At skilsmissebarn kommer til skolehelsesøster for å lufte sine tanker og følelser omkring foreldrenes skilsmisse, er også noe jeg opplevde i praksis som

helsesøsterstudent. Informantene var opptatte av å bekrefte barnets følelser, hjelpe det til å kommunisere sine behov og å ta utgangspunkt i dets ønsker. Dette mener jeg viser at de var bevisste på å finne barnets perspektiv og møte barnet der det er. Barnets perspektiv kan defineres som å finne ut hvor barnet har sin oppmerksomhet og fokus og så ta utgangspunkt i det som kommer frem for å slik å kunne forstå hva barnet har behov for (Øvreeide, 2009).

5.3.1 ”Ofte er det så lite som skal til”

I skolehelsetjenesten opplevde mine informanter å møte skilsmissebarn enten ved at de selv oppsøkte helsesøster eller at lærere eller foreldre hadde bedt de gå til helsesøster. Cecilie hadde mest erfaring med at skilsmissebarna selv kom på hennes kontor. Hun sa: *”Jeg har åpen-dør dager der unger kan komme selv og da er det flere som snakker om ting og følelser som er relatert til at foreldrene har skilt seg”*. Jeg vil i det følgende vise til hvordan jeg forstår helsesøstrenes møte med skilsmissebarna sett i lys av Antonovskys teori om salutogenese.

Å bekrefte barnets følelser

Å møte skilsmissebarn var noe som alle informantene mine hadde erfaringer fra. Gjennomgående for dem var at de var bevisst på at det var viktig å bekrefte og normalisere de følelsene som barna fortalte om. Dina hadde erfaring fra dette: *”Det er så lite som skal til noen ganger, bare det at ungene får fortalt sin historie og jeg lytter”*. Eva var også opptatt av det å bekrefte og normalisere følelsene. Hun beskrev det slik:

Det er mange som går rundt og opplever å være så annerledes og at alt er rosenrødt for alle andre. Det er viktig å kunne møte dem, snakke med dem og normalisere følelsene. Møte dem der de er. At det er lov å føle det de føler og det er lov å tenke det de tenker.

At skilsmissebarn sitter inne med mange følelser, slik Dina, Eva og Cecilie beskriver, ser jeg samsvarer med det Kleinsorge og Covitz (2012) skriver om at skilsmissebarn ofte opplever sinne, frustrasjon, skyld, skam og tristhet. De skriver videre at det er viktig at barn får muligheten til å snakke om disse følelsene og møte støtte for sine opplevelser. Øvreeide (2009) skriver også at det er viktig for barn å få snakke om sitt liv og sine erfaringer med voksne, da det er avgjørende for mestring og selvforståelse.

På bakgrunn av det Kleinsorge og Covitz og Øvreeide skriver, mener jeg at helsesøstrenes arbeidsmetode med å bekrefte og normalisere følelser er i henhold til et viktig prinsipp i det helsefremmende arbeidet. Jeg ser at målet med denne tilnærmingen til skilsmissebarns følelser kan ses i sammenheng med Antonovskys definisjon av salutogenese som motstandskraft mot utvikling av sykdom. Salutogenesen tar sikte på å fremme det som styrker helsen fremfor å ha fokus på risiko og sykdom. At livet oppleves som forutsigbart, håndterbart og meningsfullt gir en følelse av sammenheng (Lindström & Eriksson, 2005).

Ved at barnet først fikk uttrykke sine følelser, mener jeg at helsesøstrene tok utgangspunkt i det som var barnets perspektiv og behov i situasjonen. Å normalisere de følelsene som barnet opplever som vanskelig i forhold til foreldrenes brudd, mener jeg kan være med på å gi barnet kunnskap om normalitet. I det legger jeg at ved at barnet får økt forståelse av at de tankene som han eller hun sitter inne med er normale, gjør at man kan forhindre at barnet opplever seg som annerledes enn andre, slik Eva forklarte. Denne økte kunnskapen som barnet erverver seg ser jeg som en motstandsressurs for å forhindre utvikling av sykdom som følge av å være et skilsmissebarn. En motstandsressurs er en kapasitet hos mennesket som det møter utfordringer med i livet og som kan virke beskyttende mot patogene faktorer. Slike ulike motstandsressurser kan være kunnskap, sosial støtte og nettverk, følelse av tilhørighet og kontroll i eget liv (Lindström & Eriksson, 2005). Jeg mener videre at denne kunnskapsøkingen utgjør den kognitive delen av salutogenesen. Dette ser jeg kan være med på å gjøre livet som skilsmissebarn mer *forutsigbart* og forståelig fordi det gir barnet en visshet om at dets følelser ikke er noe annerledes enn hva andre barn som har opplevd det samme, vil kunne føle. At følelsene kan argumenteres for samsvarer også med det Walseth (2009) skriver om at når en situasjon lar seg forklare kan det være med på å gjøre livet forutsigbart. Det er også slik jeg forstår Øvreeide (2009) som skriver at en dialog med et barn bør ha som mål å bekrefte og skape sammenheng for barnet. Når følelsene og erfaringene til barnet blir forstått og bekreftet, vil en som barn lettere kunne tåle og å selv regulere de påkjenningene som det opplever. På bakgrunn av dette forstår jeg det slik at det kognitive aspektet ved salutogenesen oppnås gjennom en formidling av kunnskaper om normalitet i forhold

til barnets følelser. Slik kan en hjelpe barnet til å håndtere og tåle de utfordringene som livet som skilsmissebarn kan føre med seg.

Å være et bindeledd mellom barnet og foreldrene

Flere av informantene var også opptatte av å være et bindeledd mellom barnet og foreldrene ved å hjelpe barnet si i fra om sine følelser og ønsker hjemme. Dina sa:

Jeg prøver å vise barna og ungdommene veien. Spør om de ville ha snakket med mamma eller pappa om det som plager dem. Hvis de ikke tør, hva skal så til for at de skal tørre? Jeg støtter dem på at det går an å si fra.

Også Bente snakket om det å oppfordre barn til å selv og si i fra selv hjemme om det som plaget dem, men hun påpekte samtidig at mange likevel ikke tør det:

Mange ganger tilbyr jeg meg å være den som innkaller til møte med foreldrene sammen med barnet eller ungdommen, der jeg representerer barnet og hjelper ham til å si sin mening.

I likhet med Bente fortalte også Eva om episoder der hun hadde avtalt med barnet at hun skulle ringe foreldrene og si at det var noe barnet hadde behov for å snakke om som han eller hun ikke fikk til å ta opp. ”Slik kan jeg hjelpe dem på veien”, sa Eva. Dina gav et eksempel på en gripende historie der hun hadde hjulpet en liten jente til å si i fra til foreldrene om hva hun syntes om sin samværsordning. Dina fortalte:

Jeg hadde inne en ei lita jente som fortalte meg at hun var så lei av å bo i en koffert fordi hun fikk aldri pakket ut. Denne jenta bodde en uke hos mamma og en uke hos pappa, men ønsket å kun bo hos mamma. Men det hadde hun ikke lyst til å si til pappa, fordi hun var redd han skulle bli lei seg. Jeg kjenner at jeg får klump i magen bare jeg tenker på det (Informanten er tydelig preget). Jeg fikk foreldrene til å komme hit til meg sammen med jenta og så fortalte hun det hun hadde på hjertet. Og så begynte hun å gråte. Da sa pappaen, vet du, så fint at du forteller dette, jeg har aldri tenkt som deg. Det var veldig sterkt.

Dinas rolle i dette eksemplet var å kontakte foreldrene for å avtale et møte og med det hjelpe den lille jenta til å si i fra om hvordan hun opplevde sin samværsordning. Også her ser jeg hvordan helsesøstre gjennom å være tilgjengelig for skilsmissebarn på skolen får mulighet til å hjelpe de ut i fra deres behov der og da. Dinas beskrivelse av situasjonen hvor hun hjalp den lille jenta til å kommunisere sitt ønske til foreldrene,

tenker jeg viser at hun fungerte som et bindeledd mellom barnet og foreldrene. Først hadde hun funnet jentas perspektiv for så å jobbe videre ut i fra det. Å være dette bindeleddet mener jeg samsvarer med det Antonovsky beskriver som den instrumentelle delen av salutogenesen (Lindström & Eriksson, 2005). Ut i fra min forståelse, tolker jeg dit hen at å få sagt i fra om sine behov og ønsker er med på å øke barnets opplevelse av å ha kontroll i sitt eget liv. Å ha kontroll og innvirkning på omgivelsene sine er definert som en viktig motstandsressurs for utvikling av sykdom. (Lindström & Eriksson, 2005). Betydningen av det er også noe Walseth (2009) fremhever ved å skrive at følelsen av å ha påvirkningskraft i eget liv og at en kan gjøre noe med et problem, kan føre til at livet blir *håndterbart*. At livet oppleves som håndterbart er den andre viktige komponenten for at livet skal kunne gi følelsen av sammenheng (Lindström & Eriksson, 2005). At barnet får hjelp til å uttrykke sine behov er viktig for barnets utvikling og deres psykiske helse, skriver Øvreide (2009). Jeg mener at ved å hjelpe barnet til å uttrykke sine behov formidles en teknikk for å håndtere utfordringer og mistrivsel på. Dette tenker jeg at barnet vil kunne ta med seg som en konstruktiv måte å også møte andre utfordringer på i fremtiden. Det er derfor jeg mener at det å være dette bindeleddet som helsesøster, gjør at en hjelper barnet til å tilegne seg en holdning om at det som er vanskelig går an å gjøre noe med.

Å ta barnet på alvor

Jeg mener at det å bekrefte barnets følelser og det å hjelpe barnet til å kommunisere sine behov, tyder på at helsesøstrene var opptatte av å finne barnets perspektiv og ta utgangspunkt i det. Det mener jeg også viser at de tok barnets opplevelse av situasjonen som skilsmissebarn på alvor. Jeg anser det som betydningsfullt at helsesøster har kunnskaper om skilsmissebarns normale reaksjoner på det som skjer hjemme. Dette gir de muligheten til å forstå barnet og møte det der det er i sin prosess. Jeg mener at dette kapitlet viser til at mine informanter hadde gode kunnskaper om dette. Igjen vil jeg peke tilbake på eksemplet fra Dina som beskrev en situasjon der hun la forholdene til rette for at barnet skulle få gi uttrykk for sitt behov for endring i den eksisterende samværsordningen. Jeg mener at dette viste at hun tok jentas tanker og ønsker på alvor og dette anser jeg som en anerkjennende og respektfull måte å møte skilsmissebarn på. Det er også noe som jeg ser samsvarer med den tredje faktoren i forhold til salutogenese som omhandler om at livet må oppleves

som *meningsfullt*. Mennesket kan oppleve mening gjennom at en ser at det er verdt å engasjere seg i eget liv. Dette er den motiverende komponenten i salutogenesen (Lindström og Eriksson, 2005). Barn som opplever at følelsene de har blitt tatt på alvor og at de får hjelp til det som plager dem, er viktig for at de skal oppleve motivasjon til å komme til helsesøster og snakke om utfordringer i livet. Hadde de ikke blitt tatt på alvor med sine tanker ser jeg at sjansen er stor for at de ved andre utfordringer ikke ville ha sett på det som meningsfullt å skulle gå til helsesøster. Likeså mener jeg at det er motiverende for den jenta i Dinas beskrivelse å se at det nytter å si i fra til foreldrene. Å ta barnet på alvor ser jeg kan være med på å gi det en følelse av å være betydningsfull og er derfor en viktig komponent i det å skulle oppleve sammenheng.

5.3.2 ”Barnet kan ofte sette begrensninger”

Min empiri viser også at veien videre etter et møte mellom helsesøster og skilsmissebarnet var ofte opp til barnet å bestemme. Noen var bare opptatte av å ha noen og fortelle sin historie til, uten at de ville at helsesøster skulle gjør noe mer med den. Dina hadde opplevd skilsmissebarn som ikke ville at foreldrene skulle få vite noe om hvordan de hadde det. Hun sa: ”*Mange ganger vil ikke ungene si det de føler til foreldrene sine fordi de er redde for at de skal bli lei seg. De er veldig lojale og redde for å såre*”. Anita hadde også opplevd flere ganger at barn nektet å la henne kontakte foreldrene for å hjelpe de med en utfordrende hjemmesituasjon. Hun beskrev det som følger:

Noen ganger kan jeg vite ting som jeg tenker at dersom jeg bare hadde fått lov til å fortelle dette til foreldrene så kunne de ha ordnet opp i det, men så får jeg ikke lov hos ungen. Så det er jo mange ganger at jeg kjenner på at barnet begrenser meg i å gi god veiledning til foreldrene. Dersom jeg bare hadde fått lov til å fortelle ting så hadde ting ordnet seg mye raskere, for det er ikke ting som er så farlig, men for ungene så er det kjempefarlig. Ofte så er ungene redde for at foreldrene skal bli lei seg. Det er en del uvettig foreldresnakk som gjør at ungene setter begrensninger. Det at foreldre for eksempel snakker om økonomi og lager dårlig samvittighet hos ungene av den grunn. De kan ikke være mindre hos mamma for da må mamma selge huset. Da blir det min oppgave å forsøke og overbevise ungen om at det kan være greit å si det hjemme likevel.

Slik jeg tolker det Anita og Dina sier så var det ofte av samvittighetsgrunner til foreldrene at barna ikke ønsket at foreldrene skulle få vite noe om hvordan de egentlig opplevde forhold knyttet til skilsmissen. At skilsmissebarn opplever dårlig samvittighet og ansvarfølelse for foreldrene stemmer også overens med det Flem (2001) har funnet fra sin forskning. Hun skriver at barn av skilte foreldre kan føle på en bekymring for hvordan foreldrene har det, og ha dårlig samvittighet overfor den ene forelder som det ikke er hos. Mange vil heller ikke fortelle hvordan de har det fordi de er redde for at foreldrene skal bli lei seg. Slik kan skilsmissebarn forsøke å legge forholdene til rette for sine foreldre og med det ta ansvar for og ikke forverre foreldrenes situasjon med å pålegge de sine bekymringer.

Ved å samtale med barnet ser jeg at helsesøster har muligheten til å finne barnets perspektiv og tilpasse seg hva som er viktig for barnet. Å respektere at barn ikke vil at foreldrene skal få vite om det de har snakket med helsesøster om, ser jeg er i overensstemmelse med det lovverket sier om taushetsplikt og barn. Foreldre har rett til informasjon om forhold som angår barns helse frem til de er 16 år gamle, men samtidig skal barnets mening alltid høres og vektlegges. Barn mellom 12 og 16 år har alltid rett til å uttale seg i saker som angår dem, og barn som er fylt 7 år kan også gis anledning til å uttale seg. Barns rettigheter sier at foreldre ikke bør bli opplyst om forhold som angår barnet dersom det oppgis grunner som en bør respektere (Kjønstad, 2009).

Samtidig beskrev Anita hvordan hun ofte kunne bruke mye og lang tid på å forsøke og overbevise barnet om gevinstene en kunne oppnå ved å fortelle hjemme om sine tanker og følelser. Med gevinst tenker jeg på at Anita sa at hun mente mange av disse tingene var noe foreldre kunne tatt tak i om de bare hadde blitt gjort oppmerksomme på det, og at det kunne gjøre situasjonen til det bedre for barnet. Ved å forsøke og overbevise barnet om dette, mener jeg at hun ikke uten overveielser godtok barnets ønske, men at hun også forsøkte å hjelpe barnet til å se muligheter og fordeler med å dele tankene sine med foreldrene. Øvreeide (2009) skriver at ved å tone seg inn og finne barnets perspektiv vil en også kunne få opplysninger om hvor barnet står og hva det har behov for støtte og informasjon om for å komme videre. I dette tenker jeg at måten Anita arbeidet på, viser at hun forsøker å støtte barnet på at foreldre gjerne vil

vite om hvordan barnet har det. Jeg mener derfor at Anita ikke bare var opptatt av å finne barnets perspektiv og så følge det uten flere overveielser, men at hun også forsøkte å utfordre barnets perspektiv ved å støtte og oppfordre til kommunikasjon.

Jeg ser at dersom Anita ikke hadde lyktes med å overbevise barnet om å kommunisere sine behov, kan det føre til at helsesøster blir satt i et dilemma. Dette dilemmaet mener jeg pendler frem og tilbake mellom ønsket om å hjelpe barnet og familien på den ene siden, og hensynet til taushetsplikten for barnet på den andre siden. Dette tenker jeg viser til det Glavin og Kvarme (2003) skriver om at helsesøstre alltid vil møte etiske utfordringer i sitt arbeid. Ofte kan helsesøstre bli stående i et dilemma mellom individets rett til å ta egne valg og helsesøsters ansvar for oppfølging og tiltak. Igjen ser jeg at det handler om det Tveiten (2007a) skriver om at brukeren har rett til å medvirke til avgjørelser i eget liv, men at helsesøster samtidig har plikt til å gripe inn dersom en mener at barnet ikke mottar adekvat omsorg fra sine foreldre.

Pasientrettighetsloven sier at foreldre har krav på informasjon som er nødvendig for å kunne oppfylle foreldreansvaret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Det får meg til å undre meg over hvor grensen går for når helsesøsters inngripen skal gå på bekostning av barnets ønsker. Hvor denne grensen går, eller hva som er adekvat omsorg for skilsmissebarn, sier mitt materiale ingenting om. Clancy (2012) skriver at ingen møter mellom helsesøster og brukerne av tjenesten er like. Derfor går det heller ikke an å sette opp en ferdig standardisert oppskrift for hvordan en skal møte den andre. Helsesøster må bruke skjønn til å vurdere hva som er det riktige å gjøre i enhver situasjon og Clancy henviser til Kari Martinsen (1999, i Clancy, 2012) som skriver at skjønn er en *handlingsklokskap* som en må bruke for å ta de riktige avgjørelsene.

”Helsesøster må bruke skjønn basert på livserfaring, et faglig kunnskapsgrunnlag, både praktisk og teoretisk, og la det smelte sammen med en visshet om at det er umulig å bli ekspert på et annet menneskes liv. Det kan føre til en mer ydmyk og undrende holdning å innse egne begrensninger og tåle usikkerheten som ligger i sårbarheten av å ikke vite hva som skal gjøres” (Clancy, 2012, pp. 69-70).

Dette forstår jeg slik at helsesøster i møte med skilsmissebarn som setter begrensninger for helsesøsters inngripen, krever at hun i en hver situasjon, ut i fra sitt

kunnskapsgrunnlag og sine erfaringer, stiller seg undrende til hva som er det riktige å gjøre. Det forutsetter også at hun tåler å stå i denne usikkerheten. Det handler om å ta i mot inntrykket som situasjonen forteller noe om. Dersom en handler ut i fra forhåndsbestemte regler, for eksempel å alltid fortelle foreldrene om hva barnet ikke ønsket hun skulle si, vil en ikke la seg engasjere av barnet på samme måte, skriver Clancy (2012). Dette forstår jeg slik at dersom en uten overveielser alltid går ut over det som er barnets ønske i situasjonen vil en ikke se barnet og være ydmyk for det en ikke vet. En vil da være mest opptatt av regler og av foreldres rettigheter enn å stille seg undrende til hva barnets ønske betyr.

Kontinuitet i møter over tid kan øke forståelsen for kompleksiteten i menneskers liv” (Clancy, 2012, p. 72). Jeg mener at dette sitatet fra Clancy viser at dersom Anita bruker tid i kontakten med barnet og avtaler flere møter, vil kontinuiteten i kontakten gi henne et bedre grunnlag til å vurdere hva som er riktig å gjøre. Jeg ser at en slik kontinuerlig kontakt også vil gi helsesøstre muligheten til å bli kjent med bakgrunnen for barnets ønske. Å lære og kjenne barnet på denne måten vil gi svar på i hvilken grad og på hvilken måte en skal utfordre det en har funnet som barnets perspektiv i situasjonen. Slik forstår jeg at helsesøsters arbeid med skilsmissebarn også kjennetegnes av udefinerte regler som krever bruk av skjønn.

5.3.3 Oppsummerende refleksjoner

Jeg forstår min empiri som at å bekrefte skilsmissebarnets følelser og å være et bindeledd mellom barn og foreldre, og gjennom det vise at en tar barnet på alvor, er viktige metoder i dette arbeidet. Dette mener jeg viser til at informantene var opptatte av å hjelpe skilsmissebarnet til *mestring* av sin situasjon. Mestring vil si at en som individ forsøker å regulere følelsene sine, tenkningen og atferden sin for å takle og håndtere en stressende situasjon (Wichstrøm, 2008). Barnet ble hjulpet til forutsigbarhet gjennom kunnskapsformidling, gjøre livet håndterbart gjennom økning av barnets påvirkningskraft og gi mening og motivasjon ved å anerkjenne barnet som betydningsfullt. Dette tenker jeg gjorde at barnet fikk hjelp til å regulere følelsene og sin atferd for å håndtere og mestre livet som skilsmissebarn. Dette ser jeg samsvarer med en aktiv problemløsning, som kan defineres som å gå inn for å redusere de faktorene som virker stressende på personen (Wichstrøm, 2008). På bakgrunn av dette

vil jeg si at et sentralt kjennetegn ved dette arbeidet går ut på å hjelpe barnet til mestring ved å finne beskyttelsesfaktorer mot de negative konsekvensene av foreldrenes skilsmisse. Slike beskyttelsesfaktorer skal forebygge og dempe risikoen for utvikling av sykdom til tross for at en eller flere risikofaktorer er tilstede (Kvello, 2008), og er slik jeg forstår det måten helsesøstrene møtte disse barna på.

Som tidligere nevnt var det kun to av mine informanter som hadde erfaring med bruk av skilsmissegrupper i skolen og derfor ble de individuelle møtene med skilsmissebarn valgt som fokus i min studie. Jeg vil likevel bare helt kort vise til hvordan jeg tenker at slike gruppebaserte intervensjoner fungerer i forhold til disse individuelle møtene. I slike grupper opplever skilsmissebarn at det å kunne identifisere seg med andre barn er viktig. I tillegg skriver Egge (2012) at møter i slike grupper er positivt for barn fordi de opplever å ha et fristed hvor åpenhet, gjensidig støtte og bekreftelser er sentralt for den effekten som slike grupper har. Jeg ser at de individuelle møtene som er beskrevet i dette kapitlet, vil kunne dekke mye av det samme som disse gruppene, men at det også er noen forskjeller i hva barnet har mulighet til å oppnå. I gruppene hadde barna muligheten for gjensidig støtte og identifikasjon med andre barn med like erfaringer, noe som de individuelle møtene ikke nødvendigvis gir. Dette førte til en felles identitet og mulighet for å støtte hverandre. I Egges studie pekes det på at en slik opplevelse av felleskap gir en unik følelse av *å bli forstått*. Slik forstår jeg at disse individuelle møtene fortsatt vil mangle noe som de gruppebaserte metodene kan gi. Dette er ikke noe jeg vil gå videre inn på i denne omgang, men som likevel er verdt å merke seg. Jeg ser også at slike grupper kan være positivt for helsesøsters mulighet til å nå flere barn med samme problematikk samtidig.

Jeg mener også at min empiri viser til at helsesøstre i møtet med skilsmissebarn ofte kan settes i et dilemma mellom barnets ønske og hennes ansvar for inngrep. I en forlengelse av det ser jeg at det blir viktig å fortsette og forsøke å finne og utfordre barnets perspektiv, men at det fordrer bruk av skjønn og tid for å forstå hva som blir riktig å gjøre i den gitte situasjonen.

5.4 Å være avhengig av samarbeid med andre

Et viktig funn er også at informantene var tydelige på at de var avhengig av samarbeid med lærere i sine forebyggende muligheter i arbeidet med skilsmissebarn.

5.4.1 "Lærerne er en viktig samarbeidspartner"

Alle mine informanter arbeidet i skolehelsetjenesten og hadde sine erfaringer fra både barneskoler og ungdomsskoler. Under intervjuene spurte jeg om hvordan de som oftest kom i kontakt med skilsmissebarn i skolen. Flere av helsesøstrene var opptatte av hvilken betydning lærerne på skolen hadde for deres muligheter for å komme i kontakt med disse barna. Lærerne ble fremhevet som den yrkesgruppen som helsesøstrene samarbeidet mest med og en god dialog med dem var noe informantene trakk frem. "Jeg har mye dialog med lærerne og kan få signaler dersom det er en elev som strever og har sånn og sånn atferd i klasserommet" (Bente). Også Cecilie snakket varmt om hvordan lærerens posisjon blant elevene kunne være med på å hjelpe helsesøstrene til å avdekke skilsmissebarn som sliter:

Lærerne er viktige samarbeidspartnere. De er jo nær barnet og ser barnet i klasserommet og ser hvordan de.. ja de fanger opp hvis de har inntrykk av at en unge ikke har det bra.

Informantene mine viser til lærernes unike plassering ute i klassene som av essensiell betydning for å fange opp skilsmissebarn som trenger det. Dette mener jeg også peker på en begrensning i hvordan muligheter helsesøster har til og selv avdekke og fange opp skilsmissebarn i skolehelsetjenesten. Det ser jeg også i sammenheng med den tidligere diskusjonen omkring at helsesøstrene i min studie viser til behov for en obligatorisk oppfølging av skilsmissebarn for å øke sine forebyggende muligheter. Jeg ser at når en slik oppfølging ikke er tilstede, vil det være både naturlig og nødvendig at skolehelsetjenesten må belage seg på en hjelpende hånd fra lærerne, som den yrkesgruppen som har den individuelle og kollektive oversikten i klassene. På bakgrunn av dette vil jeg si at et tverrfaglig samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen er sentralt i arbeidet med skilsmissebarn. Sølvberg (2009) skriver at det økende problemet med psykososiale problemer i skolen gjør det tverrfaglige samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten svært viktig. Tverrfaglig samarbeid vil si at flere yrkesgrupper arbeider sammen med og på tvers av sine kunnskaper for å komme frem til et felles mål.

Ut i fra definisjonen av tverrfaglig samarbeid mener jeg at også lærere er avhengig av helsesøstre for å ivareta kravet om at hver enkelt elev skal oppleve et godt psykososial miljø som skal fremme helse, trivsel og læring i skolen (Kunnskapsdepartementet, 2014). I dette ligger det at også lærere har et ansvar for å sikre at elever som viser tegn til vansker, fanges opp. Lightfoot og Bines (2000) skriver at også lærere opplever at de har en unik plassering i skolen for å oppdage barn som sliter, men at de har en begrenset mulighet for handling ut i fra barnets symptomer. Dette er på bakgrunn av både sine begrensede kunnskaper om helse og på grunn av ansvaret de har for en stor klasse. At helsesøster er på skolen gjør at lærerne har mulighet for å bringe sine observasjoner over til helsesøster som kan hjelpe eleven videre (Lightfoot & Bines, 2000). Glavin og Kvarme (2003) skriver at skolen forventer at skolehelsetjenesten skal være de som iverksetter tiltak i forhold til barn som har en risikoatferd. Dette mener jeg viser at lærerne ikke alene kan gi barnet tilstrekkelig med hjelp. De kan fange disse barna opp, men mangler den helserelaterte kunnskapen som helsesøstrene besitter. Slik ser jeg at både helsesøstre og lærerne har muligheter og begrensninger i sitt arbeid i skolen, noe som gjør at jeg tenker at deres yrker og posisjoner er komplementære i forhold til hverandre. De må samarbeide og ha en dialog seg i mellom for å kunne gi helhetlig hjelp og nå sentrale mål i arbeidet med barn.

5.4.2 Oppsummerende refleksjoner

Et viktig funn i min studie vil jeg si var at lærerne var en viktig og ofte avgjørende samarbeidspartner i arbeidet med å fange opp skilsmissebarn. Dette mener jeg viser til en begrensning i helsesøsters muligheter alene i det forebyggende arbeidet i skolene. Samtidig kan heller ikke lærere alene både fange og følge opp skilsmissebarn fordi de ikke besitter den helsefaglige kunnskapen som helsesøstre gjør. Både lærerne og helsesøstrene har derfor noen muligheter og noen begrensninger ved sitt arbeid og sine posisjoner, noe som jeg ser gjør de avhengige av hverandre for å ivareta skilsmissebarnet ute i skolen.

6.0 AVSLUTNING

Jeg ønsket med denne studien å finne sentrale kjennetegn ved helsesøsters arbeid rettet mot skilsmissebarn. Mitt mål var å gå bredt ut med den hensikt om å få et mest mulig helhetlig bilde av helsesøstres erfaringer. Det mener jeg har hjulpet meg til å få frem ulike faktorer som kjennetegner helsesøsters møte med denne tematikken, og jeg mener at mine resultater indikerer både muligheter og begrensninger i arbeidet. Studien viser videre at arbeidet avhenger av flere ulike aktører, som barnet selv, foreldre, lærere og også politiske føringer. Dette er et viktig tema som er verdt å ha fokus i ulike sammenhenger i fremtiden. I oppgavens siste kapittel vil jeg vise til hva jeg ser på som studiets viktigste funn, funnenes betydning for praksis og videre forskning.

6.1 Studiens viktigste funn

Jeg mener at alle mine funn viser en bredde i helsesøstrenes erfaringer. Likevel ønsker jeg i det følgende å peke på noen av de funnene som jeg mener er av fremtredende betydning for å forstå kjennetegnene ved dette arbeidet.

Det første funnet jeg vil trekke frem er den begrensningen som jeg mener viser seg i måten skolehelsetjenesten er strukturert på. Dette fremkommer ved at helsesøstre opplever at de mister den individuelle kontakten med familiene etter skolestart. Det fører til reduserte møte- og kontaktpunkter, noe som igjen skaper en distanse slik at helsesøstre ikke kommer i posisjon til å veilede foreldre i skilsmisseprosesser. Det er interessant at en informant også har erfaring fra helsestasjonen som tilsier at foreldre ikke tar kontakt for veiledning før det er naturlig å komme til helsesøster. Når disse møtepunktene oppleves som fraværende, undrer jeg meg over om det kan tale for at tilnærmingen i skolehelsetjenesten virker begrensende for helsesøsters forebyggende muligheter.

Det andre funnet jeg ser på som sentralt er at det i dag ser ut til å mangle en passende eller naturlig arena for å samtale om og formidle kunnskap om skilsmisse og ivaretagelse av skilsmissebarn til foreldre. Empirien viser at helsesøstrene ønsker å spre kunnskap om emnet, men å finne tid og sted for det, er utfordrende. Dette fremkommer til tross for tidligere forskning som tilsier at kunnskapsformidling til

foreldre er av essensiell betydning for å nå mål om forebygging i denne gruppen. Jeg mener at dette handler om begrensninger som fremkommer fordi en er forsiktig med å vise kunnskap som berører viktige personlige valg for foreldre.

Jeg vil også trekke frem funnet om helsesøstrenes syn på behovet for obligatorisk oppfølging av alle skilsmissebarn. Dette er noe de ser på som betydningsfullt som følge av dagens praksis hvor skilsmissebarn ofte ikke blir fanget opp før de er begynt å utvikle vansker. Samtidig fremkommer det at ulempen med en slik oppfølging er at den kan gjøre barn og foreldre avhengig av helsetjenesten for bekreftelser i hverdagen og ødelegge foreldrenes tro på seg selv. Dette funnet mener jeg viser at helsesøstres arbeid er preget av uklare grenser for hva som skal være deres ansvarsområde. I tillegg viser det til uklarheter for i hvilken grad en skal gripe inn i andres familieliv, kontra hva som skal være foreldrenes ansvar for egne barn.

6.2 Betydning for praksis og videre forskning

Jeg vil si at disse funnene kan ha betydning for praksis på bakgrunn av at den tidligere forskningen på dette feltet sier noe om hvilke intervensjoner som anbefales, og hvorfor skilsmissebarn er en viktig gruppe å rette forebygging mot. Jeg mener at mine funn er aktuelle fordi de sier noe om at den yrkesgruppen som er satt til å gjøre dette arbeidet, opplever utfordringer med å gjennomføre disse intervensjonene i praksis.

Forskning tyder på at økt kunnskap hos foreldre er en viktig forebyggende faktor for skilsmissebarn. Med bakgrunn i mine funn mener jeg at de peker på betydningen av å forske på mulige arenaer for å få til en slik kunnskapsformidling i dagens tjeneste. Mer åpenhet for å snakke om temaet mener jeg er en viktig forutsetning for det videre arbeidet. Samtidig bør det være fokus på hvordan en i skolehelsetjenesten kan jobbe for å komme i en bedre posisjon overfor foreldre ved å skape flere møtepunkter for kontakt. Det er interessant at tjenesten kjennetegnes av uklare grenser for helsesøsters ansvarsområde og i hvilken grad hun skal gripe inn i forhold til denne problematikken. Det mener jeg viser til at det kan være behov for en diskusjon i fagfellesskapet omkring behov for felles retningslinjer for hvordan en skal jobbe med denne gruppen av barn i skolehelsetjenesten. Med slike føringer vil en kunne avgjøre hvor grensene går for involvering og i hvilken grad denne problematikken skal ligge innenfor helsesøsters ansvarsområde.

Litteraturliste

- Amato, P. R. (2001). Children of Divorce in the 1990s: An Update of the Amato and Keith (1991) Meta-Analysis *Journal of Family Psychology*, 15(3), 355-370.
- Andreassen, K. K. (2006). *På parti med helsesøster?* (Mastergrad), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Andrews, T. (2009). Profesjonell med myndiggjøring og deltakelse som styrende prinsipp. In S. Haugland & N. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsestjenesten*. Oslo: Akribe.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Breivik, K. (2007). *Norske skilsmissebarn*. <http://www.forebygging.no>: Helsedirektoratet. Hentet: 23.mars 2014. .
- Chalmers, K., & Kristajanson, L. (1989). The theoretical basis for nursing at the community level: a comparison of three models. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 569-574.
- Clancy, A. (2012). Dybden i et helsesøstermøte. In R. Thorsen, K. S. Mæhre & K. r. Martinsen (Eds.), *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Clancy, A., & Svensson, T. (2009). Perceptions of Public Health Nursing Practice by Municipal Health Officials in Norway. *Public Health Nursing*, 26(5.).
- Clancy, A., & Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*, 11, 363-373.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research: Studentlitteratur*.
- Egge, H. (2012). "Du er ikke alene" Samtalegrupper som helsefremmende tiltak for skilsmissebarn. *En Grounded Theory studie*., Nordic School of Public Health NHV. .
- Elo, S. L., & Calltorp, J. B. (2002). Health promotive action and preventive action model (HPA model) for the classification of health care services in public health nursing. *Scand J Public Health*., 30., 200-2008.
- Flem, A. L. (2001). "Det er liksom mamma og pappa som kommer først da...". Om barns skjulte ansvar for foreldre etter skilsmisse. In K. Moxnes, I. Kvaran, H. Kaul & I. Levin (Eds.), *Skilsmisens mange ansikter. Om barns og foreldres erfaringer med skilsmisse*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Førde, R. (1996). Har Illich fått rett? Skaper risikofokusering i medisinen uhelse? . *Nordisk Medisin*, 111(113-5).
- Gadamer, H.-G. (1999). Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip. In J. Gulddal & M. Møller (Eds.), *Hermeneutikk. En antologi om forståelse*. Danmark.: Gyldendal.
- Glavin, K., & Helseth, S. (2005). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Sykepleien*, 93.
- Glavin, K., & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten. Fra meningshetsykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*., 24, 105-112.
- Grindal, H. (2008). *Barn i krise som følge av samlivsbrudd: barnehagepersonalets erfaringer* (Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid), Høgskolen i Hedmark, Høgskolen i Vestfold.

- Grøholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2008). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Gulddal, J., & Møller, M. (1999). Fra filosofi til filosofi - introduksjon til den moderne hermeneutikk. In J. Gulddal & M. Møller (Eds.), *Hermeneutikk. En antologi om forståelse*: Gyldendal
- Haine, R. A., Sandler, I. N., Wolchik, S. A., Tein, J.-Y., & Dawson-McClure, S. R. (2003). Changing the Legacy of Divorce: Evidence From Prevention Programs and Future Directions. *Family Relations*, 52(4), 397-405.
- Haugland, S., & Torsheim, T. (2009). Er det sunt å gå på skolen? . In S. Haugland & N. r. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Haugland, S., & Grimsmo, A. (2009). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv In S. Haugland & N. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Heian, F. (2006). Samfunnsmedisinsk virksomhet. In N. Misvær & G. r. Oftedal (Eds.), *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasientrettighetsloven)*. LOV-2013-06-21-79. Hentet ut april 2014 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Helsedepartementet, Barne- og Familie departementet, Justisdepartementet, Kommunal- og Regionaldepartementet, Kultur- og Kirke departementet, Sosialdepartementet, & Utdannings- og Forskningsdepartementet. (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse: Sammen om psykisk helse*.
- Killén, K. (2004). *Sveket Omsorgssvikt er alles ansvar* Oslo Kommuneforlaget
- Kjønstad, A. (2009). *Taushetsplikt om barn*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kleinsorge, C., & Covitz, L. (2012). Impact of Divorce on children: Developmental Considerations *Pediatrics in Review*, 33(4).
- Kunnskapsdepartementet. (2014). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)*. LOV-2012-06-22-53. Hentet ut april 2014 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringsloven>.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvarme Gravdal, L. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid In K. Glavin, S. Helseth & L. Kvarme Gravdal (Eds.), *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*.: Akribe.
- Kvarme, L. G. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. In K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Eds.), *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmetoder i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe.
- Kvillo, Ø. (2008). Transaksjonsmodellen: Mennesker og miljø utvikler hverandre. . In Ø. Kvillo (Ed.), *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Levin, I. (2001). Barns perspektiv på skilsmisse. In K. Moxnes, I. Kvaran, H. Kaul & I. Levin (Eds.), *Skilsmisens mange ansikter. Om barns og foreldres erfaringer med skilsmisse*. Kristiansand.: Høyskoleforlaget. .
- Lightfoot, J., & Bines, W. (2000). Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *Journal of Public Health Medicine*, 22(1), 74-80.

- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & community health.*, 59(440-442.).
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Granskär & B. H. r. Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.*
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* Oslo: Universitetsforlaget
- Melnik, B. M., & Alpert-Gillis, L. J. (1997). Coping with Marital Separation: Smooth the Transition for Parents and Children. *Pediatr Health Care*, 11, 165-174.
- Misvær, N. (2006). Helsestasjonsprogrammet. In N. Misvær & G. r. Oftedal (Eds.), *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Misvær, N. (2009a). Foreldre. In S. Haugland & N. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsetjenesten.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Misvær, N. (2009b). Helseundersøkelser. In S. Haugland & N. r. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsetjenesten.* Oslo: Kommuneforlaget. .
- Misvær, N. (2009c). Vaksinasjon. In S. Haugland & N. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsetjenesten.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Moxnes, K. (2001). Skilsmisens virkning på barna. In K. Moxnes, I. Kvaran, H. Kaul & I. Levin (Eds.), *Skilsmisens mange ansikter. Om barns og foreldrerferinger med skilsmisse.* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Moxnes, K. (2003). Risk Factors in Divorce: Perceptions by the Children Involved. *Childhood*, 10(131).
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv: Folkehelseinstituttet.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis.* Oslo.: Universitetsforlaget.
- Nicolaysen, K. G. (2006). Skilsmisse på timeplanen. *Hjem & Skole*, 4, 31-32.
- Nilsen, W., Skipstein, A., & Gustavson, K. (2012). Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling: Konsekvenser for barn og unge (Vol. 2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Olesen, B. R. (1999). *Omsorg som profession - en studie af roller og replikker i sundhedsplejebesøget.* København: Munksgaard.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler? *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Paulsen, B. (1990). "Snakk med de på helsestasjonen..." *En analyse av bruk av helsesøstertjenesten.* Trondheim.: Norsk institutt for sykehusforskning.
- Polit, D. F., & Beck, C. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* . Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins
- Ramsdal, R., & Egedius, T. (2011). Skilsmisse er et sårt tema. *Aftenposten*, 20.oktober.
- Samdal, O. (2009). Trivsels- og helsefremmende arbeid. In S. Haugland & N. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsetjenesten.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Sandvold, A. (2006). Samliv. In N. Misvær & G. r. Oftedal (Eds.), *Håndbok for helsestasjoner. 0-5 år.* Oslo.: Kommuneforlaget.
- Saugstad, T. (2009). Sundhedspædagogiske overvejelser. In R. Mach-Sagal & T. Saugstad (Eds.), *Sundhedspædagogik for praktikere.* København: Munksgaard.

- Sollesnes, R., & Tønjum, L. (2008). Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken. En studie av helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten fra rundt 1960 til i dag. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 4(2).
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo.: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens helsetilsyn. (1998). *Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*: Statens helsetilsyn.
- Statistisk Sentralbyrå. (2001). *Gjete kongens harer - rapport fra arbeidet med å få samboerne mer innpasset i statistikken*. (Vol. 40). Oslo.: Statistisk Sentralbyrå. .
- Størksen, I., Røysamb, E., Moum, T., & Tambs, K. (2005). Adolescent with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment *Journal of Adolescence*, 2005(28), 725-739.
- Sølvberg, M. H. (2009). Skolen. In S. Haugland & N. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2007a). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen.: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2007b). Veiledning. In K. Glavin, S. Helseth & L. r. Kvarme Gravdal (Eds.), *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe.
- Vélez, C. E., Wolchik, S. A., Tein, J.-Y., & Sandler, I. (2011). Protecting children from the consequences of divorce: A longitudinal study of the effects of parenting on children's coping processes. . *Child Dev.*, 82(1), 244-257.
- Voksne for barn. (2012). *Snakke om skilsmissem i gruppe*. http://www.vfb.no/no/vi_tilbyr/til_skoler_og_barnehager/pis_skilsmissegrupper/: Hentet: 22.april 2014. .
- Walseth, L. T. (2009). Salutogenese. *Utposten*, 8, 25-28.
- Wetlesen, T. S. (2004). Foreldreveiledning - ekspertdominans eller dialogisk samhandling? . In I. Frønes & T. S. r. Wetlesen (Eds.), *Dialog, selv og samfunn*. Oslo: Abstraks forlag.
- Wichstrøm, L. (2008). Barns og unges psykiske helse. In Ø. r. Kvello (Ed.), *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal.
- Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Vedlegg 1: Intervjuguide

<ul style="list-style-type: none">• Innledning	<p>Kan du fortelle litt om deg selv:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hvilken utdanning har du?- Hvor mange år har du jobbet som helsesøster- Hvor i tjenestefeltet har du din erfaring fra?
<ul style="list-style-type: none">• Kontakt med skilsmissebarn	<p>Kan du si noe om hvordan du vanligvis kommer i kontakt med skilsmissebarn?</p> <ul style="list-style-type: none">- I ditt arbeid, er du i kontakt med alle barn på din skole som opplever skilsmisse? <p>Hvor ofte opplever du å møte skilsmissebarn i ditt arbeid som helsesøster?</p>
<ul style="list-style-type: none">• Erfaringer fra direkte arbeid med skilsmissebarn	<p>Kan du fortelle litt om hvordan du arbeider i møtet med skilsmissebarn?</p> <p>Hva oppleves som utfordrende i dette arbeidet? Kan du fortelle om en situasjon med skilsmissebarn som synliggjør dette?</p>
<ul style="list-style-type: none">• Foreldreaspektet	<p>Hvilke erfaringer har du med samarbeid med foreldre som har gjennomgått samlivsbrudd/skilsmisse?</p> <ul style="list-style-type: none">- Hvilke muligheter og/eller begrensninger erfarer du i dette samarbeidet?
<ul style="list-style-type: none">• Samarbeid med andre yrkesgrupper	<p>Samarbeider du med andre yrkesgrupper i forhold til skilsmissebarn?</p> <ul style="list-style-type: none">- Hvorfor er dette samarbeidet viktig?
<ul style="list-style-type: none">• Kunnskap	<p>Hvordan vurderer du din egen kunnskap om emnet skilsmisse og barn?</p> <ul style="list-style-type: none">- Hvilken kunnskap fra helsesøsterfaget ser du på som viktig/nødvendig i møtet med skilsmissebarn?
<ul style="list-style-type: none">• Avslutning	<p>På din skole, hvilken kontroll har du på hvordan det går med skilsmissebarnas psykiske helse?</p> <p>På bakgrunn av dine erfaringer, hvordan ville du ideelt sett ha arbeidet forebyggende med skilsmissebarn?</p> <p>Er det andre forhold som du vil synliggjøre fra dine erfaringer med skilsmissebarn ut over det vi har snakket om til nå?</p>

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Helsesøsters arbeid med skilsmissebarn"

Bakgrunn og formål: Jeg heter Anne-Randi Pedersen, er sykepleier og nå mastergradsstudent ved Universitet i Tromsø, hvor jeg tar graden master i helsefag, studieretning helsesøster. Jeg skal høsten 2013 gå i gang med mitt forskningsprosjekt, der mitt tema er helsesøsters erfaringer fra arbeid med skilsmissebarn. Bakgrunnen for mitt valg av tema er det økende antallet barn og unge som i dag sliter med psykiske vansker og igjen den forskningen som viser at barn som opplever samlivsbrudd mellom sine foreldre kan være mer utsatt for å utvikle psykiske vansker enn andre barn. Hensikten med studien er at jeg ønsker innsikt i helsesøstres erfaringer, tanker og refleksjoner fra det forebyggende og helsefremmende arbeidet med denne gruppen barn.

Jeg ønsker å utføre intervju med deg om dine erfaringer. Du blir spurt om å delta fordi du har erfaring fra arbeid med barn i grunnskolealder (6-16 år). Intervjuet vil ta ca. 1 time og vil bli tatt opp på båndopptaker. Dette vil utføres i oktober/november 2013 og vi kan sammen bli enige om når og hvor intervjuet skal finne sted. For meg er det ikke noe problem å komme til ditt arbeidssted.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg og min veileder som er tilknyttet Universitetet i Tromsø som vil ha kjennskap til de opplysningene som kommer frem. Disse opplysningene vil også anonymiseres og vil ikke være gjenkjennbare i oppgaven. Lydbåndet vil etter intervjuet legges inn på en passordsikret PC. Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2014 og alle lydfiler og informasjon vil slettes når studien avsluttes.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert og slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien er det bare og ta kontakt med meg.

Min veileder er Ellinor Beddari.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Anne-Randi Pedersen

Vedlegg 2:

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien ”Helsesøsters arbeid med skilsmissebarn” og er villig til å delta.

Jeg er kjent med at det er frivillig å delta og at jeg når som helst i studien kan trekke meg uten å oppgi noen grunn.

Navn: _____

E-mail: _____

Tlf: _____

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vennligst returner det utfylte skjemaet til:

Anne-Randi Pedersen
Rødhettestien 5
9010 Tromsø

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Ellinor Beddari
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 27.08.2013

Vår ref:35180 / 3 / 1B

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35180	<i>Hvilke erfaringer har helsesøstre fra sitt arbeid med barn og unge som opplever samlivsbrudd mellom sine foreldre</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ellinor Beddari</i>
Student	<i>Anne-Randi Pedersen</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anne-Randi Pedersen, Rødhettestien 5, 9010 TROMSØ

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@sv.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35180

Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Datamaterialet innhentes ved personlig intervju med helsesøstre som har erfaring fra skolehelsetjenesten. Informanter rekrutteres fra en eller flere arbeidssteder/kommuner ved at ledende helsesøster bes formidle informasjonsskriv til aktuelle kandidater. De som vil delta samtykker direkte til studenten.

Intervjudata registreres på elektroniske lydopptak som transkriberes. Navn registreres kun på samtykkeerklæringen, og vil ikke inngå i/knyttes til datamaterialet fra det enkelte intervju (verken i lydopptak eller i skriftlige data). Det vil heller ikke bli registrert arbeidssted eller kommune.

Personvernombudet legger til grunn at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom personentydige kjennetegn (som navn, personnummer), indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, eller gjennom kode og koblingsnøkkel (som navneliste).

