



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

Helsesøster sine utfordringer i skolehelsetjenesten

En kvalitativ studie av hvilke utfordringer helsesøster møter i arbeidet med barn og unges psykososiale vansker

Marita Haugli

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse, Oktober 2015



Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Formål.....	2
1.4	Begrepsavklaringer.....	2
1.4.1	Helsebegrepet.....	2
1.4.2	Psykososiale vansker.....	3
1.4.3	Helsesøster- og skolehelsetjenesten.....	3
1.5	Oppgavens oppbygging.....	5
2	Tidligere forskning.....	6
2.1	Barns psykiske helse.....	6
2.2	Forebygging.....	8
2.3	Samordning og samhandling av helsetjenester.....	9
3	Teoretiske perspektiver.....	11
3.1	Helse og psykisk helse.....	11
3.2	Barn sin emosjonelle og sosiale utvikling.....	12
3.3	Individuelle og miljømessige risikofaktorer.....	13
3.3.1	Individuelle risikofaktorer.....	13
3.3.2	Miljømessige risikofaktorer.....	14
3.4	Systemteori som tilnærming av barn sin emosjonelle og sosiale utvikling.....	14
3.4.1	Bronfenbrenner sin bioøkologiske utviklingsmodell.....	14
4	Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	18
5	Metode.....	19
5.1	Det kvalitative intervjuet.....	19
5.2	Datainnsamling.....	20
5.2.1	Utvalg.....	20
5.2.2	Rekruttering av informanter.....	20
5.2.3	Planlegging av intervju.....	20
5.2.4	Gjennomføring av intervju.....	21
5.2.5	Avklaring av egen forforståelse.....	23
5.2.6	Forskningsetiske vurderinger.....	24
5.3	Analyse av datamaterialet.....	25
5.3.1	Transkripsjon.....	25
5.3.2	Analyse av kvalitative data.....	26
6	Resultater.....	30
6.1	Sammensatte vansker hos barnet.....	30

6.2	Oppfølging av barnet	32
6.3	Samarbeid for å ivareta barnet.....	34
6.4	Kunnskap fremmer psykisk helse hos barn og unge	35
7	Drøfting.....	37
7.1	Sammensatte vansker	37
7.2	Oppfølging av barnet	41
7.2.1	Relasjon og kommunikasjon	41
7.2.2	Ressursene begrenser individuell oppfølging.....	44
7.3	Tverrfaglig samarbeid for å ivareta barnet.....	44
7.3.1	Ulik problemforståelse i samarbeid med skolen.....	44
7.3.2	Behov for formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten	47
7.4	Kunnskap om barn og unge sin psykiske helse.....	48
7.5	En helhetlig forståelse av studiens resultater.....	49
7.6	Metodiske overveielser.....	52
7.6.1	Refleksivitet.....	53
7.6.2	Relevans.....	54
7.6.3	Validitet.....	54
8	Avslutning.....	56
8.1	Oppsummering.....	56
8.2	Implikasjoner for praksis.....	57
8.3	Videre forskning	57
	Referanseliste.....	58
	Vedlegg 1 Svar fra NSD.....	
	Vedlegg 2 Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt.....	
	Vedlegg 3 Intervjuguide.....	

Forord

Det har vært en lærerik prosess å skrive denne oppgaven, både faglig og personlig.

En stor takk til deltakerne som stilte opp til intervju slik at prosjektet kunne gjennomføres. Videre vil jeg takke min veileder professor Anne-Grethe Talseth som har bidratt med mange gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Hennes bistand i prosessen har vært uunnværlig.

Jeg vil også rette en spesiell takk til Gro, medstudent, medmenneske og viktig støttespiller.

Til slutt vil jeg takke familie og venner for oppmuntring og forståelse, særlig har min samboer, Dag Aage vært til stor hjelp.

Marita Haugli

Sammendrag

Bakgrunn: Formålet med studien er å undersøke helsesøster sine utfordringer i møte med barn og unges psykososiale vansker. Hensikten er å bidra med kunnskap og forståelse vedrørende forebyggende arbeid til barn og unge og hvilke forhold som gjør seg gjeldende innfor et sammensatt og komplekst fagområde.

Problemstilling: Hvilke utfordringer møter helsesøster i arbeidet med barn og unges psykososiale vansker?

Teori: Tidligere forskning rundt psykososial tematikk hos barn og unge, hvor forebygging og psykisk helse er sentrale begreper. Systemteori som innbefatter Bronfenbrenner sin bioøkologiske utviklingsmodell for helhetlig forståelse og tilnærming.

Metode: Kvalitativ metode med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming med bruk av. Studiens utvalg er bestående av fire helsesøstre hvor alle er tilknyttet helsøstertjenesten og med flere års erfaring i skolehelsetjenesten. Helsesøstrene ble intervjuet ved bruk av en semistrukturert intervjuguide. Datamaterialet ble systematisk analysert ved anvendelse av Malteruds modifikasjon av Giorgis fenomenologiske analyse.

Resultater: Resultatene viser til utfordringer for helsesøster på ulike nivåer. Disse omhandler sammensatte vansker hos barnet hvor vanskene kan bidra til utfordringer knytta til å etablere en trygg relasjon mellom barn og helsesøster. Mangel på ressurser begrenser helsesøster sine muligheter for individuell oppfølging. Videre er samarbeid med skolen en utfordring på grunn av ulik problemforståelse av barna. Helsesøster er i behov av formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er videre behov for økt kunnskap hos barn og unge, på skolen og i helsesøsters fagfelt.

Konklusjon: Forebygging av psykososiale vansker hos barn og unge er en utfordring med de ressurser helsesøster har tilgjengelig i skolehelsetjenesten.

Nøkkelord: Helsesøster, barn og unge, psykososiale vansker, psykisk helse, forebygging, skolehelsetjeneste.

Summary

Background: The aim of the study is to examine primary health nurses and their challenges facing children and adolescents with psychosocial difficulties. The purpose is to provide knowledge and understanding of prevention to children and young people and the conditions that prevail work involving a complex and complicated subject.

Research question: What challenges does the primary health nurse meet working with children and young people's psychosocial problems?

Theory: Previous research on psychosocial themes in children and adolescents, where prevention and mental health are central concepts. Systems theory involving Bronfenbrenners bioecological development model for holistic understanding and approach.

Method: A qualitative method with a hermeneutic phenomenological approach. The study sample is composed of four primary health nurses where they all are working at the primary health creenter and with several years of experience at the school health service. The primary health nurses were interviewed using a semistructured interview guide. The data were systematically analysed using Malteruds modification of Giorgis model of content analysis.

Findings: The results show the challenges for the primary health nurse at various levels. These deals with complex disabilities within the child where difficulties may contribute to the challanges associated with establishing a secure relationship between child and the primary health nurse. Lack of resources limits the opportunity for individual monitoring. Futhermore cooperation with school is a challange because of different understandings of the problem of the children. The primary health nurse is in need of formal cooperation with the specialist health care. There is also a need for increased knowledge among children and young people, at school and in the primary health care field.

Conclusion: Prevention of psychological problems in children and adolescents is a challenge with the resources the primary health nurse has available in the school health service.

Key words: Primary health nurse, mental health, schoolchildren, psychosocial, children, adolescent, prevention, primary health service.

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Valg av tema for denne studien må ses i lys av egen praksis som miljøterapeut i spesialisthelsetjenesten for barn og unge (BUP). Kjerneoppgaver på BUP er utredning og behandling av barn og unge, hvor barn for eksempel kan ha utviklet alvorlig angstproblematikk før henvisning til BUP. De barna denne studien omhandler er barn på grunnskolenivå og som er tilbakeholden og som tenderer til å holde vanskene for seg selv. Når disse barna henvises til BUP, kan det fremkomme opplysninger som tilsier at barnet har hatt vansker over tid. Dette er erfaringer som bidrar til undring og nysgjerrighet. I et forebyggende perspektiv, hvilke erfaringer har andre yrkesgrupper på et tidligere tidspunkt, vedrørende tilbaketrunkne barn? Helsesøstertjenesten er et lavterskeltilbud hvor helsesøster er i kontakt med barn og unge både gjennom rutinemessige kontroller eller gjennom kontakt som etableres i skolehelsetjenesten. Hvilke erfaringer har helsesøster med denne gruppen barn, barn som kan synes å være tilbaketrunket, og inneha psykiske vansker?

Psykiske vansker hos barn og unge er et stort helseproblem i Norge. En regner til enhver tid at 15-20 prosent mellom 3 og 18 år i barnebefolkningen, har nedsatt funksjon på grunn av vansker som er forenelig med angst, depresjon og atferdsforstyrrelser (Folkehelseinstituttet, 2010) . Ca. 8 prosent av disse vil ha en så alvorlig tilstand at den er forenelig med en psykiatrisk diagnose, og de fleste av disse barna er dermed i behov av behandling. Folkehelseinstituttet (2010) antok at omtrent 70 000 barn har psykiske lidelser som krever behandling. *"Psykiske lidelser medfører flere tapte arbeidsår enn noen annen sykdomsgruppe. Slike lidelser og plager starter ofte tidlig i livet i barne- og ungdomsårene eller i ung voksen alder og noen sliter med tilbakevendende dårlige perioder gjennom hele livet"* (Folkehelseinstituttet, 2010, s. 42).

I en studie som omhandler effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår konkluderes det med at det er et behov for forskning og evaluering av skolehelsetjenesten (Dahm, Landmark, Kirkehei, & Reinart, 2010). Studien konkluderer med behov for norske studier i det forebyggende feltet, da

det ikke er funnet noen systematiske oversikter som innbefatter helsepersonell i en skolehelsetjeneste i Norge .

1.2 Problemstilling

Følgende problemstilling vil belyses gjennom denne studien:

Hvilke utfordringer møter helsesøster i arbeidet med barn og unges psykososiale vansker?

1.3 Formål

Studiens formål er å bidra til økt forståelse og kunnskap om helsesøster sine utfordringer vedrørende psykososiale vansker hos barn og unge. Studien har til hensikt å bidra med utvidet innsikt vedrørende forebyggende arbeid og hvilke forhold som gjør seg gjeldende innafor et sammensatt og komplekst område.

1.4 Begrepsavklaringer

Før neste kapittel som omhandler tidligere forskning på feltet, er nødvendig med noen begrepsavklaringer. Dette for å klargjøre anvendelsen av begrepene i studien.

1.4.1 Helsebegrepet

Innholdet i helsebegrepet danner grunnlag for forståelse av sykdom og lidelser, videre definerer helse hva som er målsetningen med helsefremmende og forebyggende arbeid. Disse begrepene vil tematiseres og problematiseres noe, da studien omhandler barn og unge sin psykososiale helse.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definisjon av helse som:

"Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og svakhet. Helse er en ressurs i hverdagslivet, og ikke bare målet for livet. Helse er et positivt begrep som vektlegger sosiale og personlige ressurser så vel som fysiske evner og muligheter." (referert i, Lorem, 2014, s. 37).

Helse i denne sammenheng viser til en idealtilstand som vanskelig lar seg realisere (Lorem, 2014). Vi er i dag mer opptatt av å forebygge dårlig helse på grunn av større kunnskap om risikofaktorer (NOVA, 2014). Samtidig har vi sannsynligvis gjennom denne kunnskapen blitt flinkere til å kjenne etter

hvordan vi har det. Ungdom har også et større fokus på helse i dag enn tidligere, hvor det i noen ungdomsmiljøer viser seg at helse er blitt "in". Tallene i NOVA (2014) rapporten viser til at jenter med økende alder er mindre fornøyd med egen helse.

Nordenfelt (1993) har utarbeidet følgende helse definisjon:

P is completely healthy, if and only if P has the ability, given standard circumstances, to realise all his or her vital goals.

P is unhealthy (or ill) to some degree, if and only if P, given standard circumstances, cannot realise all his vital goals or can only partly realise them (Nordenfelt, 1993, s. 280).

1.4.2 Psykososiale vansker

Begrepet psykososiale problemer er mye brukt i offentlige dokumenter og på ulike måter (helsedepartementet, 2000). Denne studien omhandler psykososiale vansker i stedet for problemer, hvor skillet mellom problemer og vansker omhandler grader av vansker. Det er imidlertid glidende overganger mellom vansker og problemer, helse og lidelse, noe som berøres i neste kapittel.

Psykososiale vansker er et sammensatt begrep som inneholder forhold av psykisk og sosial karakter. Det er med andre ord en kombinasjon av ulike vansker (Flatø, 2009).

Psykososiale vansker defineres som: "Barn som har det følelsesmessig vanskelig og hvor vanskene arter seg som problemer som går ut over forholdet til andre og egen sosial utvikling og fungering. Vanskene kan ha sitt opphav i mange ulike mekanismer: biologiske, psykologiske, sosiale og materielle." (Straand, 2011, s. 161).

Den ovenstående definisjonen er dekkende for denne studien da den gir gode beskrivelser av problemområdene og viser til en helhetlig forståelse mellom ulike forhold. Begrepet psykososiale vansker vil i noen sammenhenger gjennom teksten byttes ut med mer avgrensede og presise begreper.

1.4.3 Helsesøster- og skolehelsetjenesten

Helsesøster har sin faglige forankring gjennom sykepleierutdanningen med påfølgende helsesøsterutdanning (Glavin & Kvarme, 2003). Målet med

helsesøsterutdanningen er å utdanne sykepleiere til sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Målgruppen er barn og unge, deres familier og nærmiljøet.

Helsesøstertjenestens organisering består av nivåer der det statlige er overordnet det kommunale nivå. Det overordnede nivå bestemmer rammebetingelsene mens disponering av rammene styres av den enkelte kommune. Helsesøster får føringer om målsetninger for det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet, samt lover, forskrifter og retningslinjer fra Sosialdepartementet og Helsedepartementet og Statens helsetilsyn (Glavin & Kvarme, 2003). I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. står det blant annet om lovens særlige formål er å: *"Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne"*. Videre skal lovens formål være å sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov (*Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30, 2013*). For å oppfylle ansvaret for disse tjenestene skal kommunen tilby helsefremmende og forebyggende tjenester ved blant annet helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste.

Helsestasjonsvirksomheten skal omfatte tjenester fra helsesøster, jordmor og lege hvor helsesøster som regel er den som er best skikket til å ha den administrative ledelsen av helsestasjonen (Glavin & Kvarme, 2003). Dette da helsesøster ofte er den eneste i fast stilling ved helsestasjonen.

I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003) er formålet ved disse tjenestene å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdommer og skader. Kommunen skal tilby skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år.

I forskriften defineres helsefremmende og forebyggende arbeid, og det er denne definisjonen jeg legger til grunn videre i denne studien:

Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet.

Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj., 2003).

Helsesøster er den fagpersonen i skolehelsetjenesten som har mest disponibel tid på skolen hvor hun skal være oppsøkende og mest mulig tilgjengelig i sitt arbeid (Glavin & Kvarme, 2003). Planlegging av ulike tiltak, samarbeid, helseopplysning og vaksinasjon er noen av kjerneoppgavene i skolehelsetjenesten. Tjenesten har som formål å fremme elevenes totale helse, forebygge sykdom, skade og lyte. Videre skal tjenesten samarbeide med hjem, skole og øvrig hjelpeapparat for å identifisere og løse helsemessige problemer gjeldende skoleelevenes situasjon.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er inndelt i åtte hovedkapitler. Kapittel to omhandler tidligere forskning og kapittel tre tar for seg teoretiske perspektiver, disse danner blant annet utgangspunkt for drøftingen av resultater. Studiens vitenskapsteoretiske perspektiv følger i kapittel fire hvor påfølgende kapittel redegjør for metodiske valg og overveielser. Studiens empiriske funn presenteres i kapittel seks hvor funnene drøftes i oppgavens neste kapittel. Avslutningsvis kommer oppsummering og avslutningen i kapittel åtte, hvor oppgaven avrundes med betraktninger rundt videre forskning på bakgrunn av studiens resultater.

2 Tidligere forskning

Det er benyttet internasjonale og norske databaser for orientering i eksisterende forskning. Av internasjonale databaser er Swemed+, Cochrane og Pubmed benyttet. Bibsys og helsebiblioteket er også anvendt. De engelske søkeordene som er benyttet er "public health nurse", "mental health", "schoolchildren", "psychosocial", "children", "adolescent", "prevention" og "primary health service", hvor søkeordene er brukt i ulike kombinasjoner. De norske søkeordene er "helsesøster", "barn og unge", "forebygging", "skolehelsetjenesten", "psykososiale vansker" og "psykisk helse", også disse i ulike kombinasjoner. Det viste seg å være utfordrende å finne relevant forskning i de internasjonale databasene. Dette skyldes blant annet at søkeordene er sammensatte og dermed har andre benevnelser og betydninger internasjonalt. Et annet moment som tidligere forskning viser til, er manglende forskning innen tematikken denne studien omhandler.

2.1 Barns psykiske helse

I den longitudinelle studien "The Bergen Child Study" ble barn sin psykiske helse i alderen 8 til 10 år kartlagt (Heiervang et al., 2007). Studien undersøkte utbredelse av lidelse, risikofaktorer og bruk av helsetjenester. Resultatene viste til en utbredelse på 7 prosent diagnostiske psykiatriske lidelser i DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition). Barnas vansker var relatert til alder, kjønn, lærevansker, familieforhold og fattigdom. Studien viste til at 75 prosent av barna med en ADHD diagnose hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten hvor bare 13 prosent av barna med en emosjonell lidelse hadde hatt denne type kontakt.

En studie viser til tidlig debut av diagnostiske lidelser hos barn og unge, hvor det konkluderes med at tidlig intervensjon vil være av stor betydning (Kessler et al., 2005). I en omfattende nasjonal studie i Amerika ble mennesker over 18 år intervjuet i sine hjem hvor en benyttet verdens helseorganisasjon (WHO) sitt internasjonale diagnostiske intervju vedrørende psykisk helse. Studien ble gjennomført i årene 2001 til 2003, hvor over ni tusen mennesker deltok. Hensikten med studien var å finne debut av diagnostiske lidelser. Det ble

konkludert med at over halvparten av den amerikanske befolkningen ville få en diagnose innafor DSM-IV kriteriene. 28,8 prosent av disse var angstlidelser, som var gruppen av størst omfang. Sosial angst, spesifikke fobier, alvorlig depresjon og alkoholmisbruk var blant de vanligste lidelsene i denne studien. Debut av lidelsene oppsto i barne- og ungdomsalder, hvor angstlidelser hadde den tidligste debuten. Studien konkluderte med viktigheten av fokus på den unge befolkningen med tanke på tidlig intervensjon og behandling.

Viktigheten av høy kvalitet og validitet vedrørende dokumentasjon av barn og deres utvikling og helse understrekes i en svensk studie (Enskär, Gäre, Granlund, Simeonsson, & Ståhl, 2012). Dette som en del av de prioriteringer i helsetjenesten som omhandler forebygging av psykiske vansker. I studien som ble gjennomført på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten fant en mangler vedrørende den skriftlige dokumentasjonen på barn sin psykososiale helse. Metoden som ble anvendt var grounded theory. Informantene var tolv helsesøstre som deltok i individuelle- og ett fokusgruppeintervju. Studien omfattet ikke- standardiserte journalnotater, det vil si notater av mer fri form. Notatene gjenspeilet i hovedsak et perspektiv på barn sin psykososiale helse. Videre syntes det som fokuset blant helsepersonell var på det individuelle barnet, og ikke barnet i en kontekst som en del av familien eller av et fellesskap. Det er nødvendig at helsepersonell er oppmerksom på barn sin psykiske helse som er ledsaget av humørsvingninger og press fra jevnaldrende. Dette for å forhindre rusmisbruk, depresjon, angst og selvmord som barn da kan være i risiko for. Det er en kjent sammenheng mellom barn sin psykiske helse og deres skoleprestasjoner. Funnene i studien viser til at informasjon om barn sin psykososiale helse, bør fremkomme i den standardiserte delen av helsejournalen. Dette vil bidra til en mer omfattende og informativt helsejournal for oppfølgingen ved helsestasjonen og i skolehelsetjenesten.

Rapport fra Ungdata viser til tall fra 2013 som baserer seg på svar fra mer enn 63.000 ungdomsskoleelever på 8.-10. trinn og nær 15.000 ungdommer på første trinn i videregående opplæring i Norge. Ungdom fra hele landet har svart på spørsmål om ulike sider ved deres livssituasjon. Resultatene viser samlet sett til en veltilpasset, hjemmekjær, men kanskje litt stresset ungdomsgenerasjon.

Rapporten viser til flere positive utviklingstrekk men viser også til områder for bekymring. Det var særlig et område som gir grunn for bekymring hvor tallene viser til et økende antall unge jenter som rapporterer om psykiske helseplager i hverdagen. Jentene rapporterer om symptomer på stress da de tenker "at alt er et slit" eller å "bekymre seg for mye om ting" (NOVA, 2014).

Rye (2007) viser til en forekomst på 15-20 prosent av barn som har psykososiale vansker. Av disse regnes ca. 10 prosent å være i behov av behandling. Hos barn kan psykiske vansker komme til uttrykk på diffuse måter, mens når barnet blir eldre, i ungdomstiden kan det være lettere å gjenkjenne hva vanskene omhandler.

Også Mathiesen (2009) anslår at mellom 15 og 20 prosent av barn og unge har psykiske vansker. Vanskene omhandler betydelige problemer med samvær med andre, at det går utover daglige gjøremål og barnets trivsel (Djupedal & Norge, 2015).

Universitetet i Bergen, Hemil-senteret, har tidligere gjennomført en serie av undersøkelser av ungdom i aldersgruppene 11, 13 og 15 år, både i Norge og i andre land. Undersøkelsene tok for seg ulike helseplager hos ungdommene (Wold et al., 2000). Det ble benyttet en analytisk tilnærming hvor data ble bearbeidet i statistikkprogram. I gruppen av internaliserende problemer, som i undersøkelsen defineres som psykiske og somatiske plager, viste det seg at mange helseplager allerede var utbredt i disse aldersgruppene. Blant 15-åringene var det 25 prosent som rapporterte om søvnproblemer, 24 prosent fortalte om hodepine og 22 prosent om nedstemthet. Konklusjonen var at andelen av norsk ungdom i alderen 11-15 som rapporterte om psykiske og psykosomatiske plager økte i perioden 1983, 1993 og 1997. Fra 1983 til 1997 blant 15-åringene økte plagene hos gutter fra 29 til 40 prosent og hos jenter fra 40 til 54 prosent.

2.2 Forebygging

En norsk systematisk oversiktsstudie, *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår*, viser at det er en mangel på studier som omhandler forebygging i skolehelsetjenesten i Norge (Dahm et al., 2010). Det ble

ikke funnet noen systematiske oversikter som innbefatter helsepersonell i skolehelsetjenesten i Norge. Studiens problemstilling ble derfor bare delvis besvart. Å forske på forebygging kan være et vanskelig felt å forske på, i tillegg er skolehelsetjenesten definert på ulike måter i litteraturen. Den norske studien viser til at de fleste studiene er gjennomført utenfor Skandinavia hvor det er andre typer velferdsmodeller. Resultatene viser flere forebyggende og helsefremmende tiltak gjennomført på skolen hvor helsepersonell er involvert. Ved forebygging vedrørende psykisk helse viste resultatene til en muligens liten effekt på å redusere angst hos skolebarn ved tiltak med kognitiv atferdsterapi. Hos skolebarn som allerede hadde symptomer på angst viste tidlig intervensjon bygget på kognitiv atferdsterapi en muligens reduksjon av angst.

Det konkluderes i en faktarapport fra sosial- og helsedepartementet (2000) om aktuelle forebyggingsområder hvor disse områdene blant flere ble nevnt; angst, og særlig sosial angst, ulike psykiske og somatiske plager som i større eller mindre grad kan spores tilbake til ulike former for sosiale belastninger.

2.3 Samordning og samhandling av helsetjenester

En studie viser til samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene (Hjälmhult, Wold, & Samdal, 2002). Dette er en kvalitativ intervjustudie hvor til sammen elleve lærere og helsesøstre har deltatt. Studien viser til Stortingsmelding nr. 37 (1992-93) om utfordringer i det helsefremmende og forbyggende arbeidet, hvor dette er foreslått organisert gjennom tre instanser på skolen, der skolehelsetjenesten er en av disse. Stortingsmeldingen vektlegger betydningen av et nært samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten og viser til at det er behov for mer systematisk kunnskap om hvordan dette samarbeidet kan utvikles. Hensikten med studien var å finne hvordan et tiltaksprosjekt i helsefremmende arbeid påvirker samarbeidet mellom helsesøstre i skolehelsetjenesten og lærere ved ulike norske skoler.

Tiltaksprosjektet (HEFRES) omhandlet et europeisk nettverk av helsefremmende skoler. For at skolene kunne delta i dette prosjektet var et av kriteriene at skolehelsetjenesten skulle ha en sentral plass i skolen, hvor tjenesten ble benyttet for råd og støtte i undervisningen, og videre til generelt

helsefremmende arbeid ved skolen. Det framsto to sentrale faktorer i samarbeidsprosessen som omhandlet skolens inkludering av skolehelsetjenesten og helsesøsters tilgjengelighet på skolen.

Resultatene viste til fire utviklingsforløp. 1) En inkluderende skole av en tilgjengelig helsesøster ga en positiv utvikling i samarbeidet, 2) om skolen ikke inkluderte en tilgjengelig helsesøster ga dette en negativ utvikling, 3) om skolen inkluderte men helsesøster ikke var tilgjengelig bidro dette til stagnasjon i samarbeidet, 4) hvis skolen ikke inkluderte og helsesøster ikke var tilgjengelig, resulterte dette i et manglende samarbeid.

Det mangler systemer for tidlig intervensjon var konklusjonen etter utredning av en bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge (Flatø, 2009). Mangel på systematisk oppfølging innebærer at det er opp til den enkelte å vurdere om det er grunn til bekymring. Barnet kan da stå i fare for ikke å få riktig hjelp i tide og en "vente og se" tilnærming. Utvalget vurderte på bakgrunn av dette et behov for et standardisert nasjonalt kartleggingsverktøy. Kartleggingen skal omfatte barnets sosiale, emosjonelle og atferdsmessige utvikling og bør tas i bruk i de virksomheter hvor barn er til daglig. Hensikten er tidlig identifisering av vansker slik at barnet kan få den hjelpen det har behov for på et tidlig tidspunkt og før tilleggsvansker oppstår. Målet er å sette inn hjelp idet det oppstår et behov for hjelp og ikke når vanskene har utviklet seg så sammensatte at det er problematisk å skille hva som er den primære vansken og hva som er utviklingsmessige følgetilstander.

Tidligere forskning antyder at det befinner seg få studier om skolehelsetjenesten og de forhold som omhandler psykososiale vansker. Dette indikerer behov for mer kunnskap innen dette område. Denne studien kan kanskje tilføre noe mer, i denne sammenheng.

3 Teoretiske perspektiver

3.1 Helse og psykisk helse

Helse omhandler både fysiske og psykiske forhold som ikke kan ses isolert fra hverandre men i et gjensidig forhold av påvirkning (Dahm et al., 2010). I denne sammenheng hevder Gadamer (1996) at det er umulig å behandle kroppen uten å inneha en forståelse om kroppen som helhet. I tillegg viste han til at et menneske først blir bevisst sin helse ved fraværet av den, noe som innebærer at vi er nesten helt uoppmerksom på vår helse inntil det inntreffer et forstyrrende element i form av sykdom.

Lorem (2014) hevder at vi kan se helse i den enkeltes selvforståelse, utfoldelse og miljø hvor helsen omhandler hvordan vedkommende håndterer de mulighetene livet gir. I tillegg er det gråsoner og glidende overganger mellom frisk og syk. Dette gjør at det ikke alltid er enkelt å sette et skille. Det kan være personavhengig, det kan være kulturelt betinget og det kan være snakk om ny forskning og behandlingsmetodikk som definerer tidligere "friske" tilstander som en sykdomstilstand.

Det synes som et trekk at sykdomsbegrepet omfatter et økende antall tilstander, og en kan derfor snakke om et utvidet sykdomsbegrep, slik det fremkommer hos Brinkmann, Holthe & Røen (2015). En utvidelse av sykdomsbegrepet fører til at helsevesenet ikke har nok ressurser til å behandle individer med alvorlig problematikk, dette da de som ikke kan betegnes som syke får helsehjelp og dermed tar opp plass i forhold til personer med mer alvorlig problematikk. Det hevdes videre at vi lever i en terapeutisk kultur med en terapeutisk innstilling til livets små og store problemer. I rapport vedrørende tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer, viser denne til en betydelig økning i etterspørselen av tjenester (Andersson & Steihaug, 2008). En tenker at forhold som økt fokus på helse og psykiske vansker samt den generelle samfunnsutviklingen har bidratt til dette.

Psykisk helse er knyttet til levekår, livskvalitet, samfunn og sosiale forhold hvor nære sosiale relasjoner er av særlig stor betydning for barn og unges psykisk helse (Almvik & Borge, 2000). Videre omhandler psykisk helse om en person sin

evne til å bruke kognitive og emosjonelle ferdigheter i møte med hverdagslige krav samt fungering i samfunnet (Dahm et al., 2010)

Det er flere forhold som er av stor betydning for barns utvikling for en god psykisk helse; den tidlige følelsesmessige kommunikasjonen mellom forelder og barn har en avgjørende betydning for hjernens utvikling, dette omhandler tidlig tilknytning og interaksjon (Rye, 2007). På den annen side utvikles psykiske plager i et komplekst samspill mellom biologiske, genetiske og miljømessige faktorer (Major, 2011).

Det er vanskelig å gi et entydig svar på årsaken til psykiske plager, men en antar det ofte omhandler belastninger i dagliglivet (Helsedirektoratet, 2000).

Imidlertid er det vanskelig å trekke et klart skille mellom psykiske plager som er forårsaket av sosiale belastninger og andre psykiske plager.

Det er i dag akseptert som nødvendig å ha en helhetlig forståelse av sammenhengen mellom psykiske, fysiske og sosiale forhold for forstå psykiske og psykosomatiske problemer (Rye, 2007).

Psykiske vansker og lidelser fører til funksjonsproblemer i hjem og skole, i tillegg til mistrivsel og lærevansker (Folkehelseinstituttet, 2010). Psykiske lidelser utvikles i et komplekst samspill mellom biologiske forutsetninger, belastninger og støtte. Vanskene henger ofte sammen med oppvekstforhold i førskolealder.

3.2 Barn sin emosjonelle og sosiale utvikling

Emosjonell utvikling handler om hvordan barn lærer å gjenkjenne og forstå egne følelser og hvor de også etter hvert kan oppfatte og forstå hvordan andre har det (Ogden, 2015). Den emosjonelle utviklingen danner grunnlaget for sosial kompetanse i de fem første leveårene, noe som kan bidra til varige vennskap og tilpasning på andre arenaer som barnehagen. Disse ferdighetene vil gjøre seg gjeldende gjennom hele livet og er en forutsetning for nære relasjoner, for selv å kunne bli en god forelder, egenskaper for samarbeid og det å kunne holde på en jobb.

For at barnet skal ha en positiv utvikling, er stabile og gode sosiale relasjoner viktige (Ogden, 2015). Allerede fra fødselen er barn kontaktsøkende sosiale

individer. Tilknytningsteori viser til hvor grunnleggende den første kontakten mellom barn og nære omsorgspersoner er. Denne tilknytningen danner barnets indre arbeidsmodell og er avgjørende for den videre utviklingen. Sikker tilknytning legger grunnlag for utvikling av sosial kompetanse og gode relasjoner. Ettersom barnet blir eldre vil det danne tilknytning til andre omsorgspersoner enn de nære omsorgspersonene. Dette kan være ansatte i barnehagen. Barnet vil gjennom kontakt med barnehageansatte og andre barn i barnehagen danne sosiale relasjoner. Aktiv samhandling må til for at barn skal utvikle vennskap og bli sosialt akseptert. Ogden (2015) viser til sammenhengen mellom hvordan en god relasjon barnet har til en voksen i barnehagen er forbundet med mindre internaliserende atferd.

3.3 Individuelle og miljømessige risikofaktorer

Psykiske plager utvikles i samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige forhold (Major, 2011). Risikofaktorer kan derfor forekomme i ulike kombinasjoner fra å omhandle barn som lever i et risikoutsatt lokalsamfunn til medfødte, erfarte eller tillærte forhold (Ogden, 2015).

3.3.1 Individuelle risikofaktorer

Om barnet utvikler psykiske lidelser avhenger av samspillet mellom risikofaktorer og beskyttende faktorer (Folkehelseinstituttet, 2010). Barn er forskjellige og reagerer ulikt når det gjelder de samme påkjenningene. De individuelle forskjellene omhandler intelligens, temperamentstrekk, biologisk risiko og somatiske sykdommer eller skader. Av risikofaktorer hos barnet er en negativ selvopfatning en betydningsfull faktor (Børresen & Haugen, 2008). Hvordan et barn vurderer og aksepterer seg selv har innvirkning på hvordan barnet har det med seg selv og hvordan barnet har det sammen med andre. Et vanskelig temperament hvor barnet utviser negativ emosjonalitet og manglende selvregulering kan også medføre risiko (Major, 2011). Det er videre risiko knyttet til graviditet, fødsel, sykdom eller svak kognitiv fungering (Ogden, 2015). Utøvende funksjoner som omhandler barnets nevropsykologiske funksjon, er en kjent risikofaktor. Videre er usikker tilknytning og lav sosial kompetanse sentrale forhold som kan medføre risiko for barn.

3.3.2 Miljømessige risikofaktorer

Familien og de nære omsorgspersonene har som regel en avgjørende betydning for barnet sin utvikling. Ogden (2015) hevder at familien fungerer som et filter for andre miljøpåvirkninger. Noen faktorer som medfører risiko i nær familie omhandler om barnet bor hos eneforsørger, om omsorgspersoner har psykiske problemer, om det er konflikter mellom barnet og de voksne eller mellom de voksne, om barnet og familien lever under manglende rammer og struktur og om barnet opplever avvisning, omsorgssvikt og mishandling.

På skolen medfører det risiko om skolen mangler kompetanse og tiltak, begrenset foreldrekontakt, barnet opplever avvisning og er ikke inkludert av medelever eller de voksne, barnet mislykkes i skolen og det er et dårlig skolemiljø.

3.4 Systemteori som tilnærming av barn sin emosjonelle og sosiale utvikling

Gjennom en systemteoretisk tilnærming er en opptatt av hvordan barn og unge påvirkes av miljø og kulturelle forhold, og hvordan de selv etter hvert påvirker disse (Børresen & Haugen, 2008). I første omgang er det relasjonen til foresatte med deres verdier, holdninger og kulturelle bakgrunn med mer, barnet erfarer. Familien er en del av et samfunn hvor blant annet økonomiske, politiske og økologiske forhold påvirker familien. Barnet har egne biologiske og genetiske forutsetninger som er en del av individuelle forhold hvor det er samspillet mellom barnet og de mange påvirkningsfaktorer i oppvekstmiljøet som har innvirkning på barnets utvikling. Barnet skal vokse seg inn i en kultur med rådende tradisjoner og normer, hvor barnet gjennom dette sosialiseres. På den ene siden skal barnet utvikle seg til et selvstendig individ mens det på den annen side skal tilpasse seg samfunnets verdi og tradisjonssystem.

3.4.1 Bronfenbrenner sin bioøkologiske utviklingsmodell

Bronfenbrenner utviklet over år noe han benevnte som en bioøkologisk utviklingsmodell (Bronfenbrenner, Lerner, Hamilton, & Ceci, 2005). Modellen opptrer med ulike navn og teoretiske perspektiver i forskjellig faglitteratur. Innholdet viser imidlertid til det samme, hvordan mennesker og miljø har en gjensidig påvirkning på hverandre. Bronfenbrenner kombinerte sosiologisk teori

og utviklingspsykologi, mens tidligere perspektiver bar preg av å forstå barnet i en individ/psykologisk sammenheng. Bronfenbrenner sin modell ble utviklet for å vise hvordan barn påvirkes av sine omgivelser, foreldre, venner, økonomi, verdier, og kultur (Kvello, 2008). Han videreutviklet teorien i løpet av 1990-årene og først da ble begrepet bioøkologisk introdusert. Bronfenbrenner videreutviklet teorien helt til han døde i 2005.

Bronfenbrenner har fått kritikk for en begrenset vektlegging av hvordan barnet som aktør påvirker sine relasjoner og omgivelser (Nordahl & Manger, 2005). Denne kritikken overskygger imidlertid ikke at Bronfenbrenners modell har åpnet for en mer helhetlig forståelse av hvordan barn påvirkes av sine omgivelser.

Modellen består av fire systemer; mikro-, meso-, ekso- og makrosystem. I fortsettelsen skal vi se litt på hva de enkelte systemene inneholder. Systemene behandles hver for seg, men det er viktig å ha i mente at elementene i systemene gjensidig påvirker hverandre, i det enkelte system og mellom systemene.

Mikrosystemet

Dette systemet består av de miljøene barnet er i til daglig og er kjernen for barns utvikling. Det er en direkte kontakt mellom barnet og andre. (Når et barn blir født er det foreldrene eller andre omsorgspersoner som barnet er i direkte kontakt med, så etterhvert andre voksne som ansatte i barnehage, skolen med lærere, venner på ulike arenaer, alt etter barnets alder og hvilke miljøer det befinner seg i.) Mikrosystemet består av enkeltsystemer som familien, barnehage, skole, nærmiljø og fritidsaktiviteter (Børresen & Haugen, 2008). De nære systemene er de mest sentrale for barnet og hvor kvaliteten på relasjonene er viktige for barnets utvikling. Barn har behov for langvarige og følelsesmessige sterke relasjoner (Kvello, 2008). Kjennetegn ved mikrosystemet er relasjoner, aktiviteter og roller .

Aktiviteter inndeles i tre hovedtyper: Det barnet gjør alene; er sammen med andre; barnet observerer det andre gjør. Kvalitet, variasjon, gjensidighet og helhet har mye å si for de aktivitetene barnet deltar i.

Roller omhandler hvordan identitet og selvbylde videreutvikles gjennom ulike roller barnet innehar på forskjellige arenaer. Ved at barnet befinner seg i ulike miljøer, vil det kunne bidra til å danne seg sosial forståelse, ferdigheter og kompetanse. Ulike roller kan danne en mer kompleks forståelse vedrørende sosiale ferdigheter og kompetanse (Kvello, 2008).

De tidlige årene i et barn sitt liv er sentrale i forhold til barnets utvikling. Det etableres grunnlag for et langt livsløp. Foreldre og nære omsorgspersoner er sentrale for å dekke barnets behov og fremme en god utvikling. Hvordan de tidlige årene i et barn sitt liv har vært, har som regel stor innflytelse på livet videre.

Mesosystemet

Mesosystemet består av to eller flere mikrosystemer og forholdet mellom disse (Fyrand, 2005). Det er viktig i et barn sin tilværelse at den "henger sammen", det er derfor av betydning at de ulike mikrosystemene har noenlunde like normer, verdier, tillit til hverandre og felles mål. I motsatt fall kan ulikheter på dette området skape utrygghet og forvirring hos barnet (Fyrand, 2005). Videre er det av betydning med en viss tetthet og overlapping i disse systemene. Kvaliteten på relasjonene er viktig, for eksempel kontakten mellom hjem og skole, eller kontakten mellom mor og far, om foreldrene ikke bor sammen (Børresen & Haugen, 2008).

Eksosystemet

Dette er systemer barnet sjelden har direkte kontakt med (Fyrand, 2005). Det kan være foreldrenes arbeidsplass, idrettsforeninger eller kommunestyret, for å nevne noen. Beslutninger som tas i disse systemene kan imidlertid ha konsekvenser for barn, for eksempel innsparing i kommunen hvor det bevilges mindre penger til spesialpedagogisk ressurs på skolen. Mor eller far som mister jobben, kan forårsake store endringer for et barn.

Makrosystemet

Blant annet verdier, kultur, religion, tradisjoner, og politiske vurderinger som tas for samfunnet, befinner seg i makrosystemet (Fyrand, 2005). I makrosystemet dannes grunnlaget for andre systemer, for eksempel gjennom lovverk (Børresen

& Haugen, 2008). Eksempler på rettigheter dannet i makrosystemet som gir innvirkning i de andre systemene kan være kontantstøtte, fødselspermisjon og retten til skolegang (Kvello, 2008).

4 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Denne studien har en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming.

Problemstillingen omhandler hvilke utfordringer helsesøster opplever i møte med barn og unges psykososiale vansker. Den hermeneutiske tilnærmingen omhandler å tolke menneskelig mening (Malterud, 2011). Hermeneutikk omtales også som fortolkningslære som innebærer spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning (Thornquist, 2003). Gadamer (2012) skriver om den hermeneutiske regelen hvor man må forstå helheten ut fra delen og delen ut fra helheten. I studien er samtalene med informantene omgjort til tekst. Teksten har gjennomgått en prosess hvor deler av meningsinnholdet ble tatt ut av sin helhet for etter hvert å bli satt sammen igjen til en helhet. Dette omhandler fortolkning og rekontekstualisering av teksten.

Det fenomenologiske perspektiv viser til menneskelig erfaring og regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Thornquist (2003) skriver fenomenologien er en erfaringsorientert tradisjon hvor oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares av mennesket. I kvalitativ forskning er fenomenologien et begrep som peker på å forstå sosiale fenomener ut fra aktøren sitt perspektiv (S. Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Denne studien søker forståelse og kunnskap om menneskelig erfaring da problemstillingen omhandler helsesøster og de utfordringene hun opplever rundt den valgte tematikken.

Thornquist (2003) mener det er viktig innsikt ved fenomenologisk hermeneutiske tilnærming at vi kan aldri kan redegjøre fullt og helt for vår forforståelse. Malterud (2011) viser til hvordan en problemstilling kan belyses fra ulike perspektiver og hvor den kunnskap som fremkommer avhenger av forskerens perspektiv og posisjon. Det er en kompleks virkelighet å forske på, hvor målet må være å forstå noe av det som undersøkes. Dette innebærer at kunnskapen denne studien viser til preges av de brillene jeg som forsker har på.

5 Metode

Studien sin problemstilling fordrer en kvalitativ tilnærming da tematikken omhandler menneskelig erfaring, i denne sammenheng helsesøster sine erfaringer hvor utfordringer rundt barn og unge med psykososiale vansker, utforskes.

Kvalitativ metode benyttes når en skal studere karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter på de fenomener som skal studeres (Malterud, 2011). Kjennetegn er at man går i dybden på det som forskes på og hvor metoden har en særlig styrke innen menneskelig samhandling og opplevelse. Kvalitative metoder framhever innsikt og hvor en søker forståelse (Tjora, 2012). Polit & Beck (2012) nevner videre hvordan forskeren søker å forstå helheten. Kunnskapen kan derfor ikke gi universelle sannheter, men heller gi grunnlag for nye spørsmål.(Malterud, 2011).

5.1 Det kvalitative intervjuet

I studien er det anvendt semistrukturert intervju som tilhører kvalitativ forskningsmetode og benyttes når man vil studere meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2012). Hensikten med dette er at informanten kan få fortelle fritt om sine erfaringer, få frem fortellinger om erfaring fremfor meningsytringer. Det er derfor ønskelig at intervjuet gjennomføres som en noe fri samtale, men hvor forskeren må ta ansvar for å få besvart relevante tema.

Målet for forskeren er å skape en tekst basert på den informasjon som fremkommer i intervjuet (Thagaard, 2009). I intervjusituasjonen skapes en interaksjon mellom forsker og informant. Et subjekt – subjekt forhold hvor begge vil påvirke forskningsprosessen. Videre vil forskeren be om tydeliggjøring, avklaring og be informanten utdype om noe er uklart eller er av særlig interesse. Forskeren må ha en åpen, sensitiv og lyttende holdning.

5.2 Datainnsamling

5.2.1 Utvalg

Denne studiens problemstilling omhandler erfaringer fra helsesøstre, og for å ta del i helsesøstrenes erfaringene, må forskeren snakke med dem. Dette er ifølge Malterud (2011) et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg besitter adekvat kunnskap om det tema en vil utforske .

Inklusjonskriterier for å delta i studien var faglig bakgrunn som helsesøster, minimum 2 år med arbeidserfaring i helsesøsterstilling og i skolehelsetjenesten.

Det er fire kvinnelige helsesøstre som har deltatt i studien. Alle informantene har flere år med erfaring i helsesøsterstilling og fra skolehelsetjenesten.

5.2.2 Rekruttering av informanter

For å komme i kontakt med aktuelle kandidater, orienterte jeg meg gjennom kommunenes hjemmesider på internett. Her finnes oversikt av kommunenes organisering. Ledere for skolehelsetjenesten i fire kommuner ble kontaktet pr. mail. I mail fulgte vedlegg med brev til lederne, samt forespørsel til informant om å delta i forskningsprosjektet (vedlegg...nr?). Lederne har oversikt av ansatte helsesøstre og ble bedt om å formidle til helsesøstrene min forespørsel om å delta i studien. Dette ble gjort i god tid før intervjuene skulle gjennomføres. En av de fire lederne ga tilbakemelding umiddelbart, hvor navn på helsesøster som kontaktperson ble formidlet. Jeg tok telefonisk kontakt med henne og hvor vi avtalte at hun skulle informere sine kollegaer om studien og spørre om noen ville delta i prosjektet.

Etter noen uker tok jeg igjen kontakt med de lederne i kommunene som ikke hadde svart på min henvendelse. Jeg fikk da raskt svar på hvilke helsesøstre jeg kunne ta direkte kontakt med. De helsesøstrene som kunne delta ble kontaktet hvor tidspunkt og sted for intervju ble avtalt.

5.2.3 Planlegging av intervju

Det ble utformet en intervjuguide (vedlegg..) som inneholder fire tematiske hovedspørsmål med underliggende stikkord i forkant av intervjuene. Hensikten var å ha utarbeidet relevante spørsmål til informantene med bakgrunn i problemstillingen. En intervjuguide viser også til seriøsitet fra forskeren og

videre forventer informantene å svare på spørsmål som er utarbeidet på forhånd (Tjora, 2012). Ifølge Tjora (2012) inneholder et intervju tre faser; oppvarming, refleksjon og avrunding.

Intervjuet kan starte med en innledning med oppvarmingsspørsmål. Dette er enkle og konkrete spørsmål som for eksempel kan gi informasjon om informanten sin alder, faglig bakgrunn, arbeidssted eller annen relevant informasjon som ikke krever mye refleksjon. Jeg forberedte en innledning for intervjuet hvor jeg kort ville si litt om meg selv og prosjektet, dette også som en påminner til informanten selv om denne informasjonen allerede var gitt, og for å gi en trygg start på samtalen. Etter dette kunne informanten fortelle litt om seg selv, hvor lenge de hadde jobbet i skolehelsetjenesten og noen spørsmål knytta til kollegaer og arbeidssted. Hensikten er å skape et så trygt fundament som mulig for den videre samtalen. Kvale (2009) hevder at de første par minuttene i et intervju er avgjørende. Informanten vil få en oppfatning av hvem intervjueren er, noe som vil påvirke kvaliteten på samtalen (S. Kvale et al., 2009).

I andre fase er det refleksjonsspørsmål rundt selve tematikken i studien som står sentralt. Dette er spørsmål som krever større refleksjon av informanten. Det er ønskelig å gå inn i dybden av aktuelt tema hvor informanten utdyper og reflekterer. I temaguiden hadde jeg utarbeidet fire overordnede spørsmål rundt tematikken. Hensikten var å være bevisst og forberedt på hvordan få frem fortellinger om erfaringer og opplevelser, hvor jeg blant annet hadde tenkt å oppfordre informanten til å gi eksempler gjennom historier.

Avrundingsfasen er når intervjuet avrundes. Samtalen nærmer seg da slutten og en avrunding er naturlig. I denne fasen planla jeg å si noe om hva som ville skje videre med prosjektet og hvor jeg vil spørre informanten om vedkommende har noen spørsmål. Til slutt vil jeg takke for deltakelsen.

En annen viktig forberedelse før gjennomføring av intervjuene var kjennskap til lydopptakeren. Funksjonene på denne ble testet og ekstra batterier ble skaffet.

5.2.4 Gjennomføring av intervju

Ifølge Tjora (2012) bør en tilstrebe en trygg atmosfære i intervjusituasjonen. Å skape en avslappet stemning danner et godt fundament for et vellykket intervju,

hvor informanten føler seg trygg til å tenke høyt og hvor det er tillatt med digresjoner. Dette kan være på informantens arbeidsplass eller i deres private bolig (Tjora, 2012).

Tre av informantene i denne studien ble intervjuet på deres arbeidsssted. Et intervju ble gjennomført i informantens hjem da vedkommende på daværende tidspunkt ikke var mobil. Det var en ro over intervjuet da det hektiske bakteppet som ofte befinner seg på arbeidsplassen, ikke var til stede.

Varigheten på selve intervjuene var fra 37 til 60 minutt, uten innledningen og avrundingen.

Før oppstart av intervjuene, ble det gjort avklaringer for å hindre forstyrrelser. Forstyrrelser kan bidra til dårlige lydopptak, til stopp i intervjuet hvor tankerekker og refleksjoner hos informanten kan forstyrres.

Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av en uke. Av praktiske årsaker ble to intervju gjennomført på en dag, med en kort pause i mellom. På den ene siden var dette noe slitsomt da det krever stor grad av årvåkenhet hos den som intervjuer, på den andre siden gikk det greit da jeg opplevde å komme i en "god flyt".

Jeg startet med å ønske informant velkommen til intervju, fortalte litt om meg selv og bakgrunnen for prosjektet, videre at intervjuet var tenkt som en noe uformell samtale. Etter denne korte innledningen ble båndopptakeren startet og jeg ba informanten fortelle litt om seg selv; faglig bakgrunn, erfaringer og arbeidsssted.

Etter den innledende fasen ble tematikken introdusert gjennom spørsmål om informantens erfaringer rundt tematikken. Dette opplevde jeg som en god inngang da informantene kunne fortelle om hva de var opptatt av knytta til tema. Det ga også gode muligheter for oppfølgingsspørsmål vedrørende informantens erfaringer.

Under intervjuene hadde jeg intervjuguiden foran meg som en påminner i forhold til spørsmål og tema som var viktig å få belyst. Tidlig i intervjuprosessen ble jeg klar over at spørsmålene i guiden kunne vært mer gjennomarbeidet.

Imidlertid var det informantenes fortellinger og erfaringer rundt tematikken jeg var opptatt av.

I det første intervjuet erfarte jeg et av spørsmålene som dårlig utformet og lite hensiktsmessig. Dette var; " Når du sender fra deg en henvendelse – hva tenker du dette sier om deg som helsesøster?" Jeg begynte å stille spørsmålet til informanten, og fikk samtidig en umiddelbar følelse av at dette burde jeg ikke spørre om, hvor jeg forsøkte å justere spørsmålet mens jeg stilte det. Det ble dermed utydelig artikulert og informanten ble usikker og søkte avklaring. Jeg beklaget ovenfor informanten at jeg i det hele tatt hadde spurt, og ba henne se bort fra spørsmålet. Jeg opplevde at dette spørsmålet var utformet som om jeg oppfordret helsesøster til å utlevere seg selv på en negativ måte. Dette var selvsagt ikke gjort med hensikt. Etter nøye overveielse fant jeg at spørsmålet ikke var relevant for studien og det ble fjernet fra intervjuguiden. Denne erfaringen viser til viktigheten av en grundig gjennomarbeidet intervjuguide som inneholder relevante og godt formulerte spørsmål.

Gjennom intervjuene tilstrebet jeg å være åpen og "ta inn" informantenes erfaringer og opplevelser. Jeg var forberedt på at informantens fortelling kunne oppfattes som mindre relevant, og hvor egen forforståelse kunne bli en hindring. Bevisstheten på at noe nytt, og som først ble antatt som lite relevant, var dermed til stede. Det oppsto flere slike situasjoner i intervjuene, hvor jeg måtte minne meg selv på at dette kan være av betydning. Samtaler i denne typen intervjusituasjon kan ta andre og uventede veier, men hvor det også er av betydning å innhente samtalen igjen med tanke på tematikken en ønsker belyst.

Under intervjuene valgte jeg å ikke notere, da dette kunne skape uro hos informant samt at mitt fokus under samtalen kunne bli forstyrret. En oppsummering i prosesslogg med inntrykk, tanker og stikkord ble laget etter hvert intervju.

5.2.5 Avklaring av egen forforståelse

I forskningsprosessen er det viktig at forskeren er bevisst på egen forforståelse da dette er grunnlaget for hvordan vi forstår verden (S. Kvale et al., 2009). I mitt tilfelle kjennetegnes forforståelsen av kunnskap og erfaring innen

utviklingspsykologi, sosialiseringsteorier og systemteori. Jeg har lang erfaring i å jobbe med barn og unge i spesialisthelsetjenesten (BUP). Dette er erfaringer hvor utredning, diagnostisering og behandling av psykiske lidelse preger arbeidshverdagen. Det teoretiske perspektivet befinner seg innen utviklingspsykologi og hvor jeg i tillegg er særlig opptatt av relasjonelle forhold og hvordan individ og miljø gjensidig påvirker hverandre. Min faglige bakgrunn er vernepleier med videreutdanning i miljøterapi. System- og nettverksteori har en sterk forankring innen både vernepleie og miljøterapi.

Forforståelse innebærer ifølge Malterud (2011) egne erfaringer, hypoteser, teoretisk grunnlag og faglig perspektiv. Malterud hevder videre; "Spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan." (2011, s. 37). Et annet begrep som kan benyttes er posisjonering, som vil si at forskeren må tydeliggjøre eget ståsted. Dette innebærer en erkjennelse om at en ser på verden fra et bestemt perspektiv og en bestemt posisjon (Thornquist, 2003).

Kjennetegn ved vitenskapelig kunnskap er blant annet kritisk refleksjon, hvor bekreftelse eller styrking av egne antagelser viser til dårlig kvalitet av studien. Det er derfor av stor betydning å møte innsamlede data med et åpent sinn, i stedet for med forutinntatte meninger og erfaringer. Ifølge Gadamer (2012) må den som vil forstå andre eller en tekst, være åpen og la ham bli fortalt noe. Det gjelder å bli bevisst sin egen forutinntatthet slik at en dermed kan la teksten fremstå i sin annerledeshet. Dette innebærer at bevisstheten om en forutinntatthet må være til stede for å være bevisst på at noe er annerledes (Gadamer & Holm-Hansen, 2012).

5.2.6 Forskningsetiske vurderinger

Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet for forskning (NSD) før intervjuene ble gjennomført. Informantene var på forhånd kjent med studiens formål og hva deres deltakelse ville innebære, videre at intervjuene ville bli tatt opp på lydopptaker. Jeg var også kjent med hvordan personopplysninger eller annet konfidensielt materiale skulle anonymiseres og oppbevares. Lydopptakene ble slettet fra lydopptakeren etter filene var overført min private datamaskin som er passord beskyttet.

Forskeren får ofte en nærhet til informantene i dybdeintervju og det skapes et tillitsforhold. Forskeren kan dermed få en dobbeltrolle; menneske og forsker, noe som fordrer en bevissthet om relasjonen og maktspektet i denne (Thornquist, 2003). I gjennomføringen av intervju skal en sikre seg at informanten ikke kommer til skade. Dette vil si at de tema som berøres i intervjuet kan være av følsom og belastende karakter for informanten. Informanten vil ikke i denne sammenheng få mulighet for terapeutisk bearbeiding. Det vil være viktig at informanten vet at han kan trekkes seg når som helst i prosessen. Forsker må derfor sikre seg at informantene har forstått hva deres rolle i et forskningsprosjekt innebærer. Anonymisering av innhold, videre at informasjonen håndteres med varsomhet og respekt (Tjora, 2012).

Konfidensialitet kan være en utfordring da forskningen ofte gjennomføres i små utvalg. Videre inntreder det ofte endringer i forskningsprosessen som i seg selv fordrer ekstra bevissthet rundt forskningen.

5.3 Analyse av datamaterialet

5.3.1 Transkripsjon

Det er en forutsetning for den kvalitative analyseprosessen at datamaterialet er sammenfattet til tekst (Malterud, 2011). Videre er transkribering av tekst en omforming av virkeligheten som stammer fra samtaler eller observasjoner. Det virkelige datamaterialet er hendelsen i seg selv, ved tid og sted og slik partene som deltok, opplevde det. Teksten er dermed ikke virkeligheten. Dette innebærer en fordreining når samtaler omsettes til tekst. Kvale & Brinkmann (2009) hevder at transkripsjoner er svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av samtaler, hvor stemninger, følelser og ironi ikke kan gjengis i teksten. Målet er å fange opp det som ble sagt på en måte som best mulig representerer det informanten hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2011).

Malterud (2011) anbefaler at forskeren selv gjennomfører transkriberingen. Dette da forskeren kan oppklare eventuelle uklarheter i prosessen med å skrive ut tekst. Dette kan styrke validiteten av datamaterialet.

Studien sitt datamateriale er transkribert av meg hvor jeg erfarte at prosessen bidro til bedre oversikt og innsikt i datamaterialet. Malterud (2011) beskriver at

forskeren ved å være mellomledet mellom tekst og tale, får mulighet til å gjenoppleve hendelsen samt bli kjent med nye sider av materialet.

Det er flere overveielser som kreves i prosessen fra tale til språk (S. Kvale et al., 2009). Disse overveielsene kan omhandle om all muntlig tale skal gjenfortelles i tekst, valg av ordrett talespråkstil eller skriftspråk, skal pauser og lyder være med. Valgene som tas må være med utgangspunkt i formålet med undersøkelsen. Jeg valgte å skrive teksten med bokmål som skriftspråk og hvor all muntlig tale er omgjort til tekst. Ord og uttrykk på dialekt var vanskelig å erstatte på bokmål, i disse tilfellene ble dialektordene beholdt, dette for å unngå fordreining eller endring av innholdet. Det er ikke tatt med pauser, sukk eller andre lyder i teksten da dette ble vurdert til å inneha liten betydning i forhold til studiens problemstilling.

5.3.2 Analyse av kvalitative data

Kvalitative forskningsmetoder skal vise til struktur hvor forskeren er seg bevisst å fange det vesentlige (Malterud, 2011). En analyse skal være gjennomarbeidet og veldokumentert hvor det er mulig å identifisere systematikken i analyseprosessen.

Det kvalitative råmaterialet er analysert ved anvendelse av Malterud (2011) sin modifiserte teori om systematisk tekstkondensering. Malterud (2011) er inspirert av Giorgi og viser til at analyse prosessen består av fire trinn; først å danne seg et helhetsinntrykk, så identifisere meningsenheter, videre å abstrahere disse i subgrupper, for til slutt å sammenfatte betydningen av disse til kategorier. Analysen er en fenomenologisk hvor målet er å utvikle kunnskap på bakgrunn av informantenes erfaringer. Systematisk tekstkondensering anvendes ved tverrgående analyser av datamaterialet fra alle informanter. Tverrgående analyse av fenomener kan egne seg for å finne nye beskrivelser og begreper.

Analysen vil presenteres trinn for trinn hvor jeg til slutt viser til et eksempel av analyseprosessen.

Trinn 1, tema:

I prosessens første trinn, tema, skal en forsøke å danne seg et helhetsinntrykk av råmaterialet. Dette gjøres ved å lese gjennom alt råmaterialet, samtidig som en

tilstreber åpenhet for teksten slik at nye perspektiver og kunnskap kan erverves (Malterud, 2011). Forforståelse og teori settes i parentes. Gadamer (2012) viser til hvordan en må være klar over sin egen forutinntatthet slik at teksten kan få fremstå i sin annerledeshet og dermed får mulighet til å spille ut sin saklige sannhet mot ens egen forforståelse. I prosessen sitt første trinn dannes inntrykk av hva som kan være aktuelle tema. Jeg noterte ni foreløpige tema. Disse var skolefravær, isolasjon, beskrivelser av følelser, samfunn, samarbeid, tidsperspektiv/problem over tid, ressurser, tiltak og forståelse/kunnskap. For å ha oversikt over de ulike tema benyttet jeg først fargekoder. Etter hvert ble også tekst med annet innhold ansett til å være viktig, dette ble understreket med blyant. Det ble etter hvert lite oversiktlig, med ulike farger og understreking. For å få en bedre oversikt, samt å kunne jobbe systematisk, ble tabell i word benyttet. De fire trinnene ble lagt inn; tema, kode (kodegrupper med meningsbærende enheter), subgrupper/kondensat/gullsitat og kategori. Først ble de ni temaene lagt inn i den første kolonnen (tema), så inndelt i ni rader, videre ble all tekst fra råmaterialet plassert i den andre kolonnen (kode). Teksten ble plassert i den raden tilhørende det tema den virket å høre sammen med.

Trinn 2, koder

I analysens andre trinn, koding, skal tekst en anser som relevant skilles fra tekst som virker irrelevant. Dette innebærer å ta med all meningsbærende tekst fra råmaterialet som bærer med seg kunnskap om de ulike tema. Noen tekstbiter kan også inneholde mening som kan tilhøre flere tema. Tekstbitene kan være lange eller korte, hvor målet er å ta med all tekst en finner meningsfull for så å sortere denne igjen i kodegrupper. Deler av teksten kan hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for å kunne anvendes med andre beslektete tekstelementer og den teoretiske referanserammen. Teksten blir på denne måten dekontekstualisert.

I prosessen ble det fortløpende tatt papirutskrifter for å ha oversikt over alt materialet på en gang. Gjennom å ha oversikt av alt innhold på ark, i tabell, ble det mer oversiktlig. Dette bidro til at det ble enklere å se om noen tema omhandlet det samme. Med et utgangspunkt på ni tema, ble disse etter hvert

slått sammen med andre tema, da prosessen gikk frem og tilbake. For eksempel tema som skolefravær, isolasjon og beskrivelse av følelser ble tilhørende temaet beskrivelser av barnet. Årsaken for denne vurderingen var at både det å isolere seg, det å unngå skolen, beskrivelser av følelser kan alle tilhøre et tema; beskrivelser av barna.

Det var i begynnelsen mye tekst som ble ansett som viktig, men gjennom systematiseringen – flytte på eller fjerne tekst, ble det mer oversiktlig og enklere å se andre og bedre sammenhenger.

Jeg gikk også tilbake til råmaterialet noen ganger i tilfelle teksten kunne fortelle noe nytt som jeg tidligere hadde unngått å legge merke til.

Trinn 3, subgrupper, kondensat og gullsitat.

I analysens tredje trinn blir innholdet fra forrige trinn ytterligere bearbeidet. Dette gjøres ved å hente ut kunnskap fra de enkelte kodegruppene med meningsbærende enheter som omdannes til subgrupper (Malterud, 2011). Av den enkelte subgruppen dannes et kondensat, et sitat som bærer med seg innhold fra de meningsbærende enhetene. Kondensatene skal bære med seg summen av innhold fra alle de meningsbærende enhetene. Her kan en oppdage at noen meningsenheter ikke passer inn, hvor disse må legges til side. Noen meningsbærende enheter tilhører kanskje en annen kodegruppe, hvor en må gå tilbake for å finne ut av dette. Det er fortløpende viktig å notere eller ta ekstra kopier av prosessen, slik at en har system og oversikt på hva en gjør og tenker.

Til slutt på dette trinnet skal det dannes gullsitat som skal inneholde tekst som igjen sammenfatter innhold fra kondensatene.

Trinn 4, kategori

I siste trinn, kategorier, skal bitene settes sammen igjen, det vil si at teksten skal rekontekstualiseres. Teksten var allerede bearbeidet på tidligere trinn og den ble så satt sammen igjen slik at nye begreper og beskrivelser kunne skapes, men det skal likevel ses i sammenheng med det opprinnelige materialet. Dette er trinnet i prosessen hvor resultatene av det innsamlede datamaterialet viser seg. Funnene ble sammenfattet i gjenfortellinger som la grunnlag for nye begreper eller beskrivelser. Det ble dannet en analytisk tekst med basis fra de kondenserte

tekstene og utvalgte sitatene. Dette viste til en utvalgt side av studiens problemstilling. Gjenfortellingen fra hver kodegruppe ble formidlet tilstrekkelig hvor essensen fra flere historier fra datamaterialet er med. Gullsitatet fra forrige trinn ble vurdert om det fortsatt var dekkende for gjenfortellingen. Så ble den analytiske teksten fra hver kodegruppe sammenfattet til en overskrift som viser til hva den handler om. Overskriftene stammet fra de opprinnelige temaene og kodene, hvor analyseprosessen på dette tidspunkt synliggjør økt innsikt. Til slutt fikk kategorien et endelig navn som representeres av innholdsbeskrivelsen og sitatet.

Til slutt ble det vurdert om det var en sammenheng mellom gullsitatene, beskrivelsene av subgruppene og benevnelsen på kategorien.

Tabellen nedenfor tar utgangspunkt i hvordan Malterud (2011) oppsummerer trinnene i analyseprosessen. Det er et av studiens resultater som gjengis i de fire trinnene:

Analysetrinn

1	Foreløpige temaer	Skolefravær, isolasjon, beskrivelser av følelser
2	Koder	..å delta i det sosiale liv blir veldig vanskelig for mange.., det kan være sånn type vondt i magen, vondt i hodet, litt sånt vagt.., du sitter og kjenner på den store angsten, parat til flukt....
3	Subgrupper	I. Barnet unngår sosial samhandling II. Barnets fysiske- og emosjonelle uttrykk
4	Kategorier	Sammensatte vansker hos barnet

6 Resultater

I denne delen presenteres resultatene fra studien. Resultatene består av fire kategorier med tilhørende subgrupper og gullsitat.

1. Sammensatte vansker hos barnet
 - Subgruppe I: Barnet unngår sosial samhandling
 - Subgruppe II: Barnet sine fysiske- og emosjonelle uttrykk

2. Oppfølging av barnet
 - Subgruppe I: Etablere en trygg relasjon
 - Subgruppe II: Ressursene begrenser individuell oppfølging

3. Tverrfaglig samarbeid for å ivareta barnet
 - Subgruppe I: Behov for formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten
 - Subgruppe II: Ulik problemforståelse i samarbeid med skolen

4. Kunnskap fremmer psykisk helse hos barn og unge
 - Subgruppe I: Kunnskap hos helsesøster
 - Subgruppe II: Kunnskap i skolen
 - Subgruppe III: Informasjon til barn og unge

6.1 Sammensatte vansker hos barnet

Det fremkom fra alle informantene om sammensatte vansker hos barn. Disse omhandlet beskrivelser av barn som unngikk sosial samhandling og barn sine fysiske og emosjonelle vansker.

Subgruppe I: Barnet unngår sosial samhandling

Helsesøstrene fortalte om barn som i ulike sammenhenger unngikk sosial samhandling. I skolesammenheng kunne det blant annet komme til uttrykk gjennom høyt skolefravær. Barnet var borte fra skolen når det skulle foregå aktiviteter som ble for vanskelig å delta i, det kunne være svømming, gym eller fremlegg i klassen. Videre kunne barnet oppholde seg på toalettet i friminuttene,

eller ofte gå på do i timene. Beskrivelser viser til at barn som har lite samhandling med andre barn kan oppleves som passive da de gir lite av seg selv.

I sammenhenger på fritiden fremkommer det at barna fant unnskyldninger for å slippe å være sammen med venner, sosiale sammenkomster som bursdagsselskaper og tidligere fritidsaktiviteter ble unngått og barnet trakk seg unna og ble mer og mer isolert hjemme. Dette kunne medføre at barnet etter hvert ikke ble inkludert.

Gullsitat:

".. å delta i det sosiale liv blir veldig vanskelig for mange.. masse skolefravær og at ungen ikke er på skolen... De klarer rett og slett ikke møte opp på skolen...var lite sosial sammen med andre, særlig utafør skoletid.. slutta på trening,.. det å være med venner ut på noe sosialt... alt sånt hadde hun trekt seg unna og på en måte isolert seg mer og mer hjemme.. kan ikke på grunn av sånn og sånn, til slutt så blir en ikke invitert..."

Subgruppe II: Barnets fysiske- og emosjonelle uttrykk

Fysiske uttrykk

Flere av informantene fortalte om barn som kommer til helsesøster og forteller om kroppslige plager. Søvnvansker og spiseproblematikk kunne også være tema. Andre grunner for å oppsøke helsesøster kunne være noe diffust og vagt, som utslett eller hudforandringer, hvor det etter hvert fremkom annen bakenforliggende problematikk som var angst for ulike situasjoner.

Gullsitat:

"Det kan være sånn type vondt i magen, vondt i hodet, litt sånt vagt. Og så viser det seg etter hvert at det er angst, angst for å komme på en plass der det er masse folk..

Jeg husker ei jente som fortalte hun pleide å ikke få sove om nettene og at hun var slutta å spise...de har fått noen røde prikker..."

Emosjonelle uttrykk

Informantene ga beskrivelser av hvordan barn kunne gi uttrykk for engstelse og angst i ulike situasjoner som det å dumme seg ut på skolen. Dette kan bidra til at barn "låser seg" og ikke klarer å snakke eller tenke. De fortalte om barn som er

redde for å bli spurt av lærer og for å lese høyt i klasserommet. Det kunne være vanskelig å betale i butikken hvor tanker om situasjonen kunne omhandle; "tenk om jeg ikke har nok penger?", og noen barn synes det kan være skummelt å ta bussen. Barna kan fortelle om ting og situasjoner de er redde for, og de innehar også en del bekymringer. Det kan være bekymring for at foreldrene skal skilles, forholdet mellom foreldrene og andre ting i hjemmet som kan være vanskelig. Noen bekymrer seg for om de har husket å ta med alt utstyr de trenger til skolen. Noen barn beskrives å inneha en slags beredskap, parat til flukt.

Gullsitat:

"Hvis du sitter og kjenner på den store angsten – parat til flukt.. hvis du går rundt med en stor klump i magen og gruer deg og bare vil være usynlig.. Det var ei jente; så mye å være redd for, hvor mye energi hun brukte for ikke komme i de situasjonene der det ble skummelt.. Redselen for å dumme seg ut ligger helt sikkert der.. De er redde for å gjøre dumme ting.. "

6.2 Oppfølging av barnet

Informantene ga uttrykk for at det kunne være utfordrende å komme i posisjon og bygge opp tillit med barnet. Ressursene i skolehelsetjenesten er begrenset og konsekvenser av dette er redusert mulighet til å fange opp barna. Arbeidet rundt barna krever tid og ressurser.

Subgruppe I: Etablere en trygg relasjon med barnet

Flere av informantene hadde erfaring med sjenerte barn og barn som sa lite eller ingenting. Det å holde i gang en samtale ble beskrevet som vanskelig, da helsesøster ikke fikk noen svar. Helsesøster forsøker å snakke med barn, høre hvordan de har det, om de er i behov av hjelp eller støtte. Dette for å komme i posisjon ovenfor barnet, bygge opp tillit og skape trygghet. Det ble en utfordring å skape en trygg relasjon, når et barn ikke sa noe. En av helsesøstrene fortalte om et barn som var svært redd. I starten av kontakten satt barnet og helsesøster under et pledd. Etter hvert ble barnet tryggere og de kunne sammen gradvis krype ut av pleddet.

Gullsitat:

"... jeg har jo prøvd å snakke med noen av disse ungene og, men det er liksom, det er jo forferdelig vanskelig, for det første av den grunn at de ikke svarer.. Så må du føre hele samtalen for deg selv og, liksom.. fikk etter hver såpass trygghet at vi kunne komme i gang med litt kartlegging..."

Subgruppe II: Ressursene begrenser individuell oppfølging

Rammene i skolehelsetjenesten tillater i liten grad en individuell oppfølging av barn. For eksempel har helsesøster en samtale med barnet og foresatte ved skolestart i første klasse. Tidligere hadde de samme oppfølging igjen i tredje klasse, hvor tema var trivsel, venner, generell fungering og om foresatte hadde bekymringer knytta til barnet sitt. De første skoleårene kan medføre store endringer for et barn, men dette er det nå reduserte muligheter for helsesøster å fange opp. Det dreier seg mer om oppfølging av barna som omhandler høyde, vekt og vaksinerings hvor helsesøster beskriver skolehelsetjenesten som en slags samlebåndsvirksomhet. Helsesøster mener det burde vært noe mer.

Skolehelsetjenesten har få ressurser og liten tid til rådighet for å jobbe med forebygging. Helsesøster uttrykte ønske om å jobbe mer innen forebygging. Flere av informantene etterlyste systematikk og retningslinjer vedrørende å fange opp barn som står i fare for å utvikle seg i negativ retning. Videre fremkom det at oppgaver rundt forebyggende virksomhet burde vedtas at den skal inn på planer. Problematikken rundt noen barn kan være tidkrevende hvor helsesøster opplever å komme til kort på grunn av manglende kapasitet. Helsesøster fortalte om mye som skal håndteres lokalt, hvor det ikke tilføres mer ressurser.

Gullsitat:

"Det dabber likesom av etter hvert, det vannes ut i skolehelsetjenesten til å dreie seg mer og mer om veiing og måling, vaksine... Men det er plukket bort veldig masse, i alle fall i denne tjenesten, så skolehelsetjeneste programmet er så ribbet, at det ikke er noen gode, altså vi skal jo være sånn fluepapir og sil tjeneste, vi skal slippe gjennom de som skal gjennom, og så skal vi fange opp de som skal fanges opp, men det er kanskje veldig lite fluepapir i skolehelsetjenesten når det gjelder de her ungene.."

6.3 Samarbeid for å ivareta barnet

Informantene fortalte om et samarbeid med spesialisthelsetjenesten (BUP) som var lite formalisert. De uttrykte ønske om mer veiledning fra BUP da mange saker er sammensatte med mange utfordringer.

Subgruppe I: Behov for formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Flere av informantene uttrykte ønske om et bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten (BUP). En tilstedeværelse av BUP ute i kommunen, for eksempel på helsestasjonen, og hvor en kunne samarbeid på denne arena. Helsesøster står i mange vanskelige situasjoner og har da behov for veiledning, videre kan en bedre overlapping mellom henne og BUP være hensiktsmessig. Et fast drøftingsforum hadde vært fint hvor BUP kan informere i forhold til hva en har funnet ut om barnet og hva barnet har behov for videre, dette da helsesøster har den videre oppfølgingen. Informantene anså det som viktig å ha mulighet for å drøfte en sak både før den eventuelt henvises videre (til BUP), og det å få tilbakemelding etter saken er avsluttet.

Gullsitat:

"... så kommer det en sånn tilbakemelding på at BUP er ferdig, og det synes jeg er veldig dumt for det er nå når han har fått en diagnose at vi trenger veiledning på hvordan vi skal gjøre dette videre... savner et tettere og formelt samarbeid..."

Subgruppe II: Ulik problemforståelse i samarbeidet med skolen

Informantene opplever at det kan ta lang tid før skolen tar kontakt vedrørende elever med vansker. Problemene kan ha utviklet seg over tid hvor barn etter hvert uteblir fra skolen. Det kan være en for høy terskel, personavhengig - da noen lærere vil se det an, og noen ganger er det tilfeldig om skolen tar kontakt. Flere ga uttrykk for at skolen er for opptatt av det pedagogiske og kanskje i mindre grad av å se helheten rundt eleven. Dette kan medføre at elever sliter over tid. Det er vanskelig for helsesøster med den tiden som er til rådighet på skolen, å fange opp barn som har det vanskelig. Hun er derfor avhengig av hva skolen formidler om barna. Samarbeidet preges også av kapasitetsproblemer både fra helsesøster og skolen sin side, ifølge helsesøster.

Gullsitat:

"... lærere tenker at ting vil gå seg til, også venter man for lenge fordi det er ikke alltid det går seg til... Jeg tenker skolen er nødt til å se de her psykososiale aspektene og forholdene rundt elevene, for det påvirker jo læringen deres... ofte har det gått lang tid før vi blir kontaktet og jeg har inntrykk av at de mange ganger er kommet så langt at de ikke kommer på skolen... Fordi det er jo ikke et problem, det er jo ikke det, de er jo så, sier nå ikke så mye, gjør ikke så mye av seg."

6.4 Kunnskap fremmer psykisk helse hos barn og unge

Subgruppe I: Kunnskap hos helsesøster

Informantene ga uttrykk for usikkerhet i forhold til egen kompetanse. De var usikre i forhold til om et barn bør henvises videre, er problematikken nok alvorlig, har jeg hatt denne saken for lenge? Barnehage og skole ble også nevnt til å være i behov av veiledning og kompetanse fra BUP.

Gullsitat:

" Er vi for dårlige på å sile ut? Burde noen komme raskere til?.. vår utdanning går jo på det normale, og det normale er kan jo være så mangt, men det er kjempevanskelig når du begynner å bevege deg utover, for der er vi jo, ikke helt på bar bakke, men helt avhengig av å opparbeide egne erfaringer... Men det handler rett og slett om kunnskap, og å fange det opp tidlig... "

Subgruppe II: Kunnskap i skolen

Helsesøstrene fortalte om sammenfallende erfaringer vedrørende skolen som omhandlet tidsperspektivet. De viser til at barn kan ha det vanskelig over tid, uten at det blir tatt tak i. Årsakene til dette er flere; det kommer an på læreren, barnets vansker er ikke et problem for andre, som vil si at omgivelsene ikke blir forstyrret, og en tenker at det vil gå seg til. Det kan derfor være tilfeldig om et barn med vansker blir fanget opp. Noen må oppdage disse ungene og vi må snakke om psykisk helse. Det er de samme barna som starter på videregående men da kan det være vanskelig å hjelpe dem på grunn av at vanskene har vedvart så lenge. En helsesøstertjeneste var nylig kontaktet av en videregående skole hvor skolen opplevde et stort behov for bistand i forhold til elever med alvorlig problematikk. Kunnskap til de som jobber med barn og unge ble ansett som

viktig, slik at unger som sliter får tidsnok hjelp. Det kom til uttrykk at ikke alle lærere har kjennskap til at barn kan slite med emosjonelle vansker i den grad at det kan betegnes som angst eller depresjon. Gjennom kunnskap kan lærerne kjenne igjen vanskene som barna uttrykker.

Gullsitat:

” Men jeg tror at det må kunnskap til det her. Jeg tror reaksjonene kommer for sent. Det må være en vitenskap, i lærerne spesielt for de har en kjempeviktig rolle for de ser disse ungene hver eneste dag. Men og at lærere vet hva de skal se etter, at de skjønner... .. Ja, fordi, i alle fall etter hvert så ser det ut som at lærerne og føler at de kommer til kort... ”

Subgruppe III: Informasjon til barn og unge

Barn og unge må få informasjon om psykisk helse i tidlig alder slik at de innehar kunnskap om hva dette omhandler. Informasjon om det følelsesmessige, hva som er normale tilstander og hva som ikke er det, slik at barnet selv kan ha en innsikt. Barn og unge kan ha følelser som de ikke klarer å håndtere på en god måte på egen hånd. Dette kan begrense og styre deres hverdag. Ved å gi informasjon og kunnskap kan dette bidra til at barna kan be om hjelp. Videre kan det være godt for barn å vite at de ikke er alene om å ha det slik de har det. Helsesøstre fortalte om barn som var engstelige da de ikke visste hva følelsene de hadde omhandlet. Det å fortelle et barn, gi informasjon, vil dermed kunne øke barnets forståelse. Flere av informantene mente at det er viktig å gi informasjon tidlig.

Gullsitat:

”Jeg tenker man kanskje skal lære ungdommene om det (emosjonelle problemer) sånn at de skjønner selv hva er det som foregår... og så er de (barna) redd for at de kjenner som de gjør og... det å bli kjent med følelser, kunne gi ord og forstå ting, tror jeg en må starte med tidlig.. Rett og slett psykoedukasjon, jeg tenker at det skulle man ha gjort langt ned i trinnene, men på en tilpasset måte da.”

7 Drøfting

Hensikten med denne studien er å få innsikt og forståelse for noen av de utfordringer helsesøster møter i arbeidet med barn og unge med psykososiale vansker. Funnene i studien viser til at helsesøster har en opplevelse av at barnet har sammensatte vansker, videre om utfordringer knytta til å etablere kontakt med barnet. Arbeidet med disse barna er tids- og ressurs krevende. Helsesøster understreker viktigheten av samarbeid med lærerne. Lærerne har mer kontakt med barn og unge i det daglige, enn helsesøster, og de har dermed større mulighet for å fange opp elever som kan være i risiko for utvikling av psykososiale vansker. Formalisert samarbeid og veiledning med spesialisthelsetjenesten kan bidra til bedre oppfølging og ivaretagelse av barn og unge.

Helsesøster var opptatt av at kunnskapsnivået rundt barn og unge sin psykiske helse, må heves. Dette omfatter både helsesøstrene selv, lærere og barn og unge. Foreldre og barnehageansatte var også nevnt i denne sammenheng. Gjennom kunnskap skapes forståelse og kompetanse.

Kapittelet starter med tematikken rundt sammensatte vansker hos barnet. Gjennom drøftingen løftes det opp noen sentrale tema som indikerer et bilde av komplekse utfordringer. Videre vil funnene som omhandler oppfølging av barnet bli drøftet, samarbeid med lærerne og spesialisthelsetjenesten følger deretter og så om behovet for mer kunnskap som leder til forståelse. Til slutt vil Bronfenbrenner sin bioøkologiske utviklingsmodell anvendes for å gi en utvidet forståelse av studiens resultater.

7.1 Sammensatte vansker

Funnene i denne studien viser til sammensatte vansker hos barn og unge. Vanskene, slik helsesøster beskriver disse, omhandler barn som unngår sosial samhandling, og som viser til plager gjennom barnet sine fysiske- og emosjonelle uttrykk.

De emosjonelle forholdene gjør oss i stand til å føle glede, tristhet, gråt og sinne (Børresen & Haugen, 2008). Emosjonelle vansker kjennetegnes ved negative

følelser som skyld, tristhet og angst. Det er to sentrale faktorer som gjør seg gjeldende. Den ene viser til et misforhold mellom det som skjer; miljøbegivenheten, og styrken på den emosjonelle reaksjonen. Det andre er varigheten av dette reaksjonsmønsteret.

De emosjonelle vanskene kunne bidra til så store problemer at barnet unngikk vanskelige situasjoner. I studien fortalte helsesøstrene om emosjonelle vansker som barnet kunne tilkjenne om ulike situasjoner på skolen og på fritiden. Funnene viser til at barn kan uttrykke redsel for å bli spurt av læreren, videre var det vanskelig å betale i butikken, samt bekymringer rundt hjemmeforholdene og om foreldrene skal skilles. Barn kan unngå å dra på skolen de dagene de vet de har fremlegg i klassen. Dette medførte høyt skolefravær for noen av barna. Funnene viste til at mange av barna hadde hatt vansker over tid. Dette kan forstås som et misforhold mellom det som skjer, styrken på den emosjonelle reaksjonen og reaksjonsmønsteret (jf. Børresen & Haugen).

Barn kan grue seg og synes det er ubehagelig å snakke fremfor klassen, noe som anses som normalt, men hvis barn gruer seg i en slik grad at konsekvensen blir skolefravær, gir dette grunn for bekymring. Styrken på det emosjonelle ubehaget som oppstår ved selve tanken på fremlegg i klassen, kan være så problematisk for barnet at det velger å ikke dra på skolen. I tillegg viser funn i studien til barn som slutter på tidligere fritidsaktiviteter.

Ifølge Nordenfelt (1993) sin definisjon av helse, sier han at en person som under normale omstendigheter ikke kan realisere delvis eller alle sine vitale mål, til en viss grad er syk.

Resultatene i studien omhandler barn og unge som ikke vil vekke andres oppmerksomhet, som kan oppholde seg på do i friminuttene på skolen og som unngår kjøpesenteret på fritiden. De beskrives som tilbakeholden og de byr på lite av seg selv. Dette kan forstås som internaliserte vansker (Ogden, 2015), som kan være angst, depresjon, psykosomatiske problemer og sosial tilbaketrekking. Barnet retter sine vansker innover seg selv og sin indre verden, men internaliserte vansker har allikevel en sosial komponent som omfatter atferd og samhandling med andre (Kvello, 2008). Internaliserte vansker har glidende

overganger mellom vanligere og mindre alvorlige tilstander og det som kan betegnes som alvorlige og omfattende problemer. Lorem (2014) viser også til gråsoner og glidende overganger mellom frisk og syk.

I studien fortalte helsesøster om barn sine uttrykk for fysiske vansker. Eksempler på dette var hode- og magepine, søvnvansker og spiseproblematikk, videre utslett i form av røde prikker. Barn kan komme innom helsesøster sitt kontor og fortelle om litt vondt her og der, og kan føle seg veldig fram, før de kommer med som er det egentlige problemet. Barn har da fortalt om angst for konkrete situasjoner, noe som kan indikere en bakenforliggende problematikk i forhold til det barnet i utgangspunktet uttrykte. Dette indikerer betydningen av å ta seg tid til barnet, hvor en trygg relasjon kan være avgjørende for å komme i posisjon for å hjelpe. Barn med internaliserte vansker har ofte hatt vedvarende negative tanker om seg selv og fremtiden, sosial tilbaketrekking og psykosomatiske problemer. Psykosomatiske vansker omhandler fysisk ubehag, smerte eller sykdom uten kjent grunnlag (Ogden, 2015).

Psykosomatiske vansker kan komme til uttrykk i form av ulike vondter som hodepine, vondt i magen, utslett, pusteproblemer og lignende (Ogden, 2015). Årsaken til symptomene mener man er av psykologisk karakter i stedet for av fysisk karakter. Psykosomatiske symptomer starter ofte i barne- og ungdomsårene (Rye, 2007). Søvnvansker, sengevæting og spiseproblemer er også kjent psykosomatisk problematikk, i tillegg til de somatiske uttrykkene.

Psykosomatiske uttrykk kan omhandle ulike forhold. Kirkengen (2009) skriver om hvordan det krenkede barn blir en syk voksen. De syke voksne innehar psykosomatiske plager som håndteres som somatisk problematikk, hvor den bakenforliggende årsaken ikke tas tak i. Det kan være vedvarende belastningene som gjør oss syke, for eksempel livsbelastninger. Thornquist (referert i Kirkengen, 2009) hevder at nederst i hierarkiet av sykdommer ligger psykiske lidelser, mens andre kan betegnes som statussykdommer.

Gadamer (1996) viser tilbake til grekeren Platon som hevdet at en kan ikke behandle kroppen uten samtidig å behandle sjelen. Det antydes videre at det er umulig å behandle kroppen uten å inneha en forståelse om kroppen som helhet.

Nevrobiologiske studier viser også til hvordan nervesystemet, immunsystemet og det endokrinologiske systemet synes å utgjøre et helhetlig psykosomatisk nettverk hos mennesker (Rye, 2007). Den nye kunnskapen har medført at tidligere antakelser om nervesystemets hierarkiske struktur er endret og hvor menneskets funksjoner i langt større grad styres av integrerte mentale og emosjonelle og biologiske aktiviteter.

Helsesøster viste til kontakt med barn, hvor det etter hvert fremkom en bakenforliggende angstproblematikk, som var det egentlige problemet. Barn har fortalt helsesøster om tanker og følelser som kan være forenelig med angstlignende tilstander. Det fremkom beskrivelser som viste til at barn nærmest kan låse seg, hvor det å tenke eller snakke fort nok, er vanskelig på grunn av redselen for å dumme seg ut.

Kjennetegn ved tilstander hvor en er redd for noe spesifikt (fobisk tilstand) er at angst blir utløst av definerte situasjoner eller objekter som ikke er farlig (Aune, 2011). Unngåelse eller motstrebende toleranse er et vanlig resultat av dette. Sosial angst blir utløst i definerte situasjoner som gjelder sosial samhandling. Kjennetegn ved tilstanden er redselen for å dumme seg ut og bli nedvurdert i sosiale sammenhenger. Den omhandler en frykt for å bli kritisk gransket av andre mennesker som ofte fører til at sosiale situasjoner unngås (Statens & World Health, 1999). Aune (2011) hevder at sosial angst med stor sannsynlighet er underdiagnostisert i befolkningen blant barn og unge, hvor 1 av 10 barn med lidelsen får behandling.

Brinkmann (2015) hevder at patologisering av atferd er et problem. Med dette mener han at atferd kan være en adaptiv strategi i møte med bestemte miljøbetingelser. Han beskriver hvordan et barn kan diagnostiseres utfra at barnet har en hensiktsmessig håndtering av vanskelige miljøbetingelser, og hvor det sosiale systemet går fri. Det oppstår en individualisering av problemer hvor det som kan være årsaken til barnets problemer, ikke gis oppmerksomhet. Funnene i studien ga beskrivelser av barn som kan forstås å ha angst, dette på bakgrunn av barnas atferd og hva barnet fortalte. Årsakene til disse uttrykkene er ikke viet plass i denne studien, men Brinkmann bringer på bane aktuelle problemstillinger som blant annet synliggjør viktigheten av å se barnet i en

større kontekst. Disse sammenhengen kan bidra til en utvidet forståelse av barnets atferd og uttrykk, og kan medvirke til en annen tilnærming. For eksempel kan læreren gi eleven som tenderer til å være borte fra skolen når det er fremlegg for klassen, andre valgmuligheter.

Ifølge Ogden (2015) kan sosial angst lett observeres i skolen, da elevenes mulighet for unngåelse av sosial kontakt og tilbaketrekking, er redusert. Rye (2011) omtaler hvordan stille, forsiktige og engstelige barn ofte ikke blir forstått før de utvikler mer påfallende vansker. Informantene viste også til skolen som en arena hvor vanskene til ungene blir sterkest. Videre fremkom det betraktninger rundt hva medvirkende årsaker til dette kan være. Barn og unge kan være en del alene på rommet, opptatt på sosiale medier. Foreldrene kan synes å være lite sammen med barnet, hvor det da blir vanskelig å avdekke barnets vansker. I NOVA (2014) rapporten hevdes det at ungdom i dag er hjemmekjær. Imidlertid viser rapporten også til at mye tid tilbringes foran nettbrett, datamaskiner og TV-skjermen blant ungdom. Ungdom er mer hjemme og mindre ute blant venner. Bekymringer rundt dette knyttes da til manglende fysisk aktivitet og kvaliteten på det sosiale samværet. Rapporten viser også til at en av tre ungdommer bruker daglig mer enn tre timer av fritiden på datamaskin.

7.2 Oppfølging av barnet

7.2.1 Relasjon og kommunikasjon

En av helsesøstrene fortalte om et barn som syntes det var så vanskelig at de måtte sitte under et pledd. *”Vi satt under pleddet og ungen pratet og pratet om ting som han var kjemperedd for,...og så krøp vi litt og litt ut av dette pleddet til slutt.”* Dette kan illustrere hvordan barnet etter hvert ble trygg nok i relasjon til helsesøster for til slutt å tørre å komme ut av pleddet.

Travelbee (2001) er opptatt av hvordan sykepleiere etablerer et menneske-til-menneske-forhold. Hun sier dette kan etableres i fem interaksjonsfaser som omhandler det innledende møtet, framvekst av identiteter, empatifasen, sympati og medfølelse og gjensidig forståelse og kontakt. I studien uttrykte helsesøster nødvendigheten av å opparbeide tillit hos barnet. Dette innebærer å skape et

menneske- til-menneske-forhold til barnet, slik at helsesøster kan komme i posisjon for å hjelpe.

Relasjoner eksisterer ikke internt i en person, men mellom mennesker (Bateson & Herrman, 2014). Buber (2003) hevdet at mennesket hører til grunnordet Jeg-Du og Jeg- Det, det finnes ikke bare et Jeg da Jeg alltid står i relasjon til du og det. Buber viser med dette hvordan et menneske alltid forholder seg til noe eller noen. Når helsesøster snakker med et barn er relasjonen grunnleggende. Ved å snakke med barnet, er helsesøster i en form for relasjon til barnet. Og motsatt, når helsesøster befinner seg i en relasjon til barnet, kommuniserer hun med barnet.

Helsesøster opplevde det som tids- og ressurs krevende både å etablere en relasjon samt å jobbe med barnet. Det fremkom erfaringer om at stille barn kan det ta år å jobbe med. Å etablere en relasjon er en prosess som er tidkrevende og som bør inneholde meningsfulle fellesaktiviteter (Rye, 2007). Helsesøster opplevde å føre en samtale med seg selv, selv om barnet var til stede. Det kan forstås som et fokus på kommunikasjon og samtale hvor det viste seg vanskelig å danne et fellesskap med barnet. Lorem (2014) viser til en noe annen kontekst som omhandler psykotiske mennesker på institusjon og hvordan en gjennom hverdagslige gjøremål eller felles interesser kan bringe noen ut av isolasjon og skape en forstående relasjon. Det vil si å rette fokus bort fra det spesielle og heller mot noe felles. Kunne barnet i møte med helsesøster oppleve at det er gjennom det som er "det spesielle" (en bekymring) ved barnet, som er årsaken til kontakt? Kunne helsesøster ved å rette fokus på noe annet, lykkes bedre i å etablere en trygg relasjon med barnet? Travelbee (2001) mener kommunikasjon er en av de viktigste redskapene til sykepleiere, og det er liten grunn til å anta at forholdet er annerledes for helsesøstre.

Funnene viser til at helsesøster opplever det som vanskelig i de situasjonene hvor hun kommuniserer med barn som ikke svarer. Det er umulig å ikke kommunisere, mennesker kommuniserer alltid om både innhold og forhold og på flere nivåer samtidig hvor relasjons- og kommunikasjons perspektivet er overlappende. Parallelt med ord kan barnet kommunisere også uten ord, det vil si med kroppsspråk, bevegelser, lyder, følelser, pust og stillhet. Et sirkulært

samspill viser til en gjensidig påvirkning og når helsesøster forsøker å få i gang en samtale med et barn og barnet ikke svarer, påvirker dette helsesøster. Travelbee (2001) beskriver kommunikasjon som en gjensidig prosess hvor en deler tanker og følelser med hverandre. Denne prosessen kan synes vanskelig når den ene parten ikke sier noe. Helsesøster får ikke tilgang til barnets følelser og tanker, noe som kan bidra til usikkerhet og utrygghet i situasjonen. Imidlertid har de voksne ulike roller og ulik bakgrunn, men de har alltid ansvaret for hvordan samspillet og kontakten med barnet utvikler seg (Rye, 2007).

Helsesøster har ansvaret for kontakten med barnet og kan være en betydningsfull voksen, hvor barnet kan oppleve forståelse og føle at det blir sett. Imidlertid kan resultatene i studien vise til reduserte muligheter for helsesøster til å møte barnet, som igjen gir liten mulighet til å forstå, bekrefte og se barnet. Alle barn har behov for å bli sett, møtt, forstått, akseptert, respektert og elsket (Rye, 2007). Det er i første omgang de nære omsorgspersonene som skal dekke disse behovene, for så etter hver å involvere andre mennesker. Funnene kan indikere at barnet på sin side, kan oppleve bedring når vanskelige sosiale situasjoner unngås, men det går glipp av sosiale erfaringer og kan utvikle seg mindre optimalt både på skolen og på andre områder i livet (G. Kvale, 2013). For at barn skal utvikle vennskap og bli sosialt akseptert må barnet delta i aktiv samhandling (Ogden, 2015).

Når vi kommuniserer kan vi ha fokus på den andre sine egenskaper (Jensen & Ulleberg, 2011). Helsesøster beskrev eksempel på kommunikasjon mellom lærer og elev, hvor lærer formidlet til eleven at eleven burde bidra i fellesskapet og ikke trekke seg vekk. Dette kan forstås som at eleven må ta seg sammen for å være en del av et fellesskap, som igjen sier noe om eleven sine egenskaper; eleven er ikke nok utadvendt og byr ikke nok på seg selv. Dette kan betraktes som en lineær tilnærming, det vil si en årsaks forklaring (Jensen & Ulleberg, 2011). I det nevnte eksempel kan budskapet forstås slik; på grunn av at du ikke er nok frampå (utadvendt) er du ikke en del av fellesskapet. Det motsatte er en sirkulær forståelse, hvor en vil fokusere på samspill og relasjonelle forhold, og hvor tolkningen av dette kan bidra til løsning eller endring av det som viser seg utfordrende.

7.2.2 Ressursene begrenser individuell oppfølging

Funnene viser til en skolehelsetjeneste med begrensede ressurser. Rammene tillater i liten grad oppfølging av det enkelte barn og gir lite rom for den forebyggende delen av tjenesten. Rammene som i første rekke påvirker helsesøster sine arbeidsoppgaver i skolehelsetjenesten er bemanning og ressurser (Glavin & Kvarme, 2003). Skolehelsetjenesten er et lite prioritert område hvor muligheten for individuell oppfølging er begrenset. I Aftenposten (2015) skriver ungdomsskoleelev Alma Skolmen, 15 år, om en periode i livet hvor hun hadde det svært vanskelig. Skolmen gjorde flere forsøk på å treffe helsesøster på skolen, uten å lykkes. Helsesøster var enten opptatt med andre elever, var i møte, eller så var hun ikke på kontoret. Skolmen mener at helsesøster bør være på skolen hver dag, og at skolen må ha større fokus på psykisk helse. Funnene i studien forteller om en arbeidshverdag for helsesøster som preges av rutinearbeid som veiing, måling og vaksinerings.

I en undersøkelse tydet ressursmangel og vakanser i skolehelsetjenesten på stagnasjon vedrørende helsefremmende tiltak, dette gjelder samarbeidet mellom helsesøster og skolen (Hjälmhult et al., 2002). Studien viser til variasjoner i stillingsstørrelse for helsesøster som tilsier fra en time til en dag i uken i skolehelsetjenesten. I gjennomsnitt ga det fra 18 sekunder til 2,5 minutter pr. elev. Det var lite tid til generelt helsefremmende og forebyggende arbeid da det meste av tiden gikk til vaksinerings og enkeltsaker. Informantene opplevde at ressursene i tjenesten var så marginale at det ga liten mulighet for å fange opp barn med vansker.

7.3 Tverrfaglig samarbeid for å ivareta barnet

7.3.1 Ulik problemforståelse i samarbeid med skolen

Funnene i studien viser til viktigheten av at skolen formidler til helsesøster om barn som synes å ha psykososiale vansker. Helsesøster har med den tiden hun har til rådighet på skolen, reduserte muligheter til å fange opp alle barn som kan være i behov av hjelp. Lærerne kunne signalisere at deres oppgaver på skolen i hovedsak bør være av pedagogisk karakter, og hvor forhold som omhandler psykisk helse kan forstås som mindre prioritert. Videre kan det synes som skolen

ikke ønsker å bruke tid på de psykososiale aspektene, men hvor helsesøster understreker viktigheten av dette, da det påvirker elevens læring. En forutsetning for å skape et trygt psykososialt skolemiljø er blant annet å arbeide med sosial læring (Djupedal & Norge, 2015).

Helsesøster har sin bakgrunn fra sykepleierutdanningen og hvor hun i skolehelsetjenesten har forebyggende helsearbeid som en sentral arbeidsoppgave (Glavin & Kvarme, 2003). I skolesammenheng omfatter dette å identifisere og løse helsemessige problemer knyttet til skoleelevene sin situasjon. Videre skal helsesøster ha en oppsøkende rolle på skolen hvor hun informerer elever og lærere om skolehelsetjenesten og det tilbud dette omfatter. Helsesøster skal være mest mulig tilgjengelig for elevene.

Lærernes rolle er både mangfoldig og kompleks og kan sies å bestå av tre deler (Djupedal & Norge, 2015). For det første er det lærerens møte med eleven, for det andre er læreren en del av et profesjonelt fellesskap og til slutt så omhandler rollen om lærerens møte med foresatte og andre samarbeidsparter. I en undersøkelse gjennomført av Holen og Vaagene (referert i Djupedal & Norge, 2015) uttrykker lærerne en bekymring for at arbeidet med psykisk helse tar vekk den oppmerksomheten de bør ha på det skolefaglige. Videre sa over halvparten av lærerne at de ikke hadde kompetanse for tilrettelegging av undervisningen til elever som sliter psykisk. En del lærere, 30%, oppga også at de ikke hadde tid eller ressurser for tilrettelegging. Imidlertid har lærerne et ansvar for å fange opp elevens sosiale læring. Lærerne er nærmest elevene og ofte de første som fatter mistanke om en elev blir mobbet, krenket, diskriminert og lignende. Utvalget hevdet videre at det er viktig at lærere har tid å fange opp elever som har behov for oppfølging, men at det ikke nødvendigvis er læreren som skal følge opp eleven videre (Djupedal & Norge, 2015). Lærerne har et ansvar vedrørende elevens psykososiale skolemiljø hvor de i større grad bør samarbeide med andre yrkesgrupper som innehar ytterligere kompetanse på området. Helsesøster uttrykte også viktigheten av lærerne sin nærhet til elevene. Lærerne ser elevene hver dag, og de har da en kjempeviktig rolle da de kan fange opp de barna som har det vanskelig.

Resultatene viser til at elever som er stille, ikke er et problem noe som tilsier at skolen ikke gjør noe med disse elevene, selv om eleven kan forstås å inneha til dels alvorlige vansker. Ifølge Ogden (2014) er det vanlig å tror at lærerne ser de utagerende elvene og ikke de med mer tilbaketrukket atferd. Imidlertid viser det seg ikke å stemme. Lærerne ser de tilbaketrukne elevene, men de er usikre på om og hvordan de skal reagere. Dette kan indikere en usikkerhet hos lærerne gjeldende elever med denne type vansker. Lærer og helsesøster har ulik faglig kompetanse som er forankret i forskjellige disipliner, og det synes som forståelsen av elvene sine vansker er ulik mellom dem. Dette kommer til uttrykk gjennom en "se det an" holdning blant noen lærere, hvor en tenker at det "går seg til" etter hvert. Men som helsesøster uttrykker, det går seg ikke alltid til. Helsesøster på sin side skal arbeide med å fremme elevens totale helse og forebygge sykdom (Glavin & Kvarme, 2003). Studier har vist at selv om ulike instanser er innstilt på å samarbeide, har man ikke lyktes på grunn av stor grad av ulik yrkesutdanning (Flatø, 2009). Ulik problemforståelse og ulike metodiske tilnærminger har vist seg som grunner for at det kan bli vanskelig. Hjälmhult et al. (2002) viser i tillegg til at ulik organisasjonsstruktur, kultur, profesjonsinteresser og rolleforventninger kan føre til konflikter og problemer og hindre godt samarbeid mellom helsesøster og skolen. I tillegg viser denne studien til sammenhenger mellom helsesøster sin tilgjengelighet på skolen og om skolen inkluderer helsesøster. En positiv utvikling i samarbeidet viste seg når helsesøster ble mer tilgjengelig på skolen samtidig som skolen forsøkte å inkludere henne på en bedre måte. Det ble en stagnasjon i samarbeidet ved helsesøsters manglende tilgjengelighet. En negativ utvikling av samarbeidet så ut til å henge sammen med at helsesøster var tilgjengelig, men ikke ble inkludert av skolen. Et manglende samarbeid kunne oppstå når skolen ikke inkluderte helsesøster og hun heller ikke var tilgjengelig.

En studie fra Bergen viser til at barn med ADHD/hyperaktivitet har langt større sjanse for å bli oppdaget og få hjelp enn barn med emosjonelle lidelser (Heiervang et al., 2007). Kan dette tilsi at ADHD problematikk, hvor barnet sine vansker kan forårsake en del belastninger på omgivelsene, er en problematikk en må håndtere, mens emosjonelle vansker ikke forstyrrer omgivelsene i samme

grad og dermed ikke tas tak i? Helsesøster hadde formeningene om dette da hun viste til stille og redde barn som ble borte i all støyen fra de andre barna.

I en undersøkelse gjennomført av Andersson mfl. (Andersson & Steihaug, 2008) rapporterte helsesøstre at samarbeidet med andre etater fungerte godt eller veldig godt for 69 prosent av barna. De opplevde best samarbeid med skole og barnehage. Det er en interessant tematikk for fremtidige studier om de stille barna er blant de 69 prosentene, eller om en finner disse blant den tredjedel hvor samarbeidet ikke fungerer så godt.

Helsesøster uttrykte også behov for et videre samarbeid, og da spesielt med spesialisthelsetjenesten.

7.3.2 Behov for formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Funnene i studien viser til at helsesøstrene er i behov av veiledning og et mer formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten (BUP).

I en undersøkelse vedrørende samarbeid mellom de kommunale tjenestene og BUP uttrykte informanter ønske om mer oppfølging fra BUP etter barnet eller den unge er ferdig utredet eller behandlet (Andersson & Steihaug, 2008).

Kommunene savnet generelt mer veiledning fra BUP.

Helsesøster viste til behov for veiledning når et barn er ferdig utredet på BUP. Hun opplever barn og unge med psykiske vansker som har behov for videre oppfølging etter forløp på BUP hvor ansvaret for denne overlates til kommunene og da ofte til helsesøster. Det er hensiktsmessig for de barna og familiene det gjelder, med et system som sikrer overlapping mellom BUP og helsesøster. I tillegg kan det være en fordel med samarbeid da helsesøster var den som hadde oppfølgingen av barnet før henvisning, eller i ventetiden før barnet fikk et tilbud på BUP. Helsesøster kan også gi utfyllende informasjon om barnet eller den unge.

Det fremkommer i undersøkelser som omhandler forhold som hemmer og fremmer samarbeid, at uavklarte roller og uklar oppgave- og ansvarsfordeling virker hemmende (Flatø, 2009). Den viktigste faktoren for et vellykket samarbeid er formaliserte rutiner. Videre bør organisering av samarbeid være forankret i tydelige og formelle vedtak.

I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003) fremkommer det at skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med blant annet spesialisthelsetjenesten.

7.4 Kunnskap om barn og unge sin psykiske helse

Informantene mente at ved å gi eller øke kunnskapsnivået hos helsesøster, lærere og barn og unge, kan barn som har det vanskelig tidligere kan få hjelp. I en bruker undersøkelse viser en til erfaringer av tilbudet for barn og unge med psykiske vansker i kommunene (Sitter & Andersson, 2005). Det var evaluering av tilbudet fra helsestasjonen, skolehelsetjenesten og PP-tjenesten hvor det viste seg at der det de siste årene var rekruttert fagpersonell med psykososial kompetanse, var brukerne mer tilfredse. Evalueringen viser sammenhengen mellom kunnskap og kompetanse som noe barn og unge profitterer på. I tillegg til kunnskap hos fagpersonell viser funnene også behov for kunnskap hos barn og unge. Mental helse ungdom mener at økt kunnskap hos ungdom vil bidra til større åpenhet slik at unge tør å snakke om psykiske lidelser. Psykisk helse bør innføres som en del av pensum i skolen. De hevder videre at det er viktig at ungdom har kunnskap om psykisk helse slik at de vet når og hvor de kan søke hjelp. Disse tiltakene kan bidra til åpenhet som kan ha en forebyggende effekt og hindre at mindre psykiske helseproblemer utvikler seg til alvorlig lidelse (notat fra Mental helse). Funnene viser også til økt behov for kunnskap hos helsesøster. Av helsepersonell i Norge er helsesøstre den største gruppen som arbeider forebyggende på heltid (Glavin & Kvarme, 2003). Forebyggende og helsefremmende tjenester er vanskelig å vurdere resultatmessig. Det eksisterer en rekke gruppetilbud, antimobbeprogrammer m.m. men hvor de i liten grad har gjennomgått en kvalitetsvurdering. Det er derfor nødvendig med etterutdanning, forskning og fagutvikling i helsesøstertjenesten.

Det fremkom av funnene at det var særlig viktig at lærerne, som ser barna daglig, har kunnskap om barn sin psykiske helse. I utredning av virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø fremmes det forslag knyttet til lærerutdanningene om innarbeiding av tema om psykisk helse og psykososiale risikofaktorer (Djupedal & Norge, 2015). Det fremkommer videre viktigheten av at skolens personale har

kompetanse til å avdekke elever som sliter med psykiske plager samt elever som lever under risiko. Kunnskap om kjennetegn ved psykiske lidelser og hvordan disse kommer til uttrykk, videre om og hva som fremmer god psykisk helse og hva forebygger plager er av betydning for å ivareta elevene. Helsesøstrene viste til at lærerne må oppdage disse barna og hvor lærerne må vite hva de skal se etter for at noen i det hele tatt kan komme i posisjon for å hjelpe barn som sliter. Disse barna blir eldre og det kan være vanskeligere å hjelpe dem på et seinere tidspunkt når vanskene er mer forankret.

7.5 En helhetlig forståelse av studiens resultater

Bronfenbrenner sin bioøkologiske utviklingsmodell benyttes for å synliggjøre sammenhengen av resultatene i studien. Resultatene belyser forhold som er utfordrende for helsesøster i arbeidet rundt barn og unge med psykososiale vansker. Modellen kan gi en forståelse for hvordan disse forholdene fra individ-, gruppe- og samfunn henger sammen.

Mikrosystemet

Dette systemet består av de nære og daglige miljøene et barn ferdes i hvor barnet har direkte kontakt med andre (Kvelling, 2008). Mikrosystemet omhandler videre kvaliteten på relasjonene, aktiviteter og roller.

Resultatene i studien viser til barn som i møte med helsesøster kan snakke lite eller ingenting. Relasjonen kan anses å bestå av en gjensidig påvirkning hvor blant annet momenter av usikkerhet og utrygghet kan være til stede. Ytterligere beskrivelser kan tyde på at barnet etter hvert ikke ble inkludert av jevnaldrende på grunn av unngåelse av sosial samhandling. Det kan forstås som om barnet "byr lite på seg selv." Barnet som aktør påvirker sine omgivelser og relasjoner. Dette viser til en gjensidig påvirkning hvor barnet unngår ulike situasjoner, og jevnaldrende etter hvert slutter å inkludere barnet. Det kan forstås som en vond sirkel hvor den ene handlingen opprettholder den andre og hvor det er vanskelig å opprettholde relasjoner basert på gjensidighet og følelsesmessig engasjement.

Resultatene kan vise til at barnets vansker påvirker forholdene rundt aktiviteter og roller. Funnene viser til begrenset deltakelse på aktiviteter. Barnets rolle vil

påvirkes i forhold til hvordan barnet fremstår for de andre. Denne rollen kan igjen påvirke hvordan barnet opplever og ser på seg selv, sin identitet og sitt selvbilde. Gjennom at barnet unngår sosial samhandling kan dette virke hemmende for videreutvikling av sosial forståelse, ferdigheter og kompetanse.

Dette kan gi et inntrykk av komplekse forhold i et barn sin livssituasjon og hvordan disse gjensidig påvirke hverandre. Dette synliggjør videre de utfordringer helsesøster står ovenfor da kompleksitet og sammensatte forhold kan bidra til liten oversikt noe som vanskeliggjør hjelpetiltak.

Mesosystemet

Kontakten mellom de ulike mikrosystemene kan være av stor betydning for barn. Bronfenbrenner hevdet at sammenhengen mellom de ulike mikrosystemene kan ha like stor betydning for barn sin utvikling, som kvaliteten på samhandlingen innenfor hvert mikrosystem (referert i Fyrand, 2005). I studien forteller helsesøster om samarbeidet med skolen som kan forstås som en ulik forståelse mellom partene. Helsesøster opplever at et barn kan ha vansker over tid, uten at skolen videreformidler dette til henne. Slik resultatene antyder, kan barna som omtales i studien være i risiko, eller allerede ha utviklet vansker som er av en slik karakter at barnet er i behov av hjelp. Forbindelseslinjer, tettheten av disse og kvaliteten på samarbeidet mellom helsesøster og lærer kan derfor være av stor betydning for barn, da det kan være avgjørende for om barnet får hjelp.

Eksosystemet

Omhandler en indirekte påvirkning av barnet (Kvello, 2008). Dette er systemer barnet sjelden er i direkte kontakt med. De viktigste samfunnsinstitusjonene befinner seg i eksosystemet. Beslutninger som tas på disse nivåene kan ha konsekvenser for barnet og også for helsesøster. Helsesøster ga inntrykk av å ha for lite tid og ressurser som kan omhandle beslutninger tatt på kommunenivå i forhold til innsparing og økonomiske forhold.

En undersøkelse som nylig er gjennomført av UNICEF viser til store forskjeller i prioriteringer av barn og unge i norske kommuner. Forbyggende helsetjenester i kommunene viser til enorme forskjeller (referanse). Dette viser til et svært

varierende tilbud til barn og kan gi et bilde av ulike rammebetingelser helsesøster må forholde seg til.

Makrosystemet

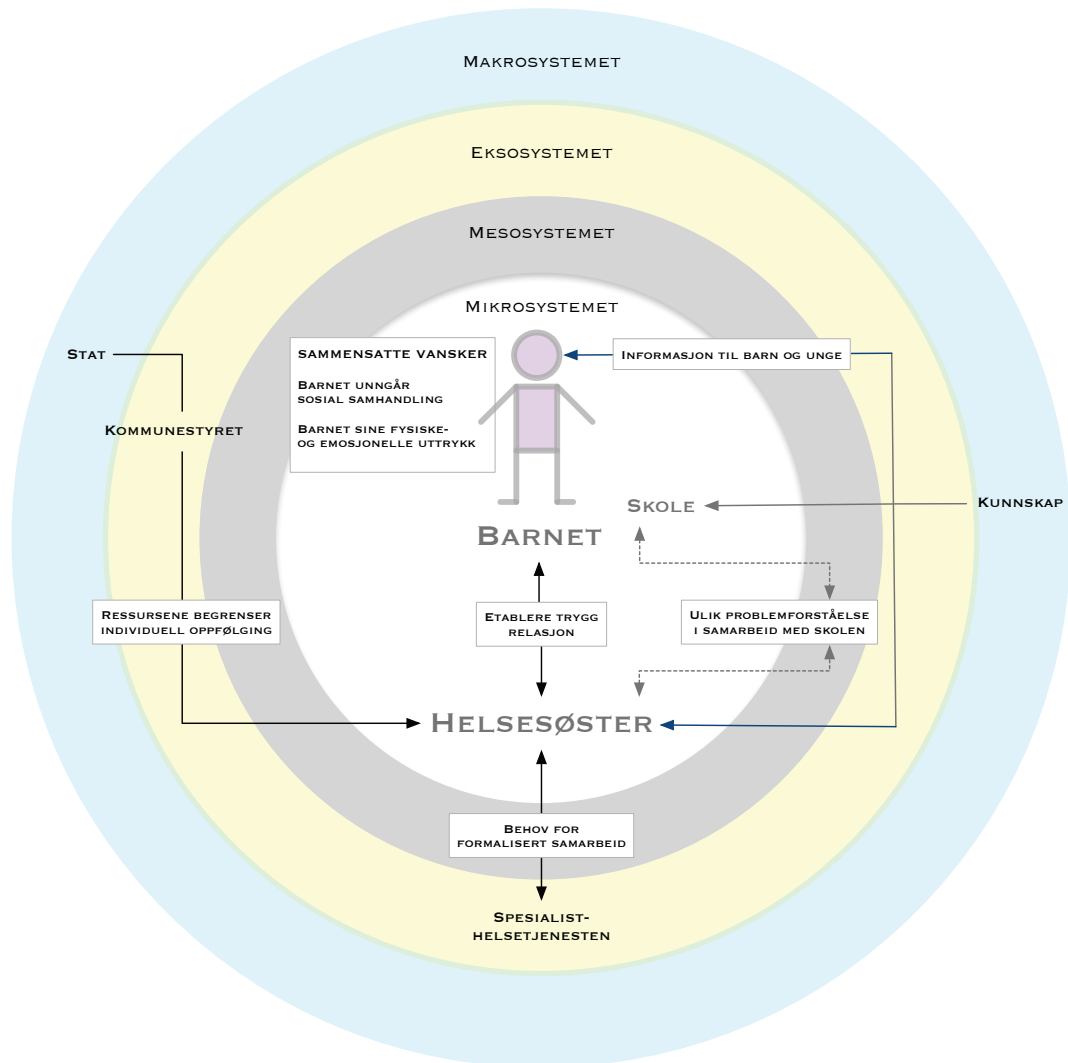
Dette er systemer på et overordnet nivå som blant annet omhandler kulturelle forhold, verdier og idealer, tradisjoner, lovverk og politikk (Kvillo, 2008).

Den teknologiske utviklingen påvirker barn i dagens samfunn. En del er mer hjemme og mindre fysisk og sosialt aktive. Norske ungdommer viser bruker mye tid på datamaskin på fritiden.

Samfunnet i dag er ikke for stille barn, uttrykte en helsesøster. Ogden (2015) viser til den innadvendte eleven som befinner seg i en utadvendt skolekultur. Dette kan signalisere at normen og idealet er den utadvendte personligheten.

Helse synes å være en overordnet verdi i vestlige samfunn hvor tilpasningsvansker kan fortolkes som en sykdom (Brinkmann et al., 2015). Vi lever i en terapeutisk kultur hvor denne innstillingen til livet dominerer små og store problemer.

Beslutninger fra regjering og storting kan påvirke helsesøster sin arbeidshverdag, hvor hun må forholde seg til endringer av arbeidsoppgaver, for eksempel flere vektkontroller, hvor andre oppgaver må nedprioriteres. Samhandlingsreformen ble trukket frem som et eksempel og på hvordan kommunene pålegges mer ansvar, men hvor det ikke tilføres mer ressurser. Dette understreker betydningen av rammeverket kommunene må forholde seg til, og hvordan dette igjen kan påvirke tjenestene og prioriteringer for de som skal utøve tjenesten, i dette tilfellet helsesøster, som igjen påvirker tilbudet til barn og unge.



Bronfenbrenners bioøkologiske utviklingsmodell

Modellen kan anvendes som et hjelpemiddel for å få en mer helhetlig forståelse av en problematisk situasjon og synliggjøre hvilket nivå i systemet arbeidet bør starte på (Fyrand, 2005). Modellen kan også gi hjelp i form av å analysere delene, for å avdekke ressurser og problemer i de ulike systemene.

7.6 Metodiske overveielser

Vitenskapelig kunnskap er forskning i praksis hvor resultatene viser til systematisk og kritisk refleksjon (Malterud, 2011). Refleksivitet, relevans og validitet er de tre områdene som skal kvalitetssikre forskningsprosessen.

7.6.1 Refleksivitet

Refleksivitet innebærer at forskeren erkjenner og overveier eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Refleksivitet er videre en aktiv holdning som må oppsøkes og vedlikeholdes. Det omhandler å være seg bevisst egen forforståelse, samt evne til å sette spørsmålstegn ved gjennomføringen av prosjektet og de konklusjoner en er kommet frem til. Det er nødvendig med åpenhet, plass for tvil og refleksjoner gjennom hele forskningsprosessen slik at resultatene i studien ikke bærer preg av noe man på forhånd vet eller tar for gitt. Det er nødvendig med åpenhet ved å stille kritiske spørsmål til studiens resultater og prosessen rundt denne.

På bakgrunn av egen arbeidserfaring og faglig bakgrunn har disse forholdene hatt innflytelse på de valg som er gjort i denne studien. Fra start i prosjektet hvor egen nysgjerrighet og undring som en av de bakenforliggende drivkreftene til dette prosjektet, til valg av problemstilling og utvikling av spørsmål gjennom intervjuguide til informantene. Min forforståelse og de teoretiske rammene for prosjektet har videre hatt betydning for forskningsprosessen og studiens resultater. En annen ville kanskje fortolket datamaterialet annerledes hvor tema og teori ville vist til andre beskrivelser og innhold.

Fagfeltet og det forebyggende perspektivet for denne studien er noe kjent, med bakgrunn i mangeårig praksis i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid har helsesøster en faglig forankring som er ulik min egen. Forskjellene kan være både en styrke og en utfordring. En styrke da dette kan medføre at jeg i større grad kan oppnå en kritisk distanse, eller innta et annet ståsted, noe Malterud (2011) omtaler som en meta-posisjon, men på den annen side kan det bidra til mindre innsikt og forståelse for viktige forhold. Malterud (2011) hevder at ved å ha inngående kjennskap til fagfeltet kan dette bidra til innsikt og forståelse, samtidig kan det være vanskelig å opprettholde en kritisk distanse når en forsker i eget fagfelt. Imidlertid ble utdrag fra intervju lest av veileder som stilte kritiske spørsmål til analyseprosessen og funn, nettopp for å opprettholde en kritisk distanse til datamaterialet.

7.6.2 Relevans

Malterud (2011) viser til at vitenskapelig kunnskap på en eller annen måte må tilføre noe nytt i forhold til det vi vet fra tidligere forskning. Relevansen i en studie omhandler kunnskapen som utvikles. Hensiktsmessige spørsmål å stille i denne sammenheng er -hva er gjort av tidligere forskning og hva nytt tilfører denne studie?

Denne studiens problemstilling omhandler hvilke utfordringer helsesøster møter i sitt arbeid med barn og unge med psykososiale vansker. Resultatene kan bidra til økt forståelse og kunnskap rundt utfordringene knyttet til denne problematikken. Det antas videre at resultatene vil kunne være overførbare for helsesøstre generelt, samt til andre yrkesgrupper som jobber med denne gruppen barn og at studien da har en relevans for psykisk helse.

7.6.3 Validitet

Validitet omhandler å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2011). Ingen kunnskap er allmenngyldig slik at den er gjeldende til enhver omstendighet og til ethvert formål. Intern validitet viser til -hva det er sant om -hvor forskeren må vurdere om metoden og referanserammen var egnet til å gi gyldige svar på de spørsmålene som er stilt. Studiens problemstilling har vært avgjørende for valg av metoden. Videre har studiens datamateriale gjennomgått en systematisk analyse hvor fire kategorier viser til studiens resultater.

Malterud (2011) viser videre til begrepet ekstern validitet som gjelder overførbarhet. Kan resultatene gjøres gjeldende utover den kontekst hvor de er kartlagt? Denne studien har et begrenset datamateriale da det stammer fra fire kvinnelige informanter, det antas likevel at resultatene kan ha betydning i en annen kontekst. Dette være seg en kontekst som omhandler arbeid med barn og unge med tilsvarende sammensatt problematikk. Relasjoner og kommunikasjon, samarbeid, kunnskap og manglende ressurser er relevante tema i ulike kontekster.

Validitet skal overveies underveis og i alle ledd i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Forskeren skal vise til både begrensninger og svakheter vedrørende eget forskningsprosjekt.

Denne studien har en omfattende problemstilling hvor en rekke begreper redegjøres for i større eller mindre grad. Dette viser til en bredde som kan gi en mer helhetlig forståelse, mens det på den annen side gir mindre mulighet for utfyllende beskrivelser av all tematikk.

Denne studien preges av egen forforståelse og hvor min forskerrolle har hatt påvirkning gjennom hele forskningsprosessen. En annen ville gjort det på sin måte. Det som er av betydning er å redegjøre for og synliggjøre svakheter rundt disse prosessene.

8 Avslutning

8.1 Oppsummering

Denne studien har belyst de utfordringene helsesøster møter i sitt arbeid med barn og unges psykososiale vansker. Studiens utvalg har bestått av fire helsesøstre med mangeårig erfaring fra skolehelsetjenesten. Det er en kvalitativ studie hvor datamaterialet er innhentet fra informantene gjennom samtale hvor semistrukturert intervjuguide var benyttet.

Studiens resultater viser til utfordringer på flere arenaer. Helsesøster viser til utfordringer som er direkte knyttet opp mot barnet, både vedrørende det som kan forstås som barnets uttrykk av egne vansker, det omgivelsene registrer av barnets handlinger, men også hvordan komme i posisjon for å hjelpe barnet. Vanskene synes å være sammensatte. I tillegg er helsesøster avhengig av at disse barna videreformidles til henne, da vanskene er utfordrende å fange opp med den tilmålte tiden helsesøster har på skolen. Samarbeidet med skolen er av stor betydning for forebygging og helsefremmende arbeid. Imidlertid viser funnene til en ulik forståelse av hva som gir grunn for bekymring. Barn kan slite i lang tid, i noen tilfeller over år, før helsesøster blir involvert og kommer på banen. Samtidig viser funnene til en rutinepreget skolehelsetjeneste hvor det forebyggende arbeidet kommer i bakgrunnen for alle de andre arbeidsoppgavene. Helsesøstre uttrykte ønske om å jobbe mer forebyggende, men viste til at det vanskelig lot seg gjøre på grunn av manglende ressurser og kapasitet. Funnen viser til samarbeid med spesialisthelsetjenesten som kan betraktes som en type tilfeldig kontakt, hvor det er behov for veiledning gjennom et formalisert samarbeid. Kunnskap kan bidra til økt forståelse vedrørende psykisk helse hos barn og unge, både gjennom å tilføre denne gruppen mer kunnskap, videre at lærerne utvider sin forståelse slik at de vet hva de skal se etter. I tillegg viser funnene til behov for mer kunnskap hos helsesøstre.

8.2 Implikasjoner for praksis

Resultatene i denne studien viser til ulike utfordringer helsesøster erfarer i sitt arbeid.

Det kan synes som helsesøster har et omfattende ansvarsområde gjennom forebygging og helsefremmende arbeid. I tillegg har helsesøster en rekke andre arbeidsoppgaver. Det kan synes som en fordeling av ansvar når det gjelder kartlegging av barn, allerede fra barnehagen, kan være hensiktsmessig. Å få hjelp til riktig tidspunkt kan lettere la seg aktualisere ved at flere aktører som ansatte i barnehage og skolen ansvarlig gjøres, dette gjennom blant annet kartlegging på barnet sin daglige arena. Dette er forslag til tiltak i rapport fra folkehelseinstituttet (Major, 2011). Imidlertid er disse kartleggingsverktøyene noe som tilbys, som tilsier at de dermed ikke er implementert i dagens praksis.

Videre kan det synes som behov for endringer vedrørende samarbeid. Initiativ for bedre og mer formalisert samarbeid med skole og spesialisthelsetjenesten kan oppnås gjennom dialog med de aktuelle parter hvor samarbeidet tematiseres.

8.3 Videre forskning

Det er behov for ytterligere forskning vedrørende skolehelsetjenesten både gjeldende innhold og ansvar, da tjenesten i dag synes å ha et omfattende tjenesteområde. Det kan synes som det er behov for mer systematisk oppbygging av kunnskap og kompetanse for å utvikle gode metoder for å fange opp og identifisere barn på et tidlig tidspunkt.

Referanseliste

- Almvik, A., & Borge, L. (2000). *Tusenkunstnerne : muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Andersson, H. W., & Steihaug, S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer : evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse* SINTEF rapport (SINTEF : 2006- : online), Vol. A4727.
- Aune, T. (2011). Sosial angstlidelse hos barn og unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* (Vol. 48, nr. 1), 52-56 : port.
- Bateson, G., & Herrman, B. A. (2014). *Ånd og natur : en nødvendig enhed*. Oslo: De norske bokklubbene.
- Brinkmann, S., Holthe, M. E. G., & Røen, P. (2015). *Det Diagnostiserte livet : økende sykkeliggjøring i samfunnet*. Bergen: Fagbokforl.
- Bronfenbrenner, U., Lerner, R. M., Hamilton, S. F., & Ceci, S. J. (2005). *Making human beings human : bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Buber, M., Simonsen, T. G., & Wergeland, H. (2003). *Jeg og du*. Oslo: De norske bokklubbene.
- Børresen, R., & Haugen, R. (2008). *Barn og unges læringsmiljø : 3 : Med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Dahm, K. T., Landmark, B., Kirkehei, I., & Reinart, L. M. (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Djupedal, Ø., & Norge, K. (2015). *Å høre til : virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 9. august 2013 : avgitt til Kunnskapsdepartementet 18. mars 2015* Norges offentlige utredninger (tidsskrift : online), Vol. NOU 2015:2.
- Enskär, K., Gäre, B. A., Granlund, M., Simeonsson, R., & Ståhl, Y. (2012). Psychosocial health information in free text notes of Swedish children's health records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 616-623. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01059.x
- Flatø, L. E. (2009). *Det du gjør, gjør det helt : bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge : utredning fra et utvalg oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet : avgitt 3. desember 2009* (Vol. NOU 2009:22). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Folkehelseinstituttet. (2010). *Folkehelse rapport 2010 : helsetilstanden i Norge* (9788280824103). Retrieved from Oslo:
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003-04-03)*. Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/2003-04-03-450>.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk : teori og praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Gadamer, H.-G. (1996). *The enigma of health : the art of healing in a scientific age*. Stanford, Calif: Stanford University Press.
- Gadamer, H.-G., & Holm-Hansen, L. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.

- Glavin, K., & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten : fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., . . . Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447. doi:10.1097/chi.0b013e31803062bf
- Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. (2013). lovdata.no Retrieved from <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>.
- helsedepartementet, S.-o. (2000). *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Hjälmhult, E., Wold, B., & Samdal, O. (2002). Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i «Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler». *Nordic Journal of Nursing Research*, 22(63), 42-46.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene : kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.(Original Article)(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. Retrieved from <http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5219/yoa40305.pdf>
- Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, G. (2013). *Hvordan sikre angstpasienter kunnskapsbasert behandling?* Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2008). *Oppvekst : om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Loem, G. F. (2014). *Psykisk helse : forståelse, kommunikasjon og samspill*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Major, E. F. (2011). *Bedre føre var - : psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Rapport / Nasjonalt folkehelseinstitutt ;). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Nordahl, T., & Manger, T. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforl.
- Nordenfelt, L. (1993). Concepts of health and their consequences for health care. *Theoretical Medicine*, 14, 277-285.
- NOVA. (2014). *Ungdata. Nasjonale resultater 2013*. Retrieved from Oslo:
- Ogden, T. (2015). *Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rye, H. (2007). *Barn med spesielle behov : et relasjonsorientert perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Sitter, M., & Andersson, H. W. (2005). *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker* SINTEF rapport (SINTEF. Helse. Helsetjenesteforskning), Vol. STF78 A055005.
- Skolmen, A. (2015, 15. september). Helsesøster må være på skolen hver eneste dag. *Aftenposten*.
- Statens, h., & World Health, O. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforl.
- Straand, S. (2011). *Samhandling som omsorg : tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Kommuneforl.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ann-Rita Gjertzen
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 27.11.2014

Vår ref: 40459 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40459</i>	<i>Angstproblemer hos barn og unge. Hvilke erfaringer har helsesøster med å fange opp og forebygge vedr. dette?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ann-Rita Gjertzen</i>
<i>Student</i>	<i>Marita Haugli</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.11.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Kopi: Marita Haugli marita-h@online.no



Data skal innhentes ved intervju med helsesøstre. Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men veileders navn og kontaktopplysninger må tilføyes.

Av hensyn til taushetsplikten må informantene utelate alle identifiserende opplysninger ved eventuell omtale av eksempler/klienter (inkl. kjønn, alder, bosted, skole, landbakgrunn, spesielle historier/hendelser som kan være identifiserende osv.). Vi anbefaler at intervjuer tar dette opp med informanten på forhånd. Vi minner også om at student og veileder har ansvar for å utforme intervjuguiden slik at informanten kan ivareta sin taushetsplikt.

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder følger UiT sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom opptak/personopplysninger skal lagres på mobile enheter/privat pc tilknyttet internett, bør dette avklares med UiT, og opplysningene bør krypteres tilstrekkelig. Vi vil ikke anbefale mobiltelefon til lydopptak.

Forventet prosjektslutt er 01.11.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak.

I publikasjoner skal data presenteres slik at ingen kan gjenkjenne enkeltpersoner, heller ikke kommunelegen eller andre som bistår med rekruttering.



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

Ann-Rita Gjertzen
Institutt for helse- og omsorgsfag
UiT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ

Vår dato: 27.08.2015

Vår ref: 40459/5/IB/IRH

Deres dato:

Deres ref:

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til endringsmelding mottatt 25.08.15 for prosjektet

40459

Hvilke erfaringer opplever helsesøster i møtet med barn og unge med psykososiale vansker?

Personvernombudet har registrert følgende endringer:

Tittel er endret fra «Angstproblemer hos barn og unge. Hvilke erfaringer har helsesøster med å fange opp og forebygge vedr. dette?» til «Hvilke erfaringer opplever helsesøster i møtet med barn og unge med psykososiale vansker?».

Daglig ansvarlig er endret fra Ann-Rita Gjertzen til Anne-Grethe Talseth.

Personvernombudet legger til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Inga Brautaset

Kopi: Marita Haugli, St.Hansvn.50, 9350 SJØVEGAN

Vedlegg 2 Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Hvilke erfaringer har du som helsesøster med henvendelser som gjelder barn som trekker seg tilbake og som kan bli usynlige?

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å fortelle om dine erfaringer med ovenstående tema. Hensikten med studien er å få kunnskap om erfaringer innen ditt fagfelt.

Spørsmålene har fokus på din erfaring og hva du er opptatt av. Du kan delta i studien om du jobber i skolehelsetjenesten og har noen år med erfaring.

Studien inngår i min mastergradsoppgave i psykisk helse ved institutt for helse- og omsorgsfag ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg vil gjennomføre et intervju med deg som tar ca. 45-60 minutter. Dette er tenkt som en samtale, hvor du kan fortelle fritt om dine erfaringer vedrørende det valgte tema.

Vår samtale vil bli tatt opp på lydopptaker.

Forberedelse til deg:

Tema omhandler barn som trekker seg tilbake og som av voksne kan bli oppfattet som om de ønsker å være usynlig for sine omgivelser. Barna kan i noen sammenhenger virke spesielt redde for å dumme seg ut. Kanskje klager de over "vondter", ofte i mage og hode uten at en finner somatiske forklaringer tilknyttet dette. Skolefravær kan også være en bekymring rundt disse barna.

Har du erfaringer med denne gruppen barn? Jeg ønsker å høre deg fortelle om en eller flere spesielle historier fra ditt arbeid som gjorde inntrykk. Samtalen kan også berøre dine erfaringer med å henvise videre til annen instans.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Jeg vil forholde meg til de lover og regler som gjelder oppbevaring og makulering av datamateriale. Opplysningene fra deg, samt andre informanter, skal kun benyttes som grunnlagsmateriale i min mastergradsoppgave. Personopplysninger vil holdes adskilt fra øvrige data og det er kun jeg som vil ha tilgang til disse. I arbeidet med datamaterialet, vil jeg anvende fiktive navn på informanter. Intervjuet vil bli nedskrevet og bearbeidet, og når studien er avsluttet, vil lydbåndet slettes og utskrevne intervju bli makulert. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i undersøkelsen eller i resultatene av studien, om disse publiseres. Prosjektet skal etter planen avsluttes våren 2015.

Frivillig deltakelse

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 slettet.

Studien er meldt og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Student:

Marita Haugli

Tlf. arbeid: 777 54830

Mobil: 92634147

Mail: marita-h@online.no

Veileder:

Ann-Rita Gjertzen

høyskole lektor

Vedlegg 3 Intervjuguide

Overordnet mål/problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsesøstre med barn som trekker seg tilbake og som kan bli usynlige?

Forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har helsesøster med henvendelser på disse barna?

Hvilke erfaringer har helsesøster med å henvise videre til annen instans?

Intervju

Innledning – litt om; meg og bakgrunn for prosjektet, hvem er informant

1)Hvilke erfaringer har du som helsesøster ut fra det temaet jeg ønsker å snakke om?

Hvem tar kontakt med deg?

Hvordan tas kontakten?

Hva kan innholdet i kontakten være? (Til utskrivning og fokus - Eksempler på setninger.....)

Når du har fått en henvendelse - har du inntrykk av at dette har vært et problem over tid?

2)Hva gjør du med henvendelsen? (bekymringen)

Har du noen å drøfte den med?

Hvem kontakter du – om noen – ut over skolen (Foreldre , venner, PPT osv?)

3)Når vurderer du at barna må henvises videre til annen instans?

Hvorfor tenker du at noen må henvises videre?

Er det noen tegn som får deg spesielt alarmert?

(Utdyp/forklare)

4)Noe du er spesielt opptatt av? (hvorfor er dette viktig, hva kan/burde vært gjort?)

Avrundning – hva skjer videre, spørsmål? takker for deltakelse

