

MASTEROPPGAVE

Emnekode: MPH 495

Navn / kandidatnr.: Nina Edvardsen

Jeg ser deg, jeg har *tid* til deg.

Hvilke erfaringer har helsesykepleier med oppfølging av barn der mor og/eller far har en psykisk lidelse og /eller et rusproblem?

I see you, I have *time* for you.

How do public health nurses experience working with children who's one or both parent have a mental health issues and/or drug related problems?

Dato: 15.11.2019

Totalt antall sider: 75

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.



Jeg ser deg, jeg har *tid* til deg.

Hvilke erfaringer har helsesykepleier med oppfølging av barn der mor og/eller far har en psykisk lidelse og/eller et rusproblem?

I see you, I have *time* for you.

How do public health nurses experience working with children, who's one or both parents have a mental health issues and/or drug related problems?

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

MPH 495

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap

Høst 2019

Masterstudent; Nina Edvardsen

Forord

Da er tiden endelig kommet for at jeg skal levere inn denne masteroppgaven, som markerer sluttet av masterstudiet i psykisk helsearbeid. Det har vært en lærerik tid, med mange flotte og motiverende forelesere, og for ikke å glemme mine medstudenter som i studietiden har bidratt med aktuelle betraktninger, om etiske dilemmaer i utøvelsen av psykisk helsearbeid.

Tiden med masterarbeidet har gått ut over verdifull tid med mine kjære, så jeg må innrømme at det nå skal bli godt å bli ferdig, og være tilstede i hverdagen igjen.

Det er mange som har bidratt til at jeg har fått anledning til å gjennomføre studiet, og for at denne oppgaven skulle bli en realitet. Jeg er utrolig takknemlig for det. Først og fremst vil jeg takke alle barna jeg har møtt gjennom jobben, og som har gjort sitt til interessen for denne oppgaven.

En stor takk går til alle mine informanter som til tross for travle arbeidshverdager, tok seg tid til å la seg intervjuet av meg og for at jeg har fått et innblikk i deres unike erfaringer. Jeg vet ikke om dere opplevde meg som usikker i "forskerrollen", men dere fikk meg allikevel til å føle at jeg mestret dette.

Masterarbeidet kan til tider oppleves ensomt. Min gode venninne Gunhild Kringen Johnsen har gjort det langt fra ensomt. Jeg er takknemlig for støtten du har gitt meg. Du har vært med meg i dyp frustrasjon, og bidratt med gode refleksjoner, som har gitt inspirasjon og ny giv - tusen takk.

Tusen takk til Linda Bendiksen og Caroline Cecilie Sjøbrend Skovholt, for møysommelig arbeid med å lese korrektur av denne oppgaven med deres kritiske blikk. Dere er gull verd.

Sist, men ikke minst tusen takk til min veileder Heidi Haug Fjone, som har gitt meg konstruktive tilbakemeldinger og kunnskap igjennom denne prosessen.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Dikt	5
Sammendrag	6
Bakgrunn:	6
Metode:	6
Resultat:	6
Konklusjon:	6
Nøkkelord:	6
Abstract	7
Background:	7
Methods:	7
Result:	7
Conclusions:	7
Key Words:	7
1. Introduksjon	8
1.1 Presentasjon av tema	8
1.2 Oppvekst vilkårenes betydning for påvirkning av psykisk helse	8
1.2.2 Barns rettigheter	9
1.2.3 Hvorfor forebygge?	11
1.3 Begrunnelse for valg av tema	13
1.4 Problemstilling	14
1.5 Studiens formål	14
1.6 Avklaringer	14
1.6.1 Helseesykepleier	14
1.6.2 Edinburgh Postnatal depresjonsskår (EPDS skjema)	15
1.7 Tidligere forskning	15
1.8 Vitenskapsteoretisk perspektiv/referanseramme	18
1.9 Oppgavens oppbygging og innhold	19
2. Metode	19
2.1 Kvalitativ metode	19
2.2 Det kvalitative intervju	20
2.3 Datainnsamling	21
2.3.1 Rekrutering av informanter	21
2.3.2 Utvalg	22
2.3.3 Planlegging og gjennomføring av intervju	22
2.3.4 Transkribering	23

2.4 Avklaring av egen forforståelse	24
2.5 Forskningsetikk	25
2.5.1 Validitet og reliabilitet	26
2.6 Analyse	27
3. Resultater.....	28
4. Diskusjon.....	32
4.1 Samfunnsoppdrag	32
4.1.1 Forholder seg til at jobben styres av lovverk og faglige retningslinjer.....	32
4.1.2 Interesse for faget.....	34
4.1.4 Myndighetsutøvelse.....	35
4.1.3 Lavterskel tilbud	38
4.2 Kompetanse.....	40
4.2.1 Intuisjon	41
4.2.2 Kunnskap om barns utvikling	42
4.2.3 Kunnskap om risiko og beskyttelsesfaktorer.....	42
4.2.4 Kompetanseløft; veiledning/og eller kurs.....	44
4.3 Relasjon.....	45
4.3.1 Skape tillit til foreldre og barn.....	46
4.3.2 Lytter til og samarbeider med foreldrene til barnets beste	47
4.3.3 Barns behov for en trygg voksen.....	49
4.3.4 Forsøker å komme i posisjon til barnet og/eller foreldrene.....	52
4.4 Alene versus Fellesskap	52
4.4.1 Manglende informasjon	52
4.4.2 Legger ansvaret på seg selv	56
4.4.3 Samarbeid med foreldre og/eller andre.....	57
4.4.4 Kan lene seg på faget.....	59
5. Konklusjon.....	60
Litteraturliste	61
Vedlegg 1. Prosjektbeskrivelse.....	66
Vedlegg 2. Informasjonsbrev.....	69
Vedlegg 3. Godkjennelse fra Norsk senter for forskningsdata(NDS)	74

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

Dikt

Du vet
når du sitter inne
om vinteren
og en solstråle utenfra

Plutselig
og overraskende
treffer kinnet ditt
gjennom glasset
og gjør deg varm
et øyeblikk?

Blikket ditt var den solstrålen.

Da du så
meg
den dagen.

Av Anne Kristine Bergem.
Fra boken «I for store sko» (2014), en tekstsamling om barn i omsorgsroller.

Sammendrag

Bakgrunn:

Ifølge folkehelse rapporten anslås det at i løpet av et år vil ca. 16-22 % av den voksne befolkningen rammes av en psykisk lidelse. Barn som vokser opp i familier med rus- og/eller psykiske lidelser er sårbare, og har en økt risiko for selv å utvikle problemer. En trygg oppvekst har betydning for utvikling av god fysisk og psykisk helse. Helse sykepleierne ser nesten alle barn og deres foreldre, og har en unik mulighet til å identifisere og forebygge at barn blir skadelidende av foreldrenes lidelse.

Hensikten med denne studien er å finne ut i hvilken grad barna i utsatte familier blir identifisert, og får hjelp i dagens situasjon, og finne muligheter for bedring der det glipper.

Problemstilling i denne studien er; Hvilke erfaringer har helse sykepleier med oppfølgingen av barn der mor og/eller far har en psykisk lidelse og/eller et rusproblem?

Metode:

Studien undersøkte gjennom seks dybdeintervjuer, hvordan helse sykepleierne erfarte å identifisere barn som pårørende, og iverksette tiltak. Studien har en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming. Dataene er analysert ved å bruke en systematisk tekst kondensering.

Resultat:

Resultatene viser at helse sykepleierne er opptatt av barns fysiske og psykiske helse. Helse sykepleierne synliggjør en rekke utfordringer i arbeidshverdagen. De skal forholde seg til et rammeverk, samtidig som de må bruke sitt faglige skjønn. De er opptatte av og komme i god, tillitsfull og åpen relasjon til foreldrene, som igjen gir rom for å kunne ta opp vanskelige tema. Videre møter de på utfordringer knyttet til det tverrfaglige samarbeidet, hvor mangelen på informasjon er sentral.

Konklusjon:

Studien indikerer at helse sykepleierne opplever å identifisere, og hjelpe barn som lever i sårbare situasjoner. Det kan synes som fare for svikt, i situasjoner der helse sykepleierne ikke har støtte av rammebetingelser eller andre samarbeidspartnere.

Nøkkelord:

Helse sykepleier, erfaring, barn, foreldre med psykiske lidelser, foreldre med rusproblemer

Abstract

Background:

The Public Health Report estimates that 16-22 % of the adult population will develop mental health issues/psychiatric disorders annually. Children growing up in families with issues related to drug use- and/or mental illness are vulnerable, and at higher risk of developing problems themselves. A safe childhood and safe family conditions are of great importance when it comes to developing good physical and mental health. As public health nurses are in contact with most children and their families, they are in a unique position to identify issues and prevent children being affected negatively by their parent's disorders.

The purpose of this study is finding out to what degree children living in such troubled conditions are identified and getting help, and identifying possibilities were this work fails. Public health nurses know this field the best, most children and families are in contact with their local public health nurse services. Issue: How do public health nurses experience working with children, whose parents have a mental health issues and/or drug related problem?

Methods:

Through six in-depth interviews, this study researched how public health nurses experience their work identifying children as next of kin and initiating interventions. The study has a phenomenological hermeneutic approach. Data analysis is done by deducting systematic text condensation.

Result:

The results show that public health nurses are dedicated to children's physical and mental health. They do highlight multiple challenges in their work, as they are supposed to work within a framework, yet using their professional judgement. Public health nurses are concerned with creating good, trusting and open relations with parents, which in turn, is ideal for being able to raise other concerns and sensitive subjects. They also meet challenges related to interdisciplinary collaboration, especially regarding the lack of information.

Conclusions:

This study indicates that public health nurses experience a sense of being able to identify and help children living in vulnerable conditions. In situations where the nurses are not supported by the underlying framework and conditions, and by other collaborating authorities.

Key Words:

Public health nurse, experience, children, parents with mental health issues, parents with drug related issues

1. Introduksjon

Denne masteroppgaven omhandler helsesykepleierne sine erfaringer med oppfølging av barn som har en og/eller to foreldre, med en rus- og/eller psykiske lidelser. Først vil jeg gi en introduksjon til fagfeltet, deretter redegjør jeg for begrunnelse for valg av tema. Deretter redegjør jeg for studiens formål og problemstilling. Tilslutt i dette kapittelet vil jeg kort presentere studiens forskningsdesign og gi en kort oversikt over studiens oppbygging.

1.1 Presentasjon av tema

Psykiske lidelser anses i dag som en av våre største folkehelse sykdommer, og ifølge folkehelseinstituttet rapport, Psykisk helse i Norge (2018) anslåes at ca. 16-22 % av den voksne befolkningen i løpet av et år, vil ha en psykisk lidelse. Psykisk lidelse benyttes om en rekke tilstander, eller diagnoser. I denne kategorien finner man også ruslidelser. Fellesnevneren for dem alle er at lidelsen virker inn på menneskets tanker, følelser og atferd. Da regjeringen (2017) la frem sin strategi for god psykisk helse (2017-2022) «Mestre hele livet», var det med et hovedmål om at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Det fremkommer i rapporten, at livsstil og psykisk helse bør ses i sammenheng. Videre påpekes det at helsefremmende og forebyggende arbeid, må synliggjøres. Samtidig fremkommer det at livskvalitet og mestring, også er viktig deler i psykisk helsearbeid. Psykisk helse settes ofte i sammenheng med psykiske plager og lidelser. Regjeringen (2017, s. 9) definerer psykisk helse slik; *“Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Tiltaket på feltet omfatter hele bredden fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering”*.

Begrepet psykisk helse brukes og forstås forskjellig. I denne studien knytter psykiske lidelser seg til foreldrenes fungering og deres evne til å være foreldre. Foreldrenes selvtillit og identitet i foreldrene rollen kan svekkes. Kapasiteten til å ivareta barnas behov kan reduseres, noe som i sin tur kan gå ut over barnas livskvalitet. Barnas psykiske helse kan påvirkes negativt og deres fremtidige deltakelse i samfunnet blir vanskeligjort.

1.2 Oppvekst vilkårenes betydning for påvirkning av psykisk helse

Ca. 25% av norske barn, vokser opp med en eller to foreldre som sliter med en psykisk lidelse og/eller et rusproblem av en slik karakter, at det påvirker barnas hverdagsliv (Barne-, og ungdoms- og familiedirektoratet, 2015). Mennesker som sliter med rus- og/eller psykiske lidelser har ofte nok med sine egne plager, og hverdagen til disse barna kan være stressende, med flere forpliktelser og ansvar sammenlignet med hva andre barn har (Sundfjær, 2012). Likevel mestrer mange barn dette, og opplever seg selv som betydningsfulle i familien (Rabbe,

2010). Killén (2012) hevder at alle har behov for å mestre situasjoner, men etterspør hvor grensen går mellom mestring og overlevelse for barn. Det er økt risiko knyttet til familiesituasjoner med rus- og/eller psykiske lidelser (Östmann, 2008; Haug, Ytterhus & Almvik, 2009; Reedtzt, Lauritzen, Stover, Frelli & Rognmo, 2019). På den ene siden vet vi at barn som vokser opp med foreldre som sliter med en rus- og/eller psykisk lidelse er ekstra sårbare. Å vokse opp under slike forhold, medfører en forhøyet risiko for å oppleve omsorgssvikt og mishandling, sammenlignet med andre barn, og barna har dobbel så stor risiko som sine jevnaldrende for selv å utvikle rus- og psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). På den andre siden vet vi også at mange barn klarer seg godt til tross for foreldrenes lidelse, og at dette kan settes i sammenheng med barnets medfødte temperament og tilknytning (Killén, 2012). Ifølge Reedtzt et al., (2019) er familien den viktigste arenaen for barns utvikling. I deres studie har de sett på betydningen av risiko- og beskyttende faktorer for barn. Dersom barnet av en forelder med en psykisk lidelse, hadde tilgang på ressurspersoner, så ville det være en beskyttende faktor for barnet. Videre var det vesentlig hvilken informasjon barnet fikk om foreldrenes lidelse. Studien konkluderer med at det fortsatt er bekymringer for overføring av psykiske lidelser fra en generasjon til neste, og at foreldrene trenger støtte og hjelp til å informere barna om sine lidelser. Barn berøres i ulik grad av foreldrenes utfordringer, hvor sammenhengen mellom barnas opplevelse og foreldrenes fungering er kompleks. Man kan ikke konkludere med at foreldrenes lidelse, medfører at barnet også får en psykisk lidelse, men vi kan si at barn som vokser opp under slike forhold, er sårbare og har en økt risiko for selv å utvikle psykiske helse problemer (Reedtzt et.al., 2019). Ifølge barneombudet (2017, s. 4), trekkes det frem det at barn i sårbare omstendigheter, også har betydelig risiko for brudd på sine menneskerettigheter. Det anses som nødvendig å få identifisert hvilke barn som er sårbare og få kartlagt deres behov, for å gi barna den hjelpen de trenger slik at de får sjansen til å leve gode liv. Barn har ikke tid til å vente, barndommen er nå (Kompetansesenteret rus-region sør, 2014).

1.2.2 Barns rettigheter

Ifølge Redd Barna (2017) er Norge rangert til et av verdens beste land og vokse opp i. Vi har gjort viktige lovendringer, Barnekonvensjon ble i 2003 implementert i Norsk Lov, og i 2014 fikk grunnloven (1814 § 104), en egen bestemmelse som sier at barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. Ved alle handlinger og avgjørelser som berører barn, skal hensynet til barnets beste være først. Dette bygger på Barnekonvensjonen artikkel 3; «Voksne skal gjøre det som er best for barn». I barnekonvensjonens artikkel 4, heter det at det er staten som har ansvaret for

at barnet får oppfylt disse rettighetene. Ifølge barneombudet (2017, s. 18) må vi legge til rette for gode oppvekstvilkår, da alle barn rett til god helse og god omsorg som gir utvikling. Samtidig som barnet *skal* beskyttes mot krenkelser og overgrep. Barn

som pårørende, har vært et prioritert satsningsområde. Allerede i 2010 fikk barn styrket sine rettigheter i helsepersonelloven (1999, §10 a), og i spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-7 a), i form av at helsetjenestene skal ha et barneansvarlig helsepersonell. Hensikten med lovendringen var å sørge for at barna fanges tidlig opp, ved at helsepersonell identifiserer hvilke pasienter som har barn, samt deretter avklarer barnets omsorgssituasjon. Videre skal loven sikre at barnet får nødvendig informasjon, og at både barnet og pasienten får nødvendig videre oppfølging for å forhindre negativ utvikling (Helsedirektoratet, 2019). Ifølge FNs barnekonvensjon artikkel 3, skal både foreldre og offentlige myndigheter sette hensynet til barnets beste først. Dette forklarer hvorfor Kallander (2010) påpeker at lovendringen var ment å sikre barns rolle som barn, når foreldrene ikke kunne ivareta sine foreldrefunksjoner tilstrekkelig, og når barn opplevde at de fikk omsorgsoppgaver som gikk på bekostning av deres utvikling og livskvalitet. I studien til Reedtz, Mørch & Lauritzen (2015) viser de til endringer av praksis i helsetjenestene, men også i denne studien fremkommer det at ikke alle barna blir identifisert og kartlagt slik loven tilsier. Dette samsvarer med funnene i studien til Svalheim & Steffenak (2016), videre påpekes det at helsepersonell skal samarbeide med andre for å ivareta barnets beste. Helsesykepleier fremheves som en viktig person for barn, men også som en god samarbeidspartner for de barneansvarlige. Ifølge barneombudet (2017, s.39) problematiseres det at til tross for lovendringen, så blir ikke barnas perspektiv ivaretatt godt nok. Samtidig er det viktig å få frem at det er mange barn som er pårørende, som lever gode liv, og som får god støtte og hjelp (Erfaringskompetanse, 2018). I studien til Hjelmseth & Aune (2018) vises det til at de barneansvarlige er usikre i sin rolle, og at de har utfordringer med å motivere foreldrene til å motta hjelp vedrørende foreldrerollen, samt at de trenger mer tid til å utføre den lovpålagte jobben. I studien til Reedtz et al., (2019), var hensikten å identifisere og beskrive barns hverdagsliv med en psykisk syk forelder. Studien undersøkte risiko- og beskyttelsesfaktorer, de drøftet barns tilgang på ressurspersoner, samt hvorvidt de fikk informasjon om foreldrenes lidelse/behandling. Dersom barnet bor alene sammen med en psykisk syk forelder, har det betydning om barnet har tilgang på en trygg voksen som kan kompensere for den andre forelderens funksjonsnedsettelse. Barna trenger pålitelige voksne og de trenger informasjon om lidelsen, da man vet at informasjon som gir kunnskap, kan redusere barnas skyldfølelse. Foreldrene trenger råd og veiledning om hvordan de kan snakke med barna om egne lidelser. Studien konkluderer med at det er behov for nye tiltak, spesielt for de minste barna i alderen 0-

5 år, samtidig som denne gruppen i utgangspunktet hadde færrest tilbudte tjenester. Videre fremkommer det også at bare halvparten av barna får informasjon, noe som viser at psykiske helsetjenester ikke overholder gjeldende lovverk i forhold til barn som pårørende. Funnene i denne studien, viser til hvilken type støtte og intervensjoner pasientene trenger, og som helsearbeiderne bør tilby. Loven forplikter helsepersonell til å samarbeide med foreldrene for å sørge for at barn som pårørende blir ivaretatt, samtidig legger loven en føring for at helsepersonell må ha samtykke fra foreldrene for å kunne snakke med barnet. Dette påpekes også av Svalheim & Steffenak (2016), hvor det problematiseres i de tilfeller foreldrene ikke samtykker, har ikke de barneansvarlige mulighet til å gjøre noe på egen hånd. Dette kan se ut til å være en utfordring, samtidig som det forklarer hvorfor lovendringene som var ment å sammenstille hjelpen rundt barn som pårørende, ikke fungerer slik den var tenkt. Disse motsetningsfylte kravene i lovverket viser at barns rettigheter i form av manglende informasjon og tilpasset hjelp i stor grad er udekte. Dette fordi foreldrene ikke samtykker, eller at helsepersonell ikke gjør det som forventes av lovverket. Barneombudet (2017, s. 9) oppfordrer norske myndigheter å igangsette tiltak for å sikre barns rett til å bli hørt. Hensynet til barnets beste må tas med i helsetjenestenes vurderinger. Gamst (2017) hevder at samtalen med barn omhandler mer enn *retten* til å bli hørt, og at samtalen anliggende er *hvordan* barnet blir hørt. Samtidig som disse barna ønsker å bli sett, gjør de likevel *alt* de kan for å holde foreldrenes lidelse skjult (Delås, 2015). Når barn eller familier får det vanskelig, skal de få tilpasset hjelp hvor barnets beste alltid skal stå i sentrum (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2015). Tidlig intervensjon ses som en god investering, og er et viktig grep i folkehelsearbeidet for psykisk helse (Folkehelseinstituttet, 2018). Samlet tyder dette at forebygging og tilrettelegging av gode oppvekstvilkår for barn, er en forutsetning for å sikre barn bedre psykisk helse i et fremtidig perspektiv.

1.2.3 Hvorfor forebygge?

«(...) vi vet at en god oppvekst varer livet ut, og for å gi barn og unge trygge rammer må vi starte tidlig (...)» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Det er bedre å forebygge enn å reparere, heter det. Regjeringen (2019) hevder at de vil prioritere det forebyggende arbeidet for at alle barn skal bli sett, delta og utvikle seg i sitt oppvekstmiljø. Barns psykososiale belastninger er et felles samfunnsansvar, og etter ulike lovverk, skal vi sørge for at hvert enkelt barn som trenger det, får den hjelpen de trenger. Det er særlig viktig at vi som utøver helsetjenestene, ser barna ut fra den konteksten de lever i, samtidig må vi ha med oss at barna er like forskjellige som andre barn med tanke på ressurser og utfordringer. Dersom man

skal komme inn med tiltak tidlig nok, er det viktig at man identifiserer barna som trenger hjelp på et så tidlig tidspunkt som mulig, slik at barnet får en optimal utvikling (NOU 2017:12). Rus og psykiske lidelser er ikke like enkelt å snakke om som andre sykdommer, hverken for de foreldre eller barn dette gjelder. Tidligere forskning gir oss en rekke eksempler på at det er mye skam og tabu og alle har vi ønsker om å være som alle andre, noe som kommer tydelig frem i studien til Haug, et.al., (2009). De viser til hvordan barna presenterte seg selv for å unngå stigmatisering når deres foreldre hadde en psykisk lidelse. Delås (2015) viser til at opplevelsene av skam, også er knyttet til familiens negative annerledeshet. I det forebyggende arbeidet, er samtaler med barn viktig for å skape åpenhet om psykiske lidelser og for å unngå stigma og skam (Svalheim & Steffenak, 2016). Vi må være åpne for at samfunnets holdninger til rus- og psykiske lidelser antas å påvirke både barnas fortellinger, men også foreldrenes historier (Bergem, 2018). Denne kunnskapen bidrar til undring og nysgjerrighet. Hvilke andre tjenester kan på et så tidlige tidspunkt som mulig identifisere barn som pårørende? Når man skal være åpne for at andre enn de barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten, eller ansatte i barneverntjenesten skal identifiserer barn som pårørende, må man undersøke hvilke andre offentlige tjenester som har kontakt med barn, og som kan identifisere og følge dem opp. Det er viktig og komme inn tidlig, samt gi barna den informasjonen de trenger for å forstå hva som skjer med mor og/eller far, slik at de ikke bærer med seg tunge og vanskelige tanker videre i livet.

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er en del av kommunens lovbestemte helsefremmende og forebyggende helsetjenester til barn og unge fra 0-20 år. Tjenesten er en sentral aktør i kommunens folkehelsearbeid. Barneombudet (2017) hevder at helsestasjonen og skolehelsetjenesten er det viktigste forebyggende tiltaket og helsetilbudet til barn, og at de har en sentral rolle i å kunne avdekke barns utviklingsforstyrrelser, omsorgssvikt eller mishandling. Helsesøstertjenesten er en offentlig instans som skal gi et likeverdig tilbud til hele befolkningen (Helsedirektoratet, 2019). De er et offentlig tjenestetilbud som *nesten alle* foreldre og barn benytter seg av. Helsepsykeleierne har søkelys på barns fysiske og psykiske helse, og har derfor en unik mulighet til å identifisere barn som har vanskeligere oppvekstbetingelser enn andre, på et så tidlig tidspunkt som mulig. Helsesøstertjenesten yter en lovpålagt tjeneste, samtidig som det skal være et lavterskeltilbud, der oppmøtet er frivillig. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 6-1) har foreldrene en plikt til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroller. Foreldrene er helsepsykeleierne sine viktigste samarbeidspartnere. Dersom en familie ikke møter til helsekontroller med barnet, bør dette generelt utløse en bekymring hos helsepsykeleierne (Helsedirektoratet, 2019). Dahl (2016) belyser spenningsfeltet

helsesykepleierne jobber innenfor, og som kan skape etiske verdikonflikter. Helsesykepleierne skal på den ene siden samarbeide med familiene for å kunne gi den støtten og hjelp familien selv mener at de trenger for å utvikle god psykisk helse. Samtidig skal de på den andre siden identifisere familier som er i en sårbar situasjon og derfor er i behov for ekstra hjelp. Neumann (2009) fremstiller at helsesykepleierne jobber systematisk med å kontrollere forsinket eller avvikende utvikling hos barnet, samtidig som helsesykepleierne skal tilrettelegge for et godt grunnlag for barnets fysiske og psykiske helse. Hun hevder for det første, at helsesykepleier gjerne har tillit hos foreldrene, noe som i større grad bidrar til at råd og veiledning når frem. For det andre, kan tilliten helsesykepleierne har til familien, vanskeliggjøre, for eksempel det å gripe inn i familier som har det dårlig. Ett tredje argument, er når helsestasjonen og skolehelsetjenesten på den ene siden skal ha et universelt fokus som er rettet mot den «friske» målgruppen, samtidig som de på den andre siden bruker mye tid på enkelt individer som er «syke». Ifølge Killén (2012) er det en sammenheng mellom tilknytning og sykdom. Hun belyser at barn som vokser opp under belastende forhold, har flere psykosomatiske symptomer og er mer syke enn andre barn. Trygge og gode oppvekstvillkår, er viktige for at barn skal kunne utvikle god psykisk helse, og derfor er det viktigere å forebygge enn å behandle.

1.3 Begrunnelse for valg av tema

Valg av tema for studien, må ses i lys av egen praksis som miljøterapeut, både fra kommunal rus- og psykiatritjeneste, spesialisthelsetjenesten (rusavdeling), og som barnevernskonsulent i den kommunale barneverntjenesten. Med mange års erfaring fra rus- og psykisk helsefelt, har jeg møtt mange voksne som har slitt med rus- og psykiske lidelser på ulikt vis, men møtte nesten aldri barna deres. Når jeg jobbet i barnevernet fikk jeg innsikt i hverdagen til noen av de mest sårbare og risikoutsatte barna i samfunnet, mange opplever omsorgssvikt, vold og overgrep. Jeg har også opplevd at noen foreldre ikke selv forstår hva som skjer med dem når de har en rus- og/eller psykisk lidelse. Når dette skjer, klarer de heller ikke å formidle dette til barna sine, og heller ikke til hjelpeapparatet. Slik jeg har erfart det er samarbeidet mellom barnas og de voksnes hjelpere så og si fraværende. Det ser også ut til å være en forskjell mellom det å ha et *barneperspektiv* og *barnets perspektiv*. Et barneperspektiv slik jeg ser, er at det gjøres en vurdering av hva som er til best for barnet, sett fra den voksens synsvinkel. Her inkluderes hvilket syn man har på barn, deres rettigheter og hvordan dette kommer til frem i samhandling med barnet knyttet til hva som er til barnets beste. For å få innsikt i barnets perspektiv må man snakke med barnet om hvordan barnet opplever og forstår sin situasjon. Da må man også ha med seg at barn kan tenke annerledes om sin egen situasjon, enn hva voksne tenker og mener.

Ved å sette fokus på barnas perspektiv vil man kunne få med seg verdifull kunnskap i møtet med barna, noe som gir oss bedre innsikt og forståelse av hvilken hjelp de selv mener de trenger. Avslutningsvis vil jeg nevne at jeg selv har vært pårørende som barn, i en tid da voksne ikke snakket med barn fordi de oppriktig trodde at dette var til det beste. Heldigvis har kunnskapen om, og forståelsen for barn endret seg, men fremdeles er det barn som erfarer at voksne ikke snakker med dem om det som er vanskelig. Bekymringene blir ikke mindre om man lar være å snakke om det. Man kan ikke alltid vite hvilke barn som er pårørende, barna gjør alt de kan for å skjule denne *hemmeligheten*, og man finner ikke mer lojale barn enn de som passer på sine egne foreldre (Killén, 2012).

1.4 Problemstilling

Følgende problemstilling vil belyses gjennom denne studien:

«Hvilke erfaringer har helsesykepleier med oppfølgingen av barn, der mor og/eller far har en psykisk lidelse og/eller et rusproblem?»

Helsesykepleierne sine erfaringer står altså i fokus, og oppmerksomheten har vært rettet mot dette.

1.5 Studiens formål

Hovedhensikt var først og fremst å finne ut hvilke erfaringer helsesykepleierne hadde med å identifisere barn av foreldrene med rus- og psykiske lidelser, og hvordan helsesykepleierne følger opp disse barna. Målet er å finne ut hvordan dette gjøres i dag, og hva som eventuelt kunne ha vært gjort annerledes for å sikre barn bedre oppvekstbetingelser. Et annet siktemål er å skape nye muligheter for praksis, med utgangspunkt fra spørsmål som oppstår underveis. Deretter ønsker jeg å sette fokus på barn som pårørende, minne på om viktigheten av å tidlig «gripe inn» når vi kjenner til risikofaktorer som kan bidra til både fysiske og psykisk helseplager senere i livet. Ved å fokusere på barnas perspektiv vil man kunne få med seg verdifull kunnskap i selve møtet med barna. Det kan gi bedre innsikt og forståelse av hvilken hjelp de trenger. Videre ønsker jeg å tilegne meg kunnskap om hvordan helsesykepleierne utøver sitt forebyggende arbeid rettet mot familier i sårbare situasjoner.

1.6 Avklaringer

1.6.1 Helsesykepleier

Helsesykepleierne fikk den 1. januar 2019, omgjort helsesøstertittelen til en mer kjønnsnøytral tittel. Hensikten var å få en bedre kjønnsbalanse innen utdannings- og yrkesvalg, samt at unge gutter kanskje får en lavere terskel for å oppsøke helsehjelp (Helsedirektoratet, 2019). I denne oppgaven vil helsesykepleierne også bli omtalt som deltakere eller informanter. Når jeg skriver

helsesykepleierne eller helsesykepleier, mener jeg helsesykepleierne som deltok i studien. Jeg har med andre ord ikke til hensikt å generalisere alle helsesykepleiere. For å sikre informantenes anonymitet, kommer jeg til å bruke *hen* som et kjønnsnøytralt pronomen, i sammenheng med hva informantene fortalte.

1.6.2 Edinburgh Postnatal depresjonsskår (EPDS skjema)

EPDS-skjemaet ble utviklet for å oppdage depressive symptomer hos kvinner som nylig har fått barn. Deprimerte mødre responderer langsommere og lite konsekvent på barnet, hvor barnets utvikling kan påvirkes. God tilknytning og sensitivt samspill er god forebygging mot psykiske vansker senere i livet. EPDS-skjemaet har en vurderingskala som består av ti ledd, hvor kvinnen selv skal rangere hvordan hun har følt seg de siste syv dager. Å fylle ut EPDS-skjemaet skal være frivillig, hvor hensikten er å avdekke depressive symptomer hos kvinner som nettopp har født, for at helsesykepleier skal kunne tilby og gi støttesamtaler. Psykolog, fastlege eller andre kan også gi kvinnen støttesamtaler. Kvinnen skal få informasjon i svangerskapet fra jordmor, og helsesykepleier følger opp på hjemmebesøket rett etter fødsel. Dette er et tilbud som gis til alle for å hindre stigmatisering. Skjemaet skal åpne opp for å snakke om følelser, samtidig som man må være bevisst på at det også kan lukke, i stedet for åpne dialogen. Videre kan skjemaet tydeliggjøre hvem av mødrene som eventuelt trenger å videre henvises. Målet er *tidlig intervensjon* (Andenes, 2019).

1.7 Tidligere forskning

I søken etter tidligere forskning som var relevant for tema og problemstilling, har jeg benyttet meg av ulike nettsteder som blant annet, forvaltningsdatabasen, Regjeringen, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Lovdata, Barneombudet, Redd Barna, BarnsBeste, og Barns Rettigheter. Jeg har lest lovverk, nasjonale faglige retningslinjer, handlingsplaner og strategier. Jeg har benyttet universitetets sine internasjonale databaser for innblikk i eksisterende forskning. Jeg gjorde søk i databasene CHINHL, MEDLINE via Ovid og ProQuest, samt Svemed+. Databasene dekker fagområdene, medisin, sykepleie, psykologi, folkehelse, samt psykisk helse. Jeg forsøkte å tilpasse søkeordene ut fra min problemstilling. Jeg fant flere søkeord som jeg mente skulle dekke det jeg lette etter. For at søket skulle bli mer presist, måtte jeg legge til flere nøkkelord i søket, for å få flere muligheter. I denne delen så jeg også på ulike synonymer. Søkeordene som ble benyttet, både enkeltvis og sammensatt var; «helsesykepleier/helsesøster», «erfaring», «barn av foreldre med rusproblem», «barn av foreldre med psykisk lidelse». For at ikke søkene skulle få for mange treff, valgte jeg å legge på et filter på 10 år på de fleste søk, men også fordi jeg primært ønsket artikler av nyere dato. Inkluderingskriteriet i utvelgelsen var

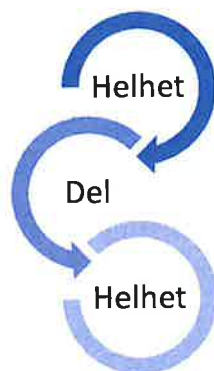
først og fremst å finne vitenskapelige artikler som omhandlet helsesykepleierne sine erfaringer i oppfølging av barn som har en og/eller to foreldre som sliter med rus- og/eller psykiske lidelser, men har også sett på andre artikler, som blant annet hvordan barna opplevde det å vokse opp med foreldre som enten hadde en psykisk lidelse og/eller et rusproblem. Videre har jeg lest artikler som omhandler hvordan helsepersonell identifiserer barn som pårørende og hvordan barna registreres i foreldrenes journal. Det viste seg vanskelig å finne aktuelle vitenskapelige forskningsartikler som passet helt til undersøkelsens problemstilling. Jeg fant noen artikler ved å studere litteraturhenvisninger i artikler med nærliggende problemstilling, eller annen relevant litteratur relatert til problemstillingen. Jeg

har valgt ut følgende artikler som jeg ønsker å presentere nærmere, noen av dem er allerede henvist til i innledningen, slik som studien til Haug et.al., (2009). I denne studien beskriver barna hvordan det var å vokse opp med psykisk syke foreldre. Barna fortalte om hvordan de tok ansvar når foreldrene ikke gjorde dette, hvordan de tilpasset seg andre for å fremstå som 'normale', når de oppdaget at de hadde foreldre som oppførte seg annerledes enn andre foreldre. De beskrev følelser som forlegenhet, skyld og skam. Alle barna unntatt ett, var tydelig på at de var glade i sine foreldre. Videre fremkom det at åpenhet rundt foreldrenes lidelse kunne potensielt bli oppfattet som negativt, hvor barna var redde for å bli stigmatisert. Studien konkluderer med at barn av psykisk syke er sårbare, men reiser spørsmål til helsetjenestene om det ikke er på tide og ta ansvaret fra den enkelte barn, hvor man bør jobbe for å redusere stigma og skam knyttet til psykiske lidelser i den generelle befolkningen. Jeg velger å trekke denne studien frem, fordi den belyser hvordan barn kan oppleve stigmatisering knyttet til foreldrenes lidelse, noe jeg anser som svært viktig og fremdeles aktuelt for psykisk helsearbeid. I studien til Mahoney (2010), belyser hun helsesykepleier sin rolle i oppfølging av barn som har en forelder med en psykisk lidelse. Hun fant også at barna er sårbare og har en økt risiko for selv å utvikle psykiske lidelser. Studien viser til helsesykepleierne sin rolle, som blant annet innebærer at de skal identifisere barn i risiko forbundet med foreldrenes psykiske lidelse. Helsesykepleier kan påvirke sosialt stigma i regi av sin rolle ved å gi informasjon på skolen om psykiske lidelser. Det vises videre til at helsesykepleier kan være et bindeledd mellom de ulike helsetjenestene. Jeg valgte og ta denne studien med, da den var en av de få som direkte omhandlet helsesykepleier rolle knyttet til psykisk sykdom hos foreldrene. I studien til Reedtz et.al., (2015) fremkommer det at selv om det er forankret på nasjonalt nivå ved lovverk at barn skal registreres for å få kartlagt deres behov så tidlig så mulig, viser det seg at dette ikke har blitt festet i klinisk praksis. De kommer med konkrete råd til praksisfeltet, både for å sikre barnas rettigheter, da barn som pårørende har risiko for selv å bli psykisk syke, men også for

komme inn så tidlig som mulig for å kunne jobbe forebyggende. Nyere studier (Svalheim & Steffenak, 2016) viser til at mangel på utarbeidete rutiner, og ledelsens holdninger har påvirkning til arbeidet med barn som pårørende. De viser til viktigheten av å samordne tjenestene både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, for familier der barn er pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Her nevnes også at utdanningsinstitusjoner bør fokusere på samarbeid og samordning av tjenester under utdanningen, samt at familieperspektivet må inkluderes av helsepersonell når man jobber med psykiske lidelser. En annen studie (Hjelmseth & Aune 2018) viser til at rammene i det barnefokuserte arbeidet er utydelige, og at det derfor blir tilfeldig hvilken hjelp barna får. Videre belyses de praktiske utfordringene som er knyttet til vansker med å få foreldrene til å forstå hvordan foreldrenes situasjon påvirker barna. Samtidig erkjenner helsepersonell at de har utfordringer med å motivere foreldrene til å motta hjelp relatert til foreldrerollen. I studiene til Dahl, Clancy & Andrews (2014) belyses betydningen av kunnskap og identitet hos helsesykepleierne i et innovasjonsperspektiv, hvor arbeidet skal utøves i et spenningsfelt mellom kunnskapsbaserte praksiser og samtidig la barna og foreldrene ha innflytelse i konsultasjonen. Altså, helsesykepleierne skal leve opp til institusjonelle forventninger samtidig som de skal være lojale mot barna og foreldrene. Først og fremst må helsesykepleierne erkjenne at de i regi av sin stilling, har innflytelse og makt. Videre vises det til at helsesykepleierne må være klar over at de etisk ladete møter kan føre til verdikonflikter, og følelser kan gi selvtillit, men også en opplevelse av utilstrekkelighet. Ansvar for sine tjenestebrukere kan være en overskyggende faktor, og som kan trone over de institusjonelle krav, noe som kan være negativt for den profesjonelle identitet. Å håndtere vanskelige situasjoner gir selvtillit. En sterk yrkesidentitet, kan også påvirke kvaliteten på jobben. Studien impliserer blant annet å belyse den kompleksiteten og mangfoldet som er knyttet til helsesykepleierne sin rolle, som kan gi en sterkere fagidentitet, og som kan bidra til større rekruttering til yrket. Til slutt vil jeg trekke frem studien til Dahl & Clancy (2015), som viser spenningsfeltet helsesykepleierne jobber i, og at barn og foreldre setter pris på helsesykepleierne sin komplekse kompetanse via støtte, råd og veiledning, samtidig som helsesykepleierne også må være i dialog med brukerne sine. Tidspresen ble nevnt som en utfordring for å kunne involvere seg, og mange helsesykepleiere fokuserte på individuelle problemer, fremfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet som de i regi av sitt mandat skal ha mest fokus på. Tidligere forskning og relevant teori som kan bidra med å øke forståelsen for studiens bakgrunn og funn, vil til sammen være en kontekst for diskusjon av studiens resultater.

1.8 Vitenskapsteoretisk perspektiv/referanseramme

Min vitenskapsteoretiske forankring har forankring fra humanistisk og samfunnsorientert vitenskap. I denne undersøkelsen har jeg satt søkelys på deltakerne egne erfaringer og opplevelser. Studien har dermed en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming for å kunne beskrive og belyse helsesykepleierne sine erfaringer. Et fenomenologisk perspektiv handler om hvordan personen selv opplever, erfarer og forstår sin virkelighet, og hvor det subjektive anses som en forutsetning for å oppnå forståelse. En aktiv og deltakende persons handlinger, må ses i sammenheng med de samfunnsmessige strukturer for hvordan det sosiale liv gjenskapes og videreføres (Thornquist, 2018, s. 22-23). Når Kvale & Brinkmann (2009) fremstiller den fenomenologiske tilnærmingen, er det også ut fra hvordan mennesket beskriver sin virkelighet. De hevder at en fenomenologisk undersøkelse føyer seg inn i en kvalitativ tradisjon, som handler om å beskrive den bevisste meningen mennesker legger i sine erfaringer med og opplevelsen. Langdridge (2016) presenterer fenomenologien som erfaringsvitenskap, samtidig som en fenomenologisk tilnæringsmåte tilsier at man skal undersøke førstehånds beskrivelser av livserfaringer, og tilstrebe og forstå betydningen av disse. Thornquist (2018, s.106) hevder at fordi denne tradisjonen er opptatt av erfaring og rettferdighet, vil de menneskelige beskrivelser tilegnes en betydning. I problemstillingen etterspørres helsesykepleierne sine erfaringer med oppfølgingen av barn som har en eller to foreldre med en psykisk lidelse og eller et rusproblem. Å tolke menneskers meninger er en del av den hermeneutiske tilnærmingen (Malterud, 2011). Hermeneutikken handler om en fortolkning for å gi mening til det vi studerer (Dalland, 2010). Thornquist (2018) skriver at tekster er hermeneutikkens objekter, og at bevisstheten om hvordan de skal fortolkes er viktig når de skal gjøres tilgjengelig ved skriftlig formidling. Jeg skal i denne oppgaven først og fremst forholde meg til helsesykepleierne sine narrative beskrivelser av opplevelsene og erfaringene de har, og i hermeneutikken vil dette ha betydning for hvordan jeg forstår og fortolker det de forteller meg. Jeg og informantene delte denne tiden, men etter dataene var samlet inn er de blitt fortolket av meg. Jeg har sett på helsesykepleierne sine erfaringer, hvordan de utfører sin jobb og hvordan de opplever dette. Ut fra min forforståelse i form av kunnskap og erfaring, vil jeg se på helsesykepleiernes erfaringer som en del av helheten. Det er da vi kommer til den hermeneutisk sirkel, som beskriver hvordan jeg forstår delene – helsesykepleierne sine erfaringer, sett i lys av min forforståelse, som handler om det jeg visste fra før. Slik vil helheten, bli fortolket på nytt ut fra delene (Thornquist, 2018).



Figur 1 Hermeneutisk sirkel

I min søken etter økt forståelse, vil det si at ved å stadig pendle mellom helheten og delene i det informantene beskrev, vil det i en hermeneutisk forståelse bidra til at jeg forstår helheten og/eller delene på en ny måte. For hver pendling jeg gjør vil jeg få dypere innsikt i temaet. Helheten og delene vil “smelte” sammen, hvor helheten har fått en ny forståelse (Thornquist, 2018).

1.9 Oppgavens oppbygging og innhold

Oppgaven er delt inn i fem kapitler. I kapittel to, redegjør jeg for hvordan fremgangsmåten i forskningsprosessen har vært. I kapittel tre presenteres de fire kategoriene som utkrystalliserte seg fra det datamaterialet som forelå: Samfunnsoppdrag, Kompetanse, Relasjon og Alene versus Fellesskap. I kapittel fire drøftes funnene opp mot relevant teori, og oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel fem.

2. Metode

Under dette kapittelet vil studiens forskningsdesign bli beskrevet. Det vil bli redegjort for forskningsmetodisk tilnærming og metodevalg. Tilslutt vil fremgangen i analyseprosessen bli beskrevet, i tillegg vil det bli redegjort for forskningsetiske vurderinger. Ifølge Dalland (2010) definerer han metode som en fremgangsmåte for å frembringe ny kunnskap, men også for å etterprøve påstander som er fremsatt som å være sanne, gyldige eller holdbare. I denne kvalitative undersøkelsen har det vært viktig å bevare fleksibilitet gjennom hele prosessen, slik at endring justertes etter hva slags informasjon som kom frem underveis. Jeg har hele tiden forsøkt å være bevisst på min problemstilling, og hvorvidt dataene er interessante i forhold denne. Dette har bidratt til at jeg holdt fokus på hva som var målet for undersøkelsen.

2.1 Kvalitativ metode

Malterud (2011), beskriver at kvalitative intervju som metode bør benyttes når man ønsker å få frem menneskers beskrivelser av egne erfaringer og opplevelser, og at man gjør dette ved å

snakke med dem. Studien har et kvalitativt forskningsdesign med individuelle intervjuer, for å få en forståelse av helsesykepleierne sine erfaringer i oppfølgingen av barn der en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse og eller et rusproblem som skal belyses. Kvalitative metoder søker forståelse for ny innsikt (Tjora, 2012). Ifølge Kvale et.al., (2009, s.181) vil formålet med kvalitative studier være å beskrive enkeltfenomener og gjennom dette søke ny kunnskap som kan overføres til andre situasjoner. Kunnskapen kan derfor ikke gi universelle sannheter, men heller gi kilder for nye spørsmål (Malterud, 2011).

Datainnsamlingen ble hentet inn med individuelle intervju av hver enkelt av de seks deltakerne som deltok. Jeg brukte en semistrukturert/halvstrukturert intervjuguide, først og fremst for å sette fokus på deres erfaringer, men også for at informantene skulle oppleve intervjuet mer som en dialog. Studien ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) sammen med veileder, etter å ha foretatt en test på nettsiden til REK, hvor det fremkom at det ikke var nødvendig å få prosjektet godkjent av dem. Prosjektskisse (Vedlegg 1), informasjonsskriv, samtykkeerklæring og intervjuguide (Vedlegg 2) ble sent til Norsk Senter for forskningsdata (NSD), for å få tillatelse til å innhente data via intervju. Prosjektet har godkjennelse fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)(Vedlegg 3).

2.2 Det kvalitative intervju

Studien sin problemstilling omhandler helsesykepleierne sine erfaringer, og for å kunne få ta del i disse må forskeren snakke med dem. For å forstå informantenes egne perspektiver innenfor kvalitativ forskning, kan fenomenologisk tilnærming benyttes for å beskrive sosiale fenomener. I denne studien benyttet jeg en semistrukturert/halvstrukturert intervjuguide, som er hensiktsmessig når en vil få kunnskap om menneskelige erfaringer (Tjora, 2012). Ifølge Johannessen et al., (2010) vil et semistrukturert intervju, bidra til at deltakerne får omtrent de samme spørsmålene, og som vil bidra til et sammenligningsgrunnlag. Jeg ønsket videre å få informantene til å fortelle mest mulig om sine opplevelser og erfaringer for å belyse temaet. Denne intervjuformen søker kunnskap presentert i et normalt språk, hvor målet er å oppnå nyanserte beskrivelser fra informantene (Malterud, 2011). Ifølge Kvale et.al., (2009) vil denne intervjuformen fremme informantens tanker, opplevelser og meninger om et tema. Intervjuguiden bestod av en temaliste som jeg anså som relevant for problemstillingen, og som skulle sikre en retning i intervjuet. Jeg valgte å skrive ned noen støttespørsmål, som hjelp til meg selv dersom informantene ikke utdypet opplevelsene sine tilstrekkelig, eller at samtalen stoppet opp. Jeg startet å spørre om hvor lenge de hadde vært og hvorfor de valgte å bli helsesykepleier. Disse spørsmålene skulle oppmuntre deltakerne til å begynne å fortelle. Ifølge

Kvale et.al., (2009) er et forskningsintervju et mellommenneskelig samspill, hvor kunnskapen skapes i samspillet mellom intervjuer og informant gjensidig påvirker hverandre. Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet 12. juni til 20. august 2019. Intervjuene varte mellom en halv time til over en time. I tillegg hadde intervjuer uformelle samtaler med hver og en av deltakerne både før og etter intervjuet.

2.3 Datainnsamling

2.3.1 Rekruttering av informanter

Data er innhentet fra et av de største tettstedene i Nord Norge. Informantene som deltok i studien kommer alle fra samme kommune og ble valgt i henhold til bekvemmelighetsutvalg. Den praktiske rekrutteringen for å komme i kontakt med aktuelle informanter var at tok jeg kontakt med en fagsjef i en kommune, med en forespørsel om godkjenning til å gjennomføre intervju. Etter å ha blitt tatt positivt imot, avtalte vi at jeg skulle sende informasjonsskriv på e-post til seksjonsleder for helsesøstertjenesten i kommunen. Informantene fikk utdelt både informasjonsbrev, samtykkeerklæring og intervjuguide av seksjonsleder før intervjuet ble avtalt. I informasjonsbrevet som ble sendt ut, ble det redegjort for studiens bakgrunn og hensikt, det ble opplyst om at det ville bli tatt lydopptak av intervjuet, og at deltakelsen var frivillig, samt at deltakerne kunne trekke seg når som helst. Dette bidro til at informantene var kjent med studiens formål, og hva deltakelsen ville innebære. Deltakerne var informert om at det var frivillig og delta i studien, basert på et informert samtykke og at de når som helst, uten å oppgi grunn kunne trekke seg fra studien. Når jeg fikk bekreftet av seksjonslederen for helsesøstertjenesten om at helsesykepleierne hadde fått informasjonsskrivet, samt en oppfordring til å ta direkte kontakt med helsesykepleierne, gjorde jeg det. Jeg møtte opp ved å på aktuell helsestasjon, presenterte meg selv. Jeg ble positivt tatt imot av helsesykepleierne, som fremstod som interessert i prosjektet. Jeg fikk da avtalt tid og sted for gjennomføring av intervjuer. Det var flere av helsesykepleierne som beklaget for at de ikke kunne delta i denne studien, da de *ikke* hadde erfaring med psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. Det var syv informanter fra den aktuelle helsestasjonen som meldte seg, hvorav en ble ekskludert fordi hun jobbet som jordmor på helsestasjonen. Jeg begrunnet dette med at jeg hadde etterspurt helsesykepleier sine erfaringer. Det viste seg etterpå at hun hadde erfaring som helsesykepleier og kunne ha vært inkludert. De som deltok i studien fremstod som positive og motiverte for oppgaven. Det var noen av deltakere som oppgav navn på helsesykepleiere i en nabo kommune som et forlag til flere informanter, altså snøballmetoden for rekruttering (Tjora, 2012). Helsesykepleieren som ble oppgitt som aktuell deltaker, ønsket imidlertid ikke å delta i studien,

og begrunnet dette med at hen var nyutdannet og hadde ingen erfaring med temaet for studien. Hen sa seg derimot villig til å dele ut informasjonsbrevet til sine kollegaer. Det var en som meldte seg, men trakk seg *før* intervjuet ble gjort. Da jeg hadde gjennomført seks intervju, og mente at jeg hadde oppnådd en datametning. En skal ikke fortsette og samle inn data, når en har oppnådd en metning (Tjora, 2012) skal man ikke fortsette å samle inn data, når en har oppnådd en datametning. Totalt var det seks helsesykepleiere som deltok i studien. Deltakerne jobber alle i samme by, med en bebyggelse på over 20 000 innbyggere. Dette anses dermed for å være representativt for mange norske kommuner.

2.3.2 Utvalg

Inklusjonskriteriet for å delta i studien, var at alle mine informanter skulle ha erfaring som helsesykepleier, og at de jobbet i helsestasjon og/eller skolehelsetjenesten. Ifølge Malterud (2011) er dette et strategisk utvalg, når man velger ut de som besitter kunnskap om det temaet man vil undersøke. Det er seks helsesykepleiere som har deltatt i studien, en mann og fem kvinner. Alle seks informantene var sykepleiere med videreutdanning som helsesykepleier. Helsesykepleierne som deltok, er ikke en ensartet gruppe. Informantene hadde ulike arbeidserfaringer som helsesykepleier. To av informantene har over 20 års erfaring som helsesykepleier, en har over 10 års erfaring, en har 10 års erfaring og to hadde mindre enn 5 års erfaring som helsesykepleier. Tilsammen hadde informantene mine gjennomsnittlig erfaring 12,33 år som helsesykepleiere i helsesøstertjenesten. Det var tre av informantene som jobbet i helsestasjonen for barn fra 0-5 år, og tre av informantene jobbet i skolehelsetjenesten for barn fra 6-20 år. En av helsesykepleierne jobbet i 50 % stilling i skolehelsetjenesten, og i 50 % stilling opp mot nye bosatte flyktninger. Hen fortalte at denne jobben bestod i å kartlegge barna i forhold til tidligere helseutfordringer, oppdatering av vaksinasjon, smittsomme sykdommer og i forhold til familiens generelle ressurser. Videre ga hen veiledning om det å være ny i Norge, samt relatert til barneoppdragelse, noe som ifølge informanten kan være en utfordring. Senere følger barna det ordinære helsestasjonsprogrammet. Informanten gikk ikke nærmere inn på flykninger under intervjuet, men besvarte spørsmålene ut fra tematikken.

2.3.3 Planlegging og gjennomføring av intervju

Jeg gjennomførte et prøveintervju med en barnepleier ved et lokalsykehus. Dette ble gjort fordi jeg ønsket å være forberedt, både med tanke på om intervjuguiden fungerte i praksis, og at den medvirket til en dialog slik at deltakerne kunne fortelle mer som i en samtale, enn å besvare spørsmål gjennom et intervju. Jeg ville også sjekke ut om spørsmålene forhåpentligvis ikke frembrakte noen former for ubehag for informantene (Malterud, 2011; Thornquist, 2018). Jeg

ville også finne ut tilnærmeelsesvis tidsbruk for intervjuet. Gjennom prøveintervjuet opplevde jeg at spørsmålene var aktuelle, og at tidssekvensen på intervjuet ikke ble for lang. Jeg besluttet derfor å opprettholde intervju guiden slik den var utviklet. Når intervjuene med informantene skulle gjennomføres, hadde jeg på forhånd reservert et samtalerom og ordnet med kaffe og vann. Kun ett intervju ble gjennomført på helsesykepleiers kontor, etter eget ønske fra denne deltakeren. Dalland (2010) hevder at rammene for et intervju vil ha betydning for kvaliteten.

Båndopptaker som ble brukt under intervjuet, er en Digital Voice Recorder av merket Olympus DM- 720. Den har ikke GPS sender, for å bevare informantenes anonymitet.

Før båndopptaker ble slått på, skrev informantene under på samtykkeskjema. Intervjuer opplevde at alle mine informanter var vennlige og imøtekommende, og den uformelle praten både før og etter at intervjuene var enkel og behagelig med alle informantene. Når lydopptaker ved det første intervju var satt på, måtte jeg ta meg selv i å ikke gjøre notater, noe som opplevdes litt uvant for meg. Dette kan ses i sammenheng med at jeg i min daglige jobb gjerne noterer i samtaler, samt at jeg kanskje ikke identifiserte meg i rollen som forsker og intervjuer. En fordel ved å bruke lydopptaker, fremfor å gjøre skriftlige notater, er at man er sikker på at man får alt som sies med. Ifølge Malterud (2011) kunne jeg har fått mer utfyllende informasjon dersom jeg hadde tatt notater under intervjuet, i tillegg til lydopptak. Jeg opplevde etterhvert i de videre intervjuene situasjonen som mer naturlig. Som intervjuer, fokuserte jeg på å lytte til det informanten sa, samtidig som jeg observerte informantene. Jeg tenkte at kroppsspråket deres kanskje ville fortelle med hvordan de følte seg, om de satt behagelig, eller om de var stresset og så videre. Etter at intervjuet er ferdig og lydopptaker ble slått av, fortsatte jeg og informanten samtalen og oppsummere det vi har snakket sammen under intervjuet.

2.3.4 Transkribering

Et forskningsprosjekt består av mange faser, og ifølge Langdridge (2016) er transkriberingen det første steget i analyseprosessen I transkriberingen skal man gjøre et muntlig språk om til et skriftlig språk (Tjora, 2012). Behandling av data har betydning for studiens kvalitet. Lydfilene som var tatt opp ble ført over på min private datamaskin, og transkribert i dataprogrammet NVivo 12. Transkriberingen ble gjort fortløpende etter hvert intervju og var en tidkrevende og nøyaktig arbeidsprosess, som jeg brukte mange timer på. I denne delen ble jeg svært oppmerksom på min egen rolle som intervjuer, samtidig som jeg også ble enda bedre kjent med datamaterialet mitt ved å gjenoppleve samtalen, og kunne gjøre meg nye tanker og tolkninger av det som ble sagt. Jeg transkriberte intervjuene fra dialekt til bokmål, for å bevare anonymiteten. En transkripsjon skal gjengi materialet så nøyaktig som mulig (Kvale et.al,

2009), men siden jeg valgte å ikke skrive på *dialekt*, kan enkelte deler av samtalen ha blitt fortolket. Tjora (2010, s. 26) mener at det ikke finnes en objektiv oversettelse. Det betyr at transkripsjonen aldri blir fullstendig korrekt. Intervjuene ble lagret som Informant; 1, 2, 3, 4, 5 og 6. Min intensjon var å innta en nøytral holdning, slik at jeg kunne gjengi informantenes fortellinger så lojalt og objektivt som mulig. Alle ord som informanten sa, ble skrevet ned. Ved noen få anledninger snakket vi i munnen på hverandre og det var vanskelig å høre hva som ble sagt. Pauser i samtalen ble merket med prikket linje, og jeg noterte også andre uttrykk som; «eh», «hm». Ved ferdig transkripsjon, skulle transkriberingen eksporteres og konverters til et Word-dokument. Dette viste seg å være vanskelig, og selv med “superbruker” hjelp, var ikke dette mulig. Tilslutt fikk jeg kopiert hver kolonne av de transkriberte intervjuene og kopiert de inn i Word-dokument, slik at jeg fikk skrevet dem ut på papir. Datamaterialet,

det vil si lydfiler som har vært oppbevart innelåst etter forskrifter. Datamaskinen har en personlig kode, båndopptaker, og annet skriftlig materialet har vært låst inne i et skap, bak en låst dør.

2.4 Avklaring av egen forforståelse

Etter at jeg var ferdig utdannet sosionom, har jeg jobbet med rus- og psykisk helse både i kommunal rustjeneste og spesialisthelsetjenesten. Jeg har også jobbet i en kommunal barneverntjeneste. I disse jobbene møter man mennesker som alle bærer på ulike erfaringer, både om hvorfor livet er blitt som det er, og hvordan livets ulike belastninger kan bidra til deltakelse eller utenforskap. Videre har jeg kjennskap til hvordan dette kan påvirke deres identitet og medborgerskap. God psykisk helse er nært knyttet til det å mestre eget liv. Ifølge Skau (2017) er det å mestre eget liv, kjernen i personlig kompetanse. Videre er selvfølelsen en verdi som man ser i seg selv som menneske. Både barneverntjenesten og rus- og psykiske helsetjenester skal sådan legge til rette for medborgerskap. Jeg velger å ikke komme med noen begrepsavklaring, men vil heller si noe om min forståelse av medborgerskap. Medborgerskap brukes gjerne om en tilstand der en person anser seg selv som et fullverdig medlem av samfunnet. Jeg tenker at dette også handler om de rammebetingelsene som er tilstede for at man kan delta. Dersom mennesker har en opplevelse av å være diskriminert, eller opplever at man har fått et negativt stempel på grunn av en oppfatning, holdning eller fordom, kan det være vanskelig å delta i samfunnslivet (Forelesning av Dagfinn Bjørgen ved Nord Universitet, personlig kommunikasjon, 04.02.19).

For at forskningsprosessen skal være redelig, må man være oppmerksom på egen forforståelse (Malterud, 2011). Hun beskriver videre forforståelse som en drivkraft i til å starte med

forskningen, samt at forforståelsen kan bidra til et snevert syn på datamaterialet eller datainnsamlingen. I en forskningsprosess er det viktig at forskeren er bevisst på egen forforståelse, da dette påvirker hvordan forskeren forstår verden (Kvale et.al, 2009). Jeg er bevisst over at jeg bærer med meg ulike holdninger og erfaringer, både profesjonelt og personlig som har påvirket min fortolkning og meningsforklaringer. Forforståelsen handler om min egen historie og oppfatning av meg selv, som har betydning for mine forventninger og min oppmerksomhet. Med min faglige bakgrunn som sosionom, og med tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn- og unge, samt nesten ferdig master i psykisk helsearbeid så innehar jeg en teoretisk forståelse av tematikken. Videre har jeg praktisk erfaring via mine arbeidserfaringer. Disse erfaringene gir meg også en forforståelse av tematikken, og har påvirket både problemstilling og intervjuguide. Ifølge Langdridge (2016) kalles denne prosessen «Bracketing», hvor vi forsøker å frigjøre oss fra forutinntatte ideer som vi kan ha med oss om det emnet vi skal undersøke. Jeg er videre klar over at min erfaring fra barneverntjenesten gjør at jeg kanskje legger meg mer oppi og hvordan foreldreskapet bør utøves, da det er faser i en barnevernssak hvor barn gis en rettighet til å ha en samtale alene med fagpersonen, for å si noe om sin egen situasjon. Sett i lys av dette, har jeg forståelse for at helsesykepleierne trenger et samtykke fra foreldrene for å snakke alene med barnet. Jeg har hele denne prosessen forsøkt og være bevisst min egen forforståelse slik at spørsmålene som ble stilt kunne gi meg ny innsikt. Slik jeg anser det, har det vært positivt at jeg ikke hadde noen forkunnskaper om hverken sykepleiere, eller om helsesykepleiere. Jeg har kun personlig erfaring fra møter med helsesykepleier fra da mine egne barn var små og fulgte helsestasjonsprogrammet.

2.5 Forskningsetikk

Etiske problemstillinger er vesentlige for gjennomføring av en kvalitativ studie, og til det trengs det en bevisst holdning. Etiske overveielser og vurderinger har blitt gjort både i forkant og underveis i prosessen. Jeg stilte meg stadig spørsmål om studiens formål var viktig, og tilstrebet meg å etablere et tillitsforhold til informantene under intervjuet, med hvordan jeg blant annet stilte spørsmålene. Dette tok jeg med meg videre igjennom hele forskningsprosessen med tanke på hvordan jeg forstod og fortolket deres erfaringer. Johannessen, et.al.,(2010, s. 234 -235) hevder at forforståelsens prinsipp kan bli utfordret, da den vil kreve at man trekker paralleller mellom de sosiale verdier og normer opp mot de kulturelle oppfatningene i samfunnet, og at forskerne ikke forholder seg til en objektiv virkelighet, men til en virkelighet som allerede er blitt tolket. Når forskeren skal trekke slutninger ut fra datamaterialet er det viktig at dette gjøres

på en måte som ivaretar informantenes anonymitet (Malterud, 2011). Jeg oppgir derfor ikke i denne studien hvor informantene kommer fra, og jeg har tatt bort navn og stedsnavn slik at ikke personer eller situasjoner skal gjenkjennes. Videre har jeg etter beste evne forsøkt å være redelig med hensyn til hvilke slutninger jeg har tatt, og hvilke deler av det fullstendige materialet jeg velger og legge frem. Jeg har også forsøkt å være bevisst og ærlig i forhold til min egen subjektivitet i denne forskningsprosessen, da med tanke på egne forutantakelser som kan ha påvirket hvordan jeg har forholdt meg til datamaterialet. Opplysningene er behandlet konfidensielt, og opplysningene i det transkriberte materialet er anonymisert. Intervjuene inneholdt ingen personopplysninger. Lyddopptaker har vært innelåst i en skuff på mitt kontor, i tillegg til at kontordøren har vært låst. Min private datamaskin har et personlig passord og det er bare jeg som har tilgang til denne.

Når det gjelder min egen subjektivitet, var jeg bevisst på min rolle som saksbehandler i barneverntjenesten, samtidig som jeg gjorde det klart for deltakerne at jeg i denne sammenhengen var en masterstudent i psykisk helsearbeid. Jeg ønsket ikke at helsesykepleierne skulle få en opplevelse av at jeg var ute etter å finne feil i deres arbeidsmåte. Da med tanke på hvordan de identifiserte barn som pårørende og hvilken i oppfølgingen de gir, men at jeg ville belyse deres erfaringer for å kunne rette enda mer fokus på barn som pårørende, og hvordan helsesykepleierne jobbet i forhold til dette. Jeg har i prosessen forsøkt å være bevisst på at studien skulle ha en etisk standard, i forhold til reliabilitet og validitet.

2.5.1 Validitet og reliabilitet

Begrepet validitet, betyr innen forskning å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2011). Datamaterialet som er samlet inn, er representasjoner av den virkeligheten jeg har studert, og det er mitt ansvar å få dataene til å gjenspeile virkeligheten til de representeres (Johannessen et.al., 2010). En begrensning kan være at alle helsesykepleierne som deltok i studien meldte seg frivillig, dersom beslutningen om å delta kan knyttes til helsesykepleierne sine holdninger, for eksempel ved at bare de med mest positive holdninger til tematikken deltok. Reliabilitet knytter seg til påliteligheten og nøyaktigheten av det som undersøkes. I kvalitative undersøkelser omhandler dette måten data er samlet inn på og hvordan data bearbeides. Vil resultatene og konklusjonene som jeg har trukket være riktige? Det er ikke ofte man kan svare et tydelig ja, eller nei på om funnene er vesentlige. Det er viktigere og se på hva metoden og materialet forteller oss noe om. Jeg var ute etter helsesykepleierne sine subjektive erfaringer og opplevelser, og mener derfor at intervju var en velegnet metode. Ved å bruke enkeltintervjuer gir man deltakerne til å fortelle «fritt» om sine erfaringer. Hver enkelt av mine informanter

hadde ulike erfaringer, samtidig som de også hadde mange fellestrekk. Jeg mener at fremgangsmåten for innhenting av data i forhold til problemstilling er gjort på en slik måte at jeg kan forsvare troverdigheten av de innkomne data. Kanskje kunne jeg ha gjort fokusgruppeintervju, men siden jeg er *ny* i rollen som forsker, var jeg usikker på om jeg ville få med meg det hver enkelt deltaker formidlet under et slikt intervju. Mine informanter besvarte og beskrev sine egne erfaringer ut fra de spørsmålene jeg stilte. Jeg anser den informasjonen jeg har mottatt som gyldig og pålitelig, samtidig som jeg mener at den gjenspeiler virkeligheten av det fenomenet jeg ønsket å belyse. Informantene mine jobber i en mellomstor kommune som kan sammenlignes med mange andre mellomstore kommuner i Norge. Ledere i ulike kommuner, og politikerne, kan få en dypere innsikt og forståelse i hva helsesykepleierne mener de trenger for å kunne identifisere og følge opp barn som pårørende.

2.6 Analyse

Analyse er en prosess som allerede starter i utarbeidelsen av problemstillingen. Hensikten med analyse er å forene rå data og resultater, via systematisk bearbeiding, for å kunne besvare problemstillingen. I den kvalitative forskningen utforsker man individets forståelse og opplevelse igjennom verbale beskrivelser (Malterud, 2011). Mitt fokus har hele tiden vært på helsesykepleierne sine egne erfaringer i oppfølgingen av barn som har en eller to foreldre med en rus- og/eller psykisk lidelse. Jeg har etter beste evne systematisert helsesykepleierne sine erfaringer, uten å miste verdifull informasjon. Jeg har gjentatte ganger hørt på lydopptaket av hver enkelt informant, i tillegg til å lese igjennom det transkriberte materialet mange ganger, som var på totalt 85 sider. I første fase etter transkriberingen, forsøkte jeg å danne meg et helhetsinntrykk, først og fremst av datamaterialet, men også av meg selv som forsker. Deretter forsøkte jeg og å få tak i hva informantene hadde sagt-hva meningsinnholdet var, for å se om jeg kunne identifisere et mønster som jeg kunne sette fokus på. Dette ble til meningsbærende enheter, som jeg anså var relevante for studiens problemstilling. I overgangen mellom meningsbærende enhet og frem til kategorier, gjorde jeg først en fortolkning, som ble til kondensert mening. Deretter laget jeg sub-kategorier og til slutt hovedkategorier over det jeg mente var de viktigste temaene som gikk igjen. Altså, for å kunne videreformidle hva informantene sa på en forståelig måte, måtte datamaterialet deles opp og organiseres (Johannessen et.al., 2010). I utarbeidelsen av de ulike kategoriene har jeg forsøkt å forholde meg til temaer som fremstod som sentrale for deltakerne. Ifølge Johannessen et.al., (2010, s. 173-177) kan denne analysemetoden sammenlignes med en fenomenologisk analyse, og som består av flere steg. Målet var å sammenstille funnene slik at jeg kan belyse helsesykepleierne

siner erfaringer i oppfølging av barn som har en og/eller to forelder med en rus- og/eller psykisk lidelse. Av figur 2, Analyse, vises det et utdrag fra hvordan jeg har bearbeidet datamaterialet.

Meningsbærende enhet	Kondensert mening	Sub - kategori	Kategori
<p>“Hovedoppgavene mine er i dag å gjennomføre helsestasjonsprogrammet 0-5 år, det er hovedoppgavene mine, det er å gjennomføre det som er anbefalt for helsestasjonsprogrammet fra departement og institutt, i forhold til veileder. Det er konkrete oppgaver, og det er både skal oppgaver og anbefalte, og det er ulik grad hvilken styring, og føringer hvor sterkt det er anbefalt” (Informant 1, s. 1).</p>	<p>I de nasjonale faglige retningslinjer står det hvilke konkrete arbeidsoppgaver som skal utføres, der står det om det er <i>anbefalte</i> oppgaver eller om det er <i>skal</i> oppgaver.</p>	<p>Forholder seg til at jobben styres av lover og faglige retningslinjer.</p>	<p>Samfunnsoppdrag</p>
<p>«Jeg har magefølelse, den er blitt veldig sikker (...) det er en underlig greie det der, som man får med årene (...)» (Informant 6, s. 4).</p>	<p>Stoler på magefølelsen, som er blitt sikrere i tråd med erfaringene.</p>	<p>Intuisjon</p>	<p>Kompetanse</p>
<p>“(...) men da bruker jeg bestandig å spørre foreldrene først eller åpne opp med at de får lov til å fortelle om den siste tiden som har vært, sånn at de får lov å prate fritt og at de får spørre om ting dersom det er noe eller tenker at de har noe på hjerte, så er jo det det beste (...) (Informant 2, s. 2)</p>	<p>Møter foreldrene som et medmenneske og lar de få ta opp det som er viktigst for dem.</p>	<p>Skape tillit til foreldre og barn</p>	<p>Relasjon</p>
<p>“(...) jeg tror ikke jeg i min karriere har hørt fra voksenpsykiatrien, og fått opplysninger om at du har et barn på din skole som er barn som pårørende, så det er en gruppe som jeg føler faller mye utenom, og ja, kanskje via andre ting får vite at de er barn som pårørende da, så det er jo en kjempe sårbar gruppe da egentlig, fordi det er såpass lite informasjon ut ja” (Informant 4, s. 2)</p>	<p>Barn som pårørende er en sårbargruppe, andre helsetjenester vet om disse barna, men på grunn av lite eller manglende informasjon, får ikke helsesykepleier vite om barn som pårørende, og kan ikke gi tilpasset hjelp eller oppfølging. Det er tilfeldigheter som gjør at helsesykepleier får denne informasjonen.</p>	<p>Manglende informasjon</p>	<p>Alene vs. Fellesskap</p>

Figur 2; Utdrag fra analyse

3. Resultater

I denne delen presenteres hovedfunnene i studien. Ut fra det datamaterialet som forelå, var det fire kategoriene som utkrystalliserte seg. Disse kategoriene inkluderer flere sub-kategorier.

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

Tiltros for forskjeller, fant jeg allikevel noen fellestrekk. Kategoriene er alle nært knyttet sammen, men kan også ses isolert. Av figur 3; Helsesykepleierne sine erfaringer.

Sub-kategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none">- Forholder seg til at jobben styres av lover og retningslinjer- Interesse for faget- Myndighetsutøvelse- Lavterskeltilbud- Kunnskap om barns utvikling- Kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer	Samfunnsoppdrag
<ul style="list-style-type: none">- Intuisjon- Kompetanseløft; veiledning og/eller kurs	Kompetanse
<ul style="list-style-type: none">- Forsøker å komme i posisjon til barnet og/eller forelderen- Samarbeider med foreldrene til barnets beste- Skaper tillit til både foreldre og barn- Være en trygg voksen	Relasjon
<ul style="list-style-type: none">- Legger ansvaret på seg selv- Manglende informasjon fra andre- Godt samarbeid med foreldre og/eller andre- Kan lene seg på andre (fag, verktøy, lovverk)	Alene versus Fellesskap

Figur 3; Helsesykepleierne sine erfaringer

Alle sitater i den videre teksten er hentet fra det transkriberte materialet jeg satt igjen med. Jeg kommer til å avslutte hvert sitat og oppgir når i teksten uttalelsen er hentet fra, for eksempel; (Informant 1, s.1). Jeg bruker (...) for å markere at jeg har utelatt uttalelser midt i sitatet som ikke har vært relevant for tema. Videre bruker jeg [] for å tydeliggjør mine egne kommentarer, i tilfeller der jeg har funnet det nødvendig å forklare hva jeg mener informantene viser til i uttalelsen. Alt som er oppsummert er det som informantene fortalte, og som jeg har sammenfattet i stedet for å bare bruke direkte sitater. Jeg kommer også til å legge vekt på konkrete uttalelser fra informantene, samtidig som jeg kommer med egne refleksjoner rundt fenomener som berøres, sett i lys av en teoretisk forståelsesramme. Det er fire ulike kategorier, men de *snakker* til hverandre, slik at man trekke paralleller og sette dem sammen, samt drøfte dem opp mot hverandre.

Samfunnsoppdrag: Samfunnsoppdraget er en kategori som er knyttet til de forventningene omverdenen har til helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og de samfunnsoppgavene de selv ønsker å løse. *Forholder seg til at jobben styres av lovverk og faglige retningslinjer*, ble til en sub-kategori, da det var 5 av 6 informanter som oppgav at jobben de utøver, styres av lovverk

og faglige retningslinjer. Helseesykepleierne oppgir at de i møte med barn og familiene først og fremst skal lytte til hva barnet eller familien vil ta opp, samtidig som de ved hver konsultasjon har ulike anbefalte eller lovpålagte oppgaver de skal igjennom. *Interesse for faget*, ble til en sub-kategori, da alle mine deltakere meddelte på ulikt vis, at de enten ønske å jobbe med barn, hadde interesse for faget, eller at de ønsket å jobbe med forebygging. En nevnte at det var et kall, en annen sa at det var et valg som falt naturlig. *Myndighetsutøvelse* ble til en sub-kategori da dette ligger som naturlig del i den jobben helseesykepleierne utøver i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Helseesykepleierne oppgav at de brukte blant annet EPDS-skjema for å kartlegge mødres psykiske helse, og de mente at dette var et nyttig verktøy for å få fokus på temaet psykisk helse. *Lavterskeltilbud*, ble til en sub-kategori da informantene mine stadig refererte til at det var viktig å huske på at de var et lavterskeltilbud, og at det var frivillig og komme til dem. Helseesykepleierne hevdet at de i regi av sin virksomhet, skal viderebringe kunnskap til foreldrene som fremmer barns fysiske og psykiske helse. Videre opplyste helseesykepleierne om at de gav støtte og bekreftelse til foreldre, gjorde individuelle oppfølginger via hjemmebesøk, samt skulle bidra til utjevning av ulikheter i sosiale i helse. Informantene var tydelig på at jo tidligere en avdekker utfordringer, jo større sjanser har man for å snu de negative konsekvensene.

Kompetanse: Kompetanse refererer til den kunnskapen som helseesykepleierne må inneha for å kunne utøve sin jobb på helsestasjonen- og i skolehelsetjenesten. Helseesykepleierne var opptatt av at de skulle møte barn og foreldre med respekt, samtidig som de hadde kunnskap om barns utvikling. Det var flere av helseesykepleierne som beskrev at i møter med familier, kunne kjenne at noe ikke var som det skulle være. De kunne være ganske sikker på at det var noe, men visste ikke helt hva det var. En av helseesykepleierne som oppgir at hen stoler på magefølelsen, og flere nevner under intervjuene at de merket med en gang at «her er det noe». Derfor ble *intuisjon* en sub-kategori som sier noe om den umiddelbare forståelsen av en sammenheng. Helseesykepleieren må ha *kunnskap om barns utvikling*, for å kunne vite hva som er normal utvikling. De må videre kunne gjenkjenne avvik eller symptomer når ting ikke er slik det skal. Selv om helseesykepleierne ikke direkte brukte begrepet kunnskap om barns utvikling, gav de skildrende beskrivelser av hva de observerte og hvilke symptomer de så etter hos barnet. Slik kom det frem erfaringer som tilsa kunnskap om *risiko- og beskyttelse faktorer*, som ble en sub-kategori. Den siste sub-kategorien er *kompetanseløft; veiledning, og kurs*. Selv om det var flere informanter som oppga at de følte at de hadde tilstrekkelig med kunnskap, var samtlige informanter opptatt av at man stadig måtte oppdatere eksisterende kunnskap, samt få ny kunnskap om det som trengtes for at de skulle kunne gjøre jobben sin.

Relasjon: Alle helsesykepleierne snakket om det å komme i en relasjon til foreldrene, men også til barnet. De gav uttrykk for at dette var viktig, både når de skulle gi opplysninger for å forebygge, men også når de skulle gi råd og veiledning. Helsesykepleierne var videre opptatt av at relasjonen måtte være god, dersom barna eller foreldrene skulle tørre og ta opp det som var vanskelig for dem. Det å *skape tillitt til foreldre og barn*, ble derfor en sub-kategori. For å få tillitt til foreldrene og barna oppgav helsesykepleierne at det var viktig å *lytte til og samarbeide* med foreldrene. Helsesykepleierne som jobbet på helsestasjon var de naturlig nok, mest opptatt av å lytte til foreldrene, mens helsesykepleierne i skolehelsetjenesten var først og fremst opptatt av å lytte til hva barnet sa i samtalen. Helsesykepleierne i skolehelsetjenesten meddelte at dersom barnet fortalte noe som vekket uro, tok de alltid kontakt med foreldrene i etterkant av samtalen med barnet, slik at foreldrene kunne fortelle sin side av saken. Det fremkom som om helsesykepleierne var veldig opptatt av å *forsøke å komme i posisjon til foreldrene og barna*. Å komme i posisjon til foreldrene, ville være av betydning for om helsesykepleierne blant annet greide å få foreldrene til å forstå deres eventuelle uro/bekymring, eller barnets eller foreldrenes behov for hjelp. Å komme i posisjon til barnet, var ifølge helsesykepleierne også viktig, da det ville gjøre det enklere for barnet for å fortelle om det som var vanskelig. Dette gjaldt også med tanke på å komme i posisjon til foreldrene. Helsesykepleierne hevdet at det også ville ha noe å si for den videre oppfølgingen. Det var flere av deltakerne som fortalte at de fulgte opp barn som pårørende med støttesamtaler, både fordi disse barna trengte en *trygg voksen* å snakke med, og noen som kunne gi barnet god informasjon dersom de hadde kjennskap til foreldrenes rus- og/eller psykiske lidelse.

Alene versus Fellesskap: Helsesykepleierne oppga at de i regi av sin jobb, samarbeider med barnet, foreldrene eller andre samarbeidspartnere. Alle informantene fortalte på en eller annen måte om utfordringer knyttet til *manglende informasjon* enten fra foreldrene som kunne skyldes at foreldrene ikke våget å være åpne om egne problemer, eller fra andre tjenesteytere som kjente til foreldrenes problemer, men ikke informerte helsesykepleierne om dette. Ifølge helsesykepleierne forårsaket dette et utilfredsstillende samarbeid. Allikevel fremkommer det av dataene, at helsesykepleierne *legger ansvaret på seg selv*. Både når det gjelder egen kompetanse, eller hvordan relasjon til barn og foreldre blir. De påtar seg videre ansvaret for om de ikke avdekker et barn/familie i en sårbar situasjon. Helsesykepleierne fastholder at når de kommer i posisjon og har fått tillitt *samarbeider de med foreldrene*. Deltakere beskriver videre om gode erfaringer fra samarbeid med blant annet familietjenesten, og andre frivillige organisasjoner som har gode tilbud til barn/familier i vanskelige situasjoner. Helsesykepleierne

forteller om erfaringer der de stoler på sin egen fagkunnskap, og støtte fra kollegaer slik at de kan *lene seg på andre* (faget, verktøy, lovverk).

4. Diskusjon

4.1 Samfunnsoppdrag

Samfunnsoppdrag er en kategori som er knyttet til det samfunnsoppdraget helsesykepleierne har i regi av sin jobb: helsefremming og sykdomsforebygging. Her ligger det hva samfunnet og ekspertene mener å vite, samt hvordan helsesykepleier som medmenneske kan ivareta andre mennesket. Samtidig er kunnskapsgrunnlaget og metodene stadig i forandring, hvorpå helsesykepleierne må tilpasse seg disse. Forventingene til tjenesten endres også, ikke bare for de som skal utøve praksis, men også for de som skal benytte seg av tjenesten. For helsesykepleierne vil kanskje utfordringene ligge i hvordan de kan møte de ulike forventningene, og kombinere sin kunnskap og erfaring på en fornuftig måte i møter med barnet og deres foreldre, og samfunnet forøvrig.

4.1.1 Forholder seg til at jobben styres av lovverk og faglige retningslinjer

Arbeidsoppgavene som utøves av helsesykepleierne i helsestasjon- og skolehelsetjenesten styres av krav i lov eller ved forskrift (Helsedirektoratet, 2019). Et av helsestasjon- og skolehelsetjenesten samfunnsoppdrag er å følge opp alle barn i en kommune. Dette er en lovpålagt oppgave. Det var fem av helsesykepleierne som formidlet at det var vanskelig å skulle oppgi sin viktigste arbeidsoppgave, da de hadde mange viktige oppgaver. En helsesykepleier sa det slik, sitat;

«Ja, det er så vanskelig og ramse opp alt for det er så himla vidt og omfattende, vi er jo innom veldig mye (...).» (Informant 2, s. 1)

Det var noen av helsesykepleierne som spesifiserte noen av de mest konkrete arbeidsoppgavene sine, som omhandlet alt fra det ordinære helsestasjonsprogrammet, vaksinasjoner, vekstmålinger, helseopplysninger, individuelle samtaler med barn og foreldre, til tverrfaglig samarbeid med barnehage, skole og BUP også videre. Ifølge Helsedirektoratet (2019), fremkommer det at den nasjonale faglige retningslinjen har flere “sterke” anbefalinger, som blant annet helsestasjonsprogrammet. Helsesykepleierne var tydelig på at jobben deres styres av lovverk, og at oppgavene de utførte var i tråd med de faglige retningslinjene. Når de formidlet dette, fikk ikke intervjuer et inntrykk av hvorvidt de oppfattet dette som positivt eller negativt. Dette var bare noe de forholdt seg til. En deltaker sa det slik, sitat;

“Hovedoppgavene mine er i dag å gjennomføre helsestasjonsprogrammet 0-5 år, det er hovedoppgavene mine, det er å gjennomføre det som er anbefalt for helsestasjonsprogrammet fra

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

departement og institutt, i forhold til veileder. Det er konkrete oppgaver, og det er både skal oppgaver og anbefalte oppgaver, og det er ulik grad hvilken styring og føringer, hvor sterkt det er anbefalt” (Informant 1, s. 1).

“Så det er nesten litt opp til deg selv, i forhold til det som er anbefalt?” [Intervjuer]

“Nei, det er ikke opp til meg selv, det er opp til oss som tjeneste, vi bestemmer hva vi skal gjennomføre (...) min jobb er tydelig styrt av veiledere, det står ganske klart hva jeg skal gjøre, vi har tidsfrister på når vi skal ha utført ulike oppgaver” (Informant 1, s. 1)

Dette stemmer overens med det som står i nasjonale faglige retningslinjene for helsesøstertjenesten (Helsedirektoratet, 2019), og at styrken på anbefalingene avhenger av blant annet hvor stor nytte man har av et anbefalt tiltak sett opp mot de negative konsekvensene. Formuleringer som «skal» eller «må», er begrunnet ut fra gjeldende lov og forskrifter. Det står spesifisert at det ved sterke anbefalinger brukes «bør» eller «anbefales», og at det er riktig å følge anbefalingen. Ved svake anbefalinger brukes; «kan» eller «foreslås», noe som krever at helsesykepleierne må avgjøre hva som er best ut fra situasjonen (Helsedirektoratet, 2019, s. 428). Hvordan er det å jobbe ut fra en veileder som er så detaljert? Føles dette trygt for helsesykepleierne, og på hvilken måte kan helsesykepleierne bruke skjønn i sitt arbeide? Eller kan helsesykepleierne gjøre det som føles riktig ut fra situasjonen? Ifølge Dahl, Clancy & Andrews (2014) belyses helsesøsters dilemmaer i praksisfeltet hvor de må velge mellom å leve opp til de institusjonelle krav eller å være virkelighetsnære overfor sine brukere. I studien til Dahl & Clancy (2015) fant man at retningslinjene gir gode resultater, men at de også kan bidra til at helsesykepleierne blir mindre fleksible for å møte de individuelle behovene til brukere. Det var to av informantene som oppgav at deres viktigste oppgave var å følge barnets utvikling, og eventuelt skjevutvikling. Slik sa de det, sitater;

“(...) jeg tenker sånn i hovedtrekkene er at jeg skal passe på at barna vokser og utvikler seg slik de skal, at barna har det bra, og at familien har det bra (...)” (Informant 2, s.1).

“Det viktigste er å se barnets utvikling og skjevutvikling, hvis den er der, både fysisk og psykisk” (Informant 6, s. 1).

En annen helsesykepleier sa det slik, sitat;

“(...) ja, egentlig at som omfatter barnet da, både hjemme og på skolen” (Informant 4, s. 1)

Resultatene viser at helsesykepleierne har fokus på barnet, de følger med hvordan det utvikles både fysisk og psykisk, men er også opptatt av at barnet har det bra på andre arenaer det beveger seg på. I studien til Neumann (2009), viser hun til at helsesykepleier har sin primære utdanning i forhold til helse og sykdom, og at oppgavene som helsesykepleierne har et bredere fagområde enn de kanskje har kompetanse på. Det helsesykepleier ser og vurderer er knyttet til deres

erfaringer og referanserammer fra et levd liv. Dette sammenfaller med det Neumann (2009), viser til, når helsesykepleier på den ene siden via sitt eget moderskap møter familiene med annerkjennelse og empati, og med profesjonell kunnskap, erfaring og ansvar på den andre siden. Rammeverket som regulerer arbeidet er i stadig endring, hvor kravene til kompetanse og kunnskapsbasert praksis er økende (Norsk sykepleierforbund, 2017). Dette betyr at helsesykepleierne jobber i skjæringspunktet mellom samfunn, system og individ. Dette belyses også av Dahl (2016) som viser til at helsesøstertjenesten har endret form. Profesjonen som tidligere var forbundet med sykdomsforebyggende strategier, og arbeidsoppgavene var rettet mot kontroll og inspeksjonsoppgaver. I dag vektlegges det helsefremmende arbeidet, med fokus på styrking av egen livssituasjon gjennom mobilisering av egne krefter og ressurser. Videre synliggjør Dahl (2016), hvordan helsesykepleier bør balansere mellom rollene som ekspert og en tilrettelegger, og at forståelsen og praktiseringen av samfunnsmandatet kan påvirke profesjonens rolle og identitet, enten negativt eller positivt.

4.1.2 Interesse for faget

Hvorfor og hvordan velger man et yrke? Helsesykepleierne oppgav ulike grunner for at de valgte dette yrket, samtidig som motivene deres var like på ett vis. To av deltakerne gav uttrykk for at de ville jobbe med barn, hvorav den ene bestemte seg allerede etter praksis på grunnutdanningen i sykepleien, og den andre nevnte at det var et kall å jobbe med barn og unge. En annen sa at interessen for barn vokste frem etter noen år som akuttisykepleier i et akuttmottak, fortalte at hen hadde vurdert å reise utenlands og at en helsesykepleierutdanning ville være relevant. Det var to som sa det var tilfeldig, hvorav den ene nevnte at bacheloroppgaven på sykepleierstudiet omhandlet forebygging, og den andre nevnte at det var et valg som falt naturlig, selv om kanskje et familiemedlem hadde hatt en påvirkning. Deltakerne sa det slik, sitater;

"(...) og at jeg ville jobbe med barn selvfølgelig, det bestemte jeg med for tidlig (Informant, 1).

"(...) det var ikke noe jeg hadde som mål da jeg var nyutdannet sykepleier (...) også syntes jeg synes det var interessant å jobbe med barn (...) så fant jeg ut at helsesykepleier kanskje ikke hadde vært så dumt, ja, så ble det det" (Informant 2, s.1).

"Det er egentlig tilfeldigheter (...) skrev bachelor oppgave om forebygging, så jeg hadde egentlig tenkt den veien (...)" (Informant 3, s.1).

"Vanskelig å si, det var liksom et kall, jeg ville jobbe med barn og ungdommer" (Informant, 4, s.1).

«Ja, i utgangspunktet så hadde jeg egentlig tenkt på det i mange år (...) og når det ikke ble psykisk helse og rus (...), så ble det helsesøster (...)" (Informant 5, s.1).

"Nei, jeg skulle ikke bli det, men det var et valg som falt naturlig (...)" (Informant 6, s.1).

For å bli helsesykepleier må du lære å både tenke og opptre som en helsesykepleier. Dette er den eneste profesjon som har videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge (Norsk sykepleierforbund, 2017). Som tre av mine informanter tydelig oppgir, hadde de et ønske om å jobbe med barn og unge. Interessen fremstår som en motivasjon for helsesykepleierne for å utøve denne jobben. Gjennom helsesykepleierutdanning tilegner man seg noen fellesfaglige verdier, kunnskaper og ferdigheter, slik at man kan mestre denne rollen. Ifølge Skau (2008), stilles det særlige krav til kompetanse i arbeid med mennesker, og denne kompetansen inn i teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Skau mener dette er en forutsetning i alt relasjonelt arbeid. Hvem jeg er og hvem jeg kan være, kan også ha ses i lys av valg av yrke. Da yrkes rollen vår vil ha betydning for vår egen identitet og selvforståelse. Videre kan den personlige identiteten også kunne spores tilbake til profesjonelles identitet (Dahl & Clancy, 2015). I et relasjonelt yrke bør man være trygg og kjenne seg selv (Skau, 2017). Ifølge Lomell & Neumann (2017) belyser de hvordan de ulike profesjonsutøverne tillærer seg hvordan de skal se verden. Det illustreres ved at det vi *ser*, er formet av hva vi vet og hva vi tror, som er en selektiv handling; Når blikket rettes mot noe, utelukker vi noe annet. Samtidig belyses det for alle fagprofesjoner i kraft av sin utdanning utfører sin jobb, som reguleres av lov og regelverk.

4.1.4 Myndighetsutøvelse

Resultatene i studien viser at helsesykepleierne utøver sin jobb i spennet mellom makt og hjelp. Ifølge Skau (2017), vil profesjonelle hjelpere representere et offentlig makt- og kontroll apparat. Helsesykepleierne formidlet hvordan de jobbet for å kunne avdekke utfordringer både i forhold til barns utvikling, og samspillsproblematikk mellom barn og foresatte som på sikt kunne føre til omsorgssvikt. Helsesykepleierne beskrev hvordan de i regi av sitt samfunnsoppdrag måtte gjøre vurderinger knyttet til risiko. Dersom de oppdaget skjevutvikling, måtte de vurdere om det kunne være sykdom eller skade hos barnet. Deretter gjorde de en vurdering ut fra de foreliggende funn. Dette sammenfaller med studien til Nilsen, Litland & Hjälmhult (2014), som viser til helsesykepleierne i regi av sitt yrke, bidrar til gode data til både forskning og helseovervåkning. Helsestasjon- og skolehelsetjenestene har ansvar for å fremme helse, forebygge sykdom og utjevne helseforskjeller. På helsestasjonen utøves det allmenne forebyggingstiltak som svangerskapskontroll og vaksinasjonsprogram, samtidig som de også er blitt mer individfokuserte (Helsedirektoratet, 2019). Deltakerne som jobbet i helsestasjonen fortalte at alle mødrene de møter blir scoret for depresjon i svangerskapet av jordmor, og at de tok dette opp ved hjemmebesøk rett etter fødsel. Det var flere av helsesykepleierne som oppgav

EPDS-skjemaet, som et godt verktøy for å kartlegge mors psykiske helse. En deltaker sa det slik, sitat;

«Ja, det er et verktøy, et veldig godt verktøy i forhold til mors psykiske helse» (Informant 1, s.10)

Hvor trist må du være før det defineres av et skjema at man er deprimert? Helsesykepleierne oppgir at de ulike kartleggingsverktøyene er gode hjelpemidler for å kunne avdekke avvik, dette bidrar til trygghet for den enkelte helsesykepleier, men dette bidrar til at de mister tid til å bruke sitt kliniske skjønn (Nilsen et.al., 2014). Det fremkommer videre av mine informanter, at de mente at EPDS skjemaet var et viktig verktøy, som de kunne bruke både for å få kartlagt mors psykiske helse med, samtidig som det bidro til å sette fokus på temaet. En deltaker sa det slik, sitat;

“Ja, det er stort fokus på det, særlig etter at kommunen startet med EPDS screening av depresjon, det trenger ikke være depresjon hos mor, men det kan være en nedstemthet, slitenhet og det tenker jeg er første bud, for da får vi fokus med en gang på psykisk helse (...)” (Informant 6, s. 4)

Helsesykepleier viser her at hen har en god forståelse for at ikke alt trenger og være en sykdom, men at noen ganger kan man kjenne seg sliten. Hvorfor er det slik at vi alltid trenger å sette en merkelapp på mennesker som sliter? Samfunnet har en forestilling om mellom det å være syk eller frisk. Begrepet medikalisering, handler om vårt behov for å kunne forklare livsutfordringer til mennesker (Bondevik, Madsen & Solbrække, 2017). Neumann (2009) belyser møter mellom profesjon og individ knyttet til hva som er normalt og hva er avvik. I studien til Andenes (2019) tar hun opp at EPDS-skjemaet legitimerer at helsesykepleier kan ta opp og snakke om psykisk helse til kvinner, som en del av forebyggende arbeidet av barselsdepresjon. Dette kan åpne for gode refleksjoner, samtidig som det kan skape avstand. Kvinnene i studien til Andenes ønsket først og fremst forståelse, ikke råd og veiledning. Andenes tar videre også opp at man må være klar over at EPDS-skjemaet kan ha for mange «falske positive» skåringen, og at det er normalt når man blir foreldre, at livet kan oppleves som kaos; Man blir usikker og får bekymringer. Dette kommer også frem av mine informanter, som sa det slik;

“Vi har hatt ganske mye fokus på psykisk helse de siste årene, så det er et gjennomgående tema, spesielt den første tiden er det mye snakk om det, det er jo i svangerskapet da, men også på hjemmebesøk (...) men det er absolutt et tema hele veien egentlig, og når de er på seks ukers kontroll, så gjør vi ny EPDS scoring av mor (...) vi burde spørre far om akkurat det samme(...) jeg synes det er kjempeviktig at far ikke blir glemt (...) det er ikke bare mor som kan bli deprimert, det kan far også bli (...) når man blir foreldre selv, kan det dukke opp ting fra egen barndom(...) vanskelig når det forventes at man skal være lykkelig når man er blitt foreldre, det er jo det omverden vil høre (...) jeg tror vi kunne ha vært enda flinkere til å snakke om rus, men det blir n sånn avveining fordi det er veldig mange ting man skal innom, men vi har på noen faste konsultasjoner noen punkter som heter rus, blant annet når barnet er 15

måneder, da deler vi ut en slik brosjyre og snakker litt rundt det da (...) det er ikke alltid vi rekker å prate om det hver gang, sånn er det bare” (Informant 2, s. 9-11)

I studien til Galvin, Ellefsen & Erdal (2010) ble det undersøkt hvordan helsesykepleierne avdekket fødselsdepresjon av mor med EPDS-skjema, hvor det i studien belyses at helsesykepleierne opplevde det som positivt dersom far var hjemme når de gjorde EPDS skåring av mor. Det var viktig at far fikk en forståelse for morssituasjonen, da partnerstøtte er en beskyttende faktor når man møter livskriser. Studien konkluderer med at helsesykepleierne må ha tid til å støtte foreldrene, og da ville belastningen for å utsettes for EPDS-skåring være verdt det. Når helsesykepleiere skal vurdere hva de skal bruke tid på, enten de velger instrumentell konsultasjon, eller empatiske konsultasjoner, så vil man alltid kunne si at det ene kan gå ut over det andre (Dahl, et.al., 2014). Regjeringen har store forventninger til ulike kartleggingsverktøy, og i studien til Nilsen et al., (2014) har de sett på hvordan arbeidet i skolehelsetjenesten påvirkes av de faktorer som er knyttet til kartleggingsverktøy. I studien belyses det hvordan helsesykepleierne måtte gjøre avveieringer mellom det å følge systemet og fokusere på kartleggingsverktøyet, eller bruke sin egen fagkompetanse og tilpasse kartleggingsverktøyet til eleven. Deltakerne i denne studien fortalte at når barn begynner på skolen, gjennomfører skolehelsetjenesten en skolestartsamtale hvor foreldrene på forhånd fyller ut et skjema. Ifølge helsesykepleierne er det frivillig hva foreldrene ønsker å dele. En deltaker sa det slik, sitat;

“(...) vi har jo et helseopplysningskjema som de leverer inn på skolestartsamtaalen, men det er frivillig hva man har lyst å dele på det, så ja, det avhenger av hva de ønsker å formidle rett og slett (...)” (Informant 4, s. 5)

Andenes (2019) finner også i sin studie at helsesykepleierne ikke alltid klarer å avdekke utfordringer, da de er avhengige av at foreldrene svarer ærlig. I samfunnsoppdraget ligger det en forventning til at helsesykepleierne skal kunne avdekke mange risikoforhold i forhold til barns oppvekstsituasjon. Det fremstår som noe uklart om helsesykepleierne tar opp temaer som rus og psykiske lidelser dersom ikke foreldrene selv tar dette opp, eller om dette kun er et tema når noe kommer frem av de ulike kartleggingsverktøyene de har. Flere av informantene mine oppgav at når de viste filmen fra Stine Sofie-stiftelsens foreldrepakke, hadde de en naturlig inngangsport til å ta opp de negative foreldrefølelsene som kan utløses av barnegråt. Helsesykepleierne fortalte at målet er å styrke foreldrene, og for å forebygge at spedbarnet utsettes for vold. En deltaker sa det slik, sitat;

«(...) ja, nå har vi et hjelpemiddel som gjør det mye enklere og stille disse spørsmålene, tidligere forsøkte vi på en knotete måte og ta det opp (...)» (Informant 1, s. 11).

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

Resultatet viser at helsesykepleierne mener at de ulike *verktøyene* bidro som et hjelpemiddel for å sette samtalen inn i en kontekst hvor det oppleves som mer naturlig å snakke om et vanskelig tema. Dette fremkommer også i studien til Nilsen et al., (2014) og Galvin et al., (2010) om bruk av kartleggingsverktøy. Helsesykepleierne beskrev hvordan de fulgte opp eventuelle funn og iverksatte nødvendige tiltak. Det fremkommer av datamaterialet at helsesykepleierne hadde i tankene at foreldrenes lidelse kunne bli underrapportert, og beskrev hvorfor de trodde det ble slik. Deltaker sa det slik, sitat;

“Hm, det er jo litt vanskelig fordi man treffer ofte foreldrene en så kort tid, hvis det er et møte og slike ting, så man er jo avhengig av familien eller foreldrene er åpne, gi de tid og ro til å faktisk fortelle (...) det er ikke så lett å se det (...) Det er når man legger sammen disse brikkene, noe fra barna, noe fra lærerne, noe fra oss, så kanskje man finner ut at her er det en familie som trenger hjelp” (Informant 3, s. 4)

“Det tror jeg kanskje, nei altså, det kan det være mange årsaker til, men jeg kan jo bare gå til meg selv for det har noe med det at når jeg er i skolen sant, så ofte snakker jeg med kontakt lærer det gjør jeg i forhold til det, også kan jeg snakke med rektor da, og det kan jo være at dem har et annet synspunkt på det (...)” (Informant 5, s. 14)

Dette sammenfaller med det Killén (2012) viser til, når hjelperne møter mostand i forhold til bekymring. En annen helsesykepleier sa det slik, sitat:

«Ja, det tror jeg (...) om det er underrapportering, det vet jeg ikke, men de er redde for oss, hvis de føler at ting er vanskelig, så tørr de ikke å si alt, og da er det ikke bare for oss å få det frem heller (...)» (Informant 6, s. 9).

Helsesykepleier har en autoritet i kraft av sitt yrke, der hen besitter en kunnskap om barn. Er det slik at foreldre bør lytte til og forholde seg til denne kunnskapen? Hva vil det si og adlyde en autoritet? Det er en tradisjon at helsesykepleiere besitter en overlegen innsikt om hva som er til barnets beste. Men er det slik at fagkunnskap alltid pålitelig? Kan det tenkes at vi også må være åpne for at et overdrevent fokus på risiko også kan være skadelig? En deltaker sa det slik, sitat;

“(...) vi er veldig opptatt av den fysiske og psykiske helsen til barnet da, ja” (Informant 5, s. 4).

4.1.3 Lavterskel tilbud

Helsesøstertjenesten skal i regi av sitt folkehelsearbeid først og fremst styrke de som bidrar til bedre helse, ved å til rette legge for gode opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet og respekt. Videre skal de drive med opplysningsvirksomhet og forebyggende helsearbeid (Helsedirektoratet, 2019). Hva betyr egentlig at helsestasjonen er et lavterskeltilbud? Ifølge den nasjonale veilederen for helsestasjonen- og skolehelsetjenesten (2019) skal et lavterskeltilbud gi tidlig hjelp, utredning og oppfølging. Hensikten er at et

lavterskeltilbud skal forhindre at problemer vedvarer, eller videreutvikles. Videre skal tilbudet skal være gratis, og åpningstiden tilpasset brukerne (Helsedirektoratet, 2019). Helsestasjonen er et lavterskeltilbud der alle kan komme og ta kontakt, uten henvisning. Det var flere av helsesykepleierne som gjentok i intervjuet at det er frivillig og komme dit. En deltaker sa det slik, sitat;

«(...) vi må få etablert et samarbeid, og helsestasjon er frivillig, det er viktig å huske på» (Informant 1, s.14)

En annen helsesykepleier sa det slik;

“Ja, det er litt forskjellig, vi er på en måte en start, vi skal jo være et lavterskeltilbud og vi er førstelinja, også kan de kommet til oss for å ha en samtale (...)” (Informant 3, s. 2)

Helsesykepleierne viste til at de skal gi veiledning til foresatte for riktige holdninger og handlinger for å sikre god barnehelse, og forhindre dårlig helse og sykdom (Neumann, 2009). Som helsesykepleier er man en sentral aktør i kommunens folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Dette er en del av samfunnets totale innsats for fremme god helse i befolkningen. I de nasjonale føringer og ulike rapporter, fremkommer det at helsesykepleier ser nesten alle barn, og at de har en unik mulighet til å identifisere barn i risiko (Helsedirektoratet, 2019). En deltaker sa det slik, sitat;

«(...)altså, vi møter jo i tjenesten 100 % av barna i en kommune da, så vi har en gylden mulighet til å se alle og til å komme inn tidlig hvis det er noe da(...)» (Informant 2, s. 2)

Alle helsesykepleierne fremstod som engasjerte og interesserte i jobben, de var opptatt at å støtte både foreldre og barn. I studien til Litland & Rommetveit, (2018), fremkommer det at tjenesten skal ha et friskfokus, hvor barn får et tilbud om helseopplysning og veiledning, samtidig som helsesykepleierne skal ha fokus på barn i risiko. Dette betyr at når du kommer frivillig til helsestasjonen, møter du en helsesykepleier som i regi av sin rolle har en tilsynsmyndighet. En helsesykepleier sa det slik, sitat;

«Eh, altså, når det er snakk om omsorgssvikt, så er det ikke i tvil hva jeg gjør, da går det en bekymringsmelding til barnevernet, men i noen situasjoner som foreldrehelseproblemer, så kan jeg ikke gjøre noe annet enn å oppfordre dem til å ta kontakt med fastlegen (...)de kommer til oss bare fordi de har lyst(...) jeg har ingen middel for å kunne bruke tvang» (Informant 1, s. 14).

Ifølge FN's barnekonvensjon artikkel nr. 24 har alle barn en rett til et godt helsetilbud. Artikkel 3 sier at voksne skal gjøre det som er best for barn. Som sagt tidligere, helsestasjonen er frivillig, og foreldrene kan da i utgangspunktet bestemme at de ikke ønsker at barnet skal til helsestasjonen om de mener at dette er til barnets beste. Kan det tenkes at helsesykepleierne

opplever dette som et etisk dilemma, både i forhold til hva som ligger i samfunnsoppdraget, den fagkompetansen som hen besitter og respekten for foreldrenes valg og integritet? Andre fagtjenester som barneverntjenesten har i regi av lovverket mulighet til å påpeke og være kritiske til foreldrenes valg dersom man anser at det ikke er til barnets beste. Og som foreldre kan det oppleves som invaderende i deres privatsfære. Helseesykepleieren sitt velmente råd til foreldrene kan nok også noen ganger oppfattes som innvandrende ved at man innehar en ekspertrolle og skal gi foreldrene informasjon om hva som er best for barnet og familien (Neumann, 2009). Helseesykepleierne skal styrke den generelle folkehelsen, og man kan vel si at det er glidende overganger mellom det å være frisk og det å bli syk. Hvordan er det når foreldrene ikke har samme oppfatning om helse og sykdommer som helseesykepleier? Hvordan følger helseesykepleierne opp sine forpliktelser til samfunnet? Helseesykepleierne velmente råd, kan oppfattes som moraliserende. Helseesykepleier har forpliktelser til samfunnet for hvilken oppfatning det skal være omkring helse og sykdommer. Hvordan hjelpe, og ikke øke hjelpeløshet? Hvordan unngå skade? Det var flere av informantene som var opptatt at de var et lavterskeltilbud. En helseesykepleier sa det slik, sitat;

“(...) altså, vi er et lavterskeltilbud, og hvis det er noe vi anser som en utfordring skal vi henvise videre slik at de får riktig hjelp, vi skal ikke drive behandling, vi ser jo hvis det kanskje er noe som skurrer litt (...)” (Informant 4, s. 5).

Et lavterskeltilbud skal altså ikke drive med behandling, de skal gi råd og veiledning og henvise videre til aktuelle tjenester. Dette belyses også av Mahoney (2010). Det er god forebygging å bidra til at foreldrene settes i stand til å gi barna den nødvendige oppmerksomhet og omsorg de trenger. Helseesykepleierne var opptatt av det å gi helseinformasjon ut og samarbeide. Et annet viktig tema er hvem som *eier* ansvaret for det forebyggende arbeidet. Er det helseesykepleierne, lederen i helsesøstertjenesten, ledelsen i kommunen, eller er det politikerne?

4.2 Kompetanse

Skau (2017) fremstiller kompetanse begrepet i sammenheng med å være skikket eller kvalifiser til det man gjør og at det er en sammensatt helhet. En samlet profesjonell kompetanse omfavner, teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse, hvor vi må bruke alle kunnskapene våre samtidig, i samspill med de vi skal “hjelpe”. Ifølge Dahl et.al., (2014) bygger helseesykepleierne sitt kunnskapsgrunnlag innenfor områder som medisin, sykepleie, psykologi, pedagogikk og sosiologi.

4.2.1 Intuisjon

I tillegg til lovverk og faglige retningslinjer, viser resultatene at helsesykepleierne forholder seg til sin egen intuisjon. I denne sammenheng kan dette knyttes til en situasjonskunnskap, hvor helsesykepleierne får en umiddelbar forståelse av en sammenheng. Det var flere av helsesykepleierne som sa at de forstod at her er det noe, men de visste ikke hva. En deltaker sa det slik, sitat;

«Jeg har magefølelse, den er blitt veldig sikker (...) det er en underlig greie det der, som man får med årene (...)» (Informant 6, s. 4).

Dersom helsesykepleierne har skal følge magefølelsen, vil det kreves et visst mot. Hva om denne følelsen ikke er riktig? Eller hva om den er riktig? Resultatene fra denne studien viser at deltakere alltid forsøker å ha en dialog med foreldrene om hva årsaken kan være, når de mistenker at noe ikke stemmer. Det var i denne undringen, sammen med foreldrene, at svarene de fikk fra foreldrene ville gi helsesykepleierne videre indikasjon om det var behov for å undersøke barnas situasjon nærmere, og hva de eventuelt måtte gjøre. Noen ganger fremkom det at helsesykepleier måtte ta hurtige avgjørelse, basert på den kunnskapen og de erfaringer som hen besitter. En deltaker sa det slik, sitat;

«(...)noen ganger flaks, og noen ganger bare raske avgjørelser på å tenke, at nå er magefølelsen der, nå må man sette inn når man aner at det er noe (...)» (Informant 6, s. 8).

Dette belyses også i studien til Dahl et al., (2014), som de kaller de verdi ladede møter. Dette handler om ulike dilemmaer som helsesykepleier står ovenfor og må ta snarrådige valg. Helsesykepleierne oppgav at de hadde et «felles blikk» hvorpå de alltid spurte foreldrene dersom de hadde uro vedrørende et barns helse, trivsel eller livssituasjon. En deltaker sa det slik, sitat;

«(...) vi danner oss et bilde, det kliniske blikket, så blir man ledet i hvordan spørsmål man skal stille, hvor man skal pirke også begynner man jo og ane noe, også følges dette opp» (Informant 1, s. 6)

En annen deltaker sa det slik;

«Jeg tenker jo at vi har et felles blikk for det, så vi har det jo med oss hele tiden, det er jo ikke slik at vi sitter og leter etter feil og mangler(...)» (Informant 2, s. 7).

Tidligere forskning (Dahl et.al., 2014; Dahl & Clancy, 2016) gir oss en rekke eksempler på at erfaring er viktig for utvikling av praktiskdømmekraft/skjønn i sammenheng til vår teoretisk kunnskap. Dagens helsesykepleiere skal ta vare på barn og foreldre, dersom helsesykepleier vurderer at et barn kan være i risiko skal hen henvise videre. Dette kommer også frem i studien

til Mahoney (2010). Helseesykepleierne i min studie oppgav at de kunne drøfte uroen de fikk både med kollegaer, lederen sin, læreren for den aktuelle eleven også rektor ved skolen.

4.2.2 Kunnskap om barns utvikling

Helseesykepleierne skal i regi av sitt samfunnsoppdrag undersøke om barnet har en normal utvikling. Hva er normalitet? En deltaker sa det slik, sitat;

“hm, man ser jo etter barn som gir uttrykk for at de har det vanskelig, om det er atferd, eller som oftest vises det kanskje i atferd, enten ved at de blir urolige eller trekker seg tilbake, vanskelig med sosiale relasjoner” (Informant 3, s. 3).

En annen helseesykepleier sa det slik, sitat;

“(…) jeg kan jo se at barna er urolige(…) Det jeg kan si, er at det er jo usikkerhet, at de ikke snakker, det at de er tause, det at de ikke smiler (…)” (Informant 6, s. 3).

Helseesykepleieren skal i konsultasjon, veilede foreldrene i spørsmål om helse, følge barnets utvikling, undersøke barnet, gi vaksine også videre. Alt dette skal gjøres for å sikre at barnet barn i risiko identifiseres. En deltaker sa det slik, sitat;

«(…) stort sett er det aktive barn som jeg egentlig skulle ha ønsket å sett fra veiingen av, for her er det sekretæren som veier, i min forrige jobb gjorde vi det selv, og da så jeg så mye mer, jeg kunne prate mye mer, fikk se babyen naken, nå kommer de til meg påkledd (…))» (Informant 6, s. 1).

I rapporten: «Du tror det ikke før du ser det» (Departementene, 2013, s.11), vises det til at barn har ulike måter og tilpasse seg omsorgssvikten på. Enten det er ved å vise utagerende atferd som blir veldig synlig, eller om barnet blir overdrevent tilpasningsdyktig. Helsestasjonen oppfordres til å ta denne kunnskapen i bruk. Som resultatene viser, gjør helseesykepleierne i denne studien det.

4.2.3 Kunnskap om risiko og beskyttelsesfaktorer

Lomell & Neumann (2017) belyser en side ved det bekymrede blikket hos helseesykepleierne, når kunnskap og forventninger ikke samsvarer med forståelsen normal utvikling, og blir dermed forstått som avvikende. Samtidig forklarer de at det ikke er sikkert helseesykepleierne gjør noe med sin bekymring, men at den flyttes frem og tilbake mellom normalitet og avviksteorier. Helseesykepleier sine videre vurderinger, er igjen forbundet med helsesøstertjenesten sine handlingsbetingelser. Her ligger frivillighet til å benytte seg av helsestasjon, samt at helseesykepleierne er redde for at barna og/eller foreldrene ikke kommer til å fortsette å benytte seg av tilbudet. Hva vil det si å bli en forelder? Det var flere av mine informanter som nevnte de negative foreldrefølelsene, og at disse var viktige å snakke med foreldrene om. En deltaker sa det slik, sitat;

«At det å være forelder omhandler følelser som sinne, fortvilelse, frustrasjon, altså, når spedbarnet gråter og gråter, så gjør det noe med følelsene dine(…))» (Informant 1, s.11).

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

Helsesykepleierne nevnte utsatte grupper, som gjør de mer sårbare og er gjerne mer belastet.

En helsesykepleier sa det slik, sitat;

«Altså, nå vet vi at rusforeldre, foreldre som ruser seg, de skjerper seg veldig når de kommer til helsestasjonen, så det kjenner vi til at foreldre har så store rusproblemer, men akkurat når de kommer på helsestasjonen er de ikke ruset, eller så godt ruset eller medisinerert at det ikke er symptomer (...))» (Informant 1, s. 12).

Helsesykepleierne hadde fokus på barn i risikofamilier, men opplevde det vanskelig. En deltaker sa det slik, sitat;

“Kanskje litt for lite, det er jo altså barn i risikofamilier, man er jo ikke sammen med barna i det daglige og man får jo på en måte ikke sett dem, kanskje vet man det, men kanskje ligger det bare bak i hodet også får man ikke gjort noe i det hele tatt fordi det er ingen som tar kontakt, så jeg synes kanskje det er litt for lite vektlagt (...)” (Informant 3, s. 4).

En deltaker sa det slik;

“Det er ikke bestandig vi vet, skolen vet veldig mye, ja sant, det er noe med det, mange ganger vet ikke vi at dette er barn i risiko” (Informant 5, s. 7)

En annen helsesykepleier sa det slik, sitat;

“(…) vi vet jo at barndommen varer i generasjoner, eller at oppdragelse varer i generasjoner, og at det handler om at selv hvor mye foreldre ønsker å stoppe det som de forstår er feil, så klarer de det ikke alene, mange må ha hjelp” (Informant 6, s. 3)

Hvordan påvirkes våre tidligere erfaringer når vi blir foreldre? Når vi har manglende erfaringer med gode rollemodeller, er det kanskje ikke så enkelt å vite hvordan man skal være gode foreldre. En helsesykepleier sa det slik, sitat;

«(...)Barn med psykisk syke foreldre, barn der foreldrene har opplevd stor sorg, der barnet blir en omsorgsperson for ofte for disse foreldrene(..)og ofte kan det bli slik at barn tar på seg mer ansvar enn de skal» (Informant 6, s. 2).

Helsesykepleierne nevnte barn som kunne være i risiko på mange måter, en deltaker sa det slik, sitat;

«(...)alle tror at vold bare omhandler fysisk vold, men at krangling mellom foreldre er noe babyer også oppfatter, og at det får vi sagt noe om, og det synes jeg er bra(...))» (Informant 6, s. 4).

I studien til Mahoney (2010) belyses helsesykepleiers rolle, som skal identifisere barn som er i risiko forbundet til foreldrenes lidelse, og at helsesykepleier må vurdere og henvise foreldrene til egnede tjenester. Slik kan helsesykepleier støtte barnet og gjøre situasjonen bedre. Helsesykepleier kan også gjennom sitt virke i skolen gi generell informasjon om psykiske lidelser, som kan ses på som en beskyttelsesfaktor for de barna som lever med en psykisk lidelse.

4.2.4 Kompetanseløft; veiledning/og eller kurs

Helsestasjonen- og skolehelsetjenesten bør ses i et innovasjons perspektiv (Dahl og Clancy, 2015). Helsepsykepleierne har fått flere og utvidede oppgaver siden 2010 (Norsk sykepleierforbund, 2017). Resultatene viser at helsepsykepleierne må bruke seg selv, både faglig og personlig. Helsepsykepleierne fremstilte at de opplevde og ha tilstrekkelig med kompetanse, for å avdekke psykisk uhelse hos foreldrene, samtidig som de var tydelig på at kunnskapen måtte stadig fornyes, reflekteres og bearbeides. En deltaker sa det slik, sitat;

“(...) ja, jeg synes jeg har nok kompetanse, men jeg må hele tiden utvikles, og arbeides med, den kompetansen den er ikke ferskvare, men den må hele tiden diskuteres og reflekteres rundt og oppdateres, ellers blir den ikke god. For det der å lene seg tilbake og tro at man har god nok kompetanse, det har jeg liten tro på” (Informant 1, s. 8).

En annen deltaker sa det slik, sitat;

“Jeg tror aldri vi blir utlært på slike ting, så jeg vil ikke si at jeg har nok kunnskap til det” (Informant 4, s. 4)

Et slikt utsagn, kan forklares ut fra helsepsykepleierne sin yrkes erfaring, eller at hen har en bevisst holdning til at kunnskaps feltet stadig avdekker kunnskapshull som må utforskes. For å kunne avdekke om foresatte sliter med sin psykiske helse, var det en deltaker som sa det slik, sitat;

“Jeg vet ikke, altså jeg tenker om da må vi snakke om det, fordi det er jo slik at vi skal jo egentlig snakke om det før barnet er født, og at det faktisk må videreføres (...)” (Informant 5, s.8).

Hva handler dette utsagnet om? Jordmor og helsepsykepleier skal snakke med mor om psykisk helse i svangerskapet og ved første hjemmebesøk etter fødsel. I skolehelsetjenesten har de ved skoleoppstart et helseskjema, og som ifølge deltakerne er man avhengig av hva foreldrene selv velger å fortelle. Er det slik at helsepsykepleierne bare forholder seg til hva som kom frem, og at de ikke anser det som sin jobb og spørre dersom det ikke fremkommer av et skjema at foreldrene har utfordringer? Eller kan dette handle om erfaring. En annen deltaker sa det slik om sin egen kunnskap, sitat:

“Jeg tror det, når man har lang erfaring så får man et klinisk blikk på ting, så akkurat nå tror jeg at jeg har nok, jeg synes det er godt å få oppdatert sin kunnskap (...) fordi vi blir aldri utlært, det er små detaljer” (Informant 6, s. 4).

En av helsepsykepleierne la vekt på at dersom hen skulle bli bedre på og kartlegge barn i risiko, måtte noen belyse at de på helsestasjonen- og skoletjenesten stadig har fått flere komplekse oppgaver, og som det forventes at de skal mestre. Deltakeren sa det slik, sitat;

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

“(...) for at jeg skal få bedre kompetanse på det, så tror jeg det avhenger at noen kan videre bringe, at vi får lov til å dra på kurs, får være observatør her, eller på barnehuset og at vi får være med på de plassene der de er bedre skolerte til det (...)” (Informant 4, s.5).

Dersom helsesykepleierne skal mestre å utføre jobben med god kvalitet, kreves det at de får ressurser både fra kommunalt og nasjonalt nivå. Det er lede i helsestasjon- og skolehelsetjenesten som har ansvaret for at helsesykepleierne har det kompetansen de trenger for å utøve sin jobb (Helsedirektoratet, 2019). En av helsesykepleierne oppgav at hen arbeidet bare 50 % i skolehelsetjenesten og at hen hadde en annen rolle i forhold til nye bosatte flyktninger. Denne Helsesykepleieren hadde erfaringer med at våre nye landsmenn kunne ha trengt veiledning i forhold til det å være ny i Norge og at dette med barneoppdragelse kan og er en utfordring når kulturer møtes. Deltakeren sa det slik, sitat;

“(...) men så har jeg ikke denne veiledningskompetansen som jeg ønsker å få (...) men, jeg driver en slags veiledning, men ikke egentlig, skulle ønske at jeg hadde fått en ICDP utdanning som er tilrettelagt for flyktninger og fremmedspråklige, så det håper jeg at vi får implementert i kommunen (...)” (Informant 5, s. 2).

I studien til Dahl & Clancy (2015), var studiens formål og belyse betydningen av helsesykepleierne sin kunnskap i et helsevesen som kontinuerlig er i forandring. Sett i lys av samfunnsoppdraget, vil utdanningssituasjonene ha et ansvar for å tilpasse den teoretiske kunnskapen til hva helsesykepleierne må kunne for å utføre jobben på bestilling fra samfunnet. Grønvik, Ulvund & Bjørkly (2018), viser til at videreutdanning bidro til at sykepleiere i større grad styrket sin positive holdning til å jobbe kunnskapsbasert og fikk tiltro til nytteverdien av å arbeide kunnskapsbasert, noe som samsvarer med myndighetenes forventninger til helsetjenestene.

4.3 Relasjon

Den danske filosofen og teologen Søren Kirkegaard (1813-1845) hevder at kunsten i å hjelpe andre, er å møte den andre der den er, og begynne der. Helsesykepleierne jobber i et relasjonelt yrke, hvor de skal gi råd, veiledning og undervisning (Norsk sykepleierforbund, 2017). Dette krever at de først og fremst må lytte, spørre og kunne formidle det de ser og kan på en god og forståelig måte. I følge Litland & Rommetveit (2018), fremkommer det at utvikling av relasjonskompetansen er en prosess som tar tid. Studien belyser at helsesykepleier må fremstå som pålitelig, være oppmerksom og vise respekt i samtalen, dette for å kunne oppnå tillit. Resultatene viser at helsesykepleierne er opptatt av relasjonen, og at denne var avgjørende for hvordan den videre oppfølgingen skulle bli. En deltaker sa det slik, sitat;

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

«(...) det handler om å kunne komme i en god relasjon, og det å møte familien, og det å få dem til å forstå, få tillitt og tørre å ta opp ting tidlig» (Informant 1, s. 6).

Dette poengteres også i rapporten «Du tror det ikke før du ser det» (Departementene, 2013, s. 12) at uansett tilnærming, er relasjonen det viktigste i forebyggende arbeid med barn og foreldre. Refleksjon: I etterkant av intervjuene, satt jeg med et positivt inntrykk av at alle informantene fremstod som varme, vennlige og imøtekommende. Er dette er ressurs som helsesykepleierne ikke tenker over, men som de ubevisst har fokus på? Ifølge Skau (2008) er den personlig kompetanse noe som tar tid og utvikle, og som avgjør hva vi har og gi som medmenneske, og hvem vi lar andre få være i deres møte oss.

4.3.1 Skape tillit til foreldre og barn

En av helsesykepleierne fortalte at dersom en lærer tok kontakt med hen vedrørende en bekymring for at barn og ville at helsesykepleier skulle ta en samtale med barnet, var helsesykepleierne opptatt av at hen måtte ha et samtykke fra foreldrene. En deltaker sa det slik, sitat;

“(...) eh, så oppfordrer jeg læreren til å ta kontakt med foreldrene, for det er greit å få en tillatelse, vi må alltid ha det (...)” (Informant 3, s.1)

Det er en viktig kunnskap å forstå hva som skal til, og dette vil være avgjørende for det videre samarbeidet. Helsesykepleier vet at dersom hen ikke har samtykke fra foreldrene vil ikke de foresatte få/ha tillitt til helsesykepleierne. Resultatene viser også at helsesykepleierne har forståelse for at deres profesjon har autoritet og kan være skremmende for foreldrene, en deltaker sa det slik, sitat;

“(...) de tørr ikke å fortelle oss hvor fælt de egentlig har det, og da sier jeg at det forståelse for at de ikke vil, være ærlig når de svarer fordi de er redde for at jeg som helsesykepleier skal melde til barnevernet (...)” (Informant 6, s. 10).

Dette utsagnet viser til en redsel for barnevernet. Hvorfor er det slik at de fleste er foreldre er redde for barnevernet? Det er et kommunalt ansvar at barn og foreldre skal få rett hjelp til rett tid, hvor barnevernet har et spesielt ansvar for barn som lever i risiko (Bergem, 2016). Killén (2012) viser til en form for projeksjon, der *hjelperne* tillegger foreldrene sine egne følelser, i stedet for å se realiteten i øynene. Som resultatene viser, er helsesykepleierne opptatt av at de er et lavterskeltilbud og at det er frivillig og komme hit. Killén (2012) hevder at en overidentifisering kan bidra til at faglige vurderinger byttes ut med håp og forandringsoptimisme hos foreldrene, og forhindrer *hjelperne* til å gripe inn når de ser noe. Deltakeren sa det slik, sitat;

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

«(...) for det er nesten det verste og det vanskeligste, fordi at man blir så redd for at man skal støte noen i fra seg, at man ikke tørr å si noe, det er det verste» (Informant 6, s. 8)

Helsesykepleieren i skolehelsetjenesten oppgav at for å få tillit og knytte en relasjon til barnet kunne de for eksempel spille et spill eller gå en tur. En deltaker sa slik, sitat;

“(...) men det jeg ofte bruker å gjøre er det at vi spiller “Hei” spillet for på en måte og knytte en relasjon, de skal kjenne at det er greit å være her, det skal være trygt, vi gjør noe artig sammen og det etterspør de gjerne flere ganger om vi kan spille, så da flyttes jo på en måte fokuset litt bort fra den her meg og deg samtalen (...)” (Informant 4, s. 1)

«Hei-spillet» er et verktøy som helsesykepleierne i skolehelsetjenesten benytter seg av for å komme i dialog med barn, og som skal hjelpe barn til å snakke om tanker og følelser. Resultatene viser at helsesykepleierne også gikk tur sammen med barna og at dette også kunne bidra til en god samtale. Dette fremkommer også i studien til Dahl, et.al.,(2014), hvor det fremstilles at barna snakket bedre når man kom seg ut av kontoret.

4.3.2 Lytter til og samarbeider med foreldrene til barnets beste

Vi er alle sårbare, og fra tid til annen kan vi alle trenge hjelp. Helsesykepleierne tar utgangspunkt i at alle foreldre vil det beste for sitt barn, men noen ganger kan det være vanskelig å se det selv, og da er det viktig at helsesykepleier er der og støtter deres ressurser, og hjelper dem å utvikle mestringsstrategier. Det fremkommer av datamateriale at jobben til helsesykepleierne er tydelig styrt av retningslinjer, samtidig var de bevisste på viktigheten av å skape en tillit til både foreldre og barn. De hadde ulike erfaringer for hvordan de fikk en god kontakt med barna eller de foresatte. Deltakerne sa det slik, sitat;

“(...) det viktigste er jo hva foreldrene kommer med, hva de ønsker å ta opp” (Informant 1, s. 2).

“(...) men da bruker jeg bestandig å spørre foreldrene først eller åpne opp med at de får lov til å fortelle om den siste tiden som har vært, sånn at de får lov å prate fritt og at de får spørre om ting dersom det er noe eller tenker at de har noe på hjerte, så er jo det det beste (...) (Informant 2, s. 2).

“Den beste kontakten får vi på hjemmebesøk synes jeg, men jeg vet ikke hvor mye som går inn hos dem da, vi er jo alle i en boble når man er ny mamma eller pappa (...)” (Informant 6, s. 10).

Helsesykepleierne formidlet at de var avhengig av foreldrenes tillit for at foreldrene skulle tørre og åpne seg og fortelle hva de strevde med. En deltaker sa det slik, sitat;

“(...) de foreldrene som er åpne og ærlige på utfordringer i hjemmet, dem er det enkelt å ha et samarbeid med, det er jo mye tabubelagt, mye er vanskelig å snakke om, så det er jo ikke alle som det er like greit å samarbeide med (...) vi gjør jo det vi kan på skolen og forsøker å ha et samarbeid hjem så godt det lar seg gjøre (...)” (Informant 4, s. 4).

Dette sammenfaller med det som kom frem i studien til Dahl, et.al., (2014), hvor dialogen var sett på som avgjørende for å avdekke Det kan synes at de er mer opptatte av den enkeltes behov enn å utføre en vanlig standardisert konsultasjon. Det ligger i helsesykepleierne sitt mandat og skulle observere samspill mellom foreldre og barn, samtidig som de sjekker om de får kontakt med barnet. Når de observerte at ting ikke var slik det skulle, oppgav alle helsesykepleierne at de alltid spurte, samt lyttet til foreldrenes forklaringer på hvorfor det var slik. En deltaker sa det slik, sitat;

“(...) en ting jeg sjekker er om barnet gir blikk kontakt, og får man kontakt ser man på samspillet dem imellom, og det er jo viktig tenker jeg. Ellers så sjekker vi og hører dersom de ikke forteller spontant (...)” (Informant 2, s. 3).

En annen helsesykepleier sa det slik, sitat;

“(...) men da spør jeg nå uansett, hvorfor tror du det er slik at de ikke prater eller uttrykker seg?” (Informant 6, s. 3).

Helsesykepleierne skal altså sjekke ut hva som er normalt og hva som ikke er normalt. De må vurdere om familien skal henvises videre i systemet, eller om de skal tilby familien mer oppfølging. Når helsesykepleierne oppdager at noen trenger hjelp, er det slik at de ønsker å spille på lag med foreldrene. En deltaker sa det slik, sitat;

“(...) vi jobber der det er behov for oppfølging ut over det anbefalte helsestasjonsprogrammet, så jobber vi det vi kaller ekstra konsultasjoner, det har vi jo, og det blir jo min vurdering i lag med familien, på om de trenger tettere oppfølging, og da gjør vi det (...)” (Informant 1, s. 3).

Disse sitatene viser til at helsesykepleierne også gjør individuelle vurderinger og ikke bare forholder seg til lovverk og retningslinjer. Helsesykepleierne bør være bevisst at de i situasjoner hvor de må stå opp for barnet kan komme i etiske dilemmaer i forhold til foreldrene (Dahl et.al., 2014). Helsesykepleierne skal i konsultasjoner observere hvor sensitive foreldrene er på barnets behov. I tillegg ligger det et ansvar hos helsesykepleierne til å vurdere om familien har behov for ekstra konsultasjoner, f.eks. dersom mor og/eller far viser tegn på depresjon, eller andre psykiske vansker. Helsesykepleier kan være den eneste offentlige instansen som ser et barn, og dersom barnet ikke går i barnehagen, bør familien gis ekstra konsultasjon. Et ekstra hjemmebesøk kan også tilbys dersom helsesykepleier vurderer at familien har et særlig behov (Helsedirektoratet, 2019).

Rus- og psykiske lidelser er fremdeles forbundet med tabu, og mange forsøker å skjule dette (Sundfær, 2012; Fjone et.al., 2009). Når man føler at man må holde ting hemmelig, fordi man skammer seg, vil man også bære på en skyldfølelse (Delås, 2015). Det er viktig at vi ikke dømmer mennesker som sliter, slik at de i tillegg får en negativ bekreftelse av seg selv for

forelder, som igjen kan påvirke barnet. En av helsesykepleierne uttrykte at når det ikke er en åpenhet om foreldrenes lidelse, kan det bli vanskelig for barn. En deltaker sa det slik, sitat;

“(…) på skolen ser vi at det er atferd hos en av barna, men får ikke tak i hvorfor, dem vil jo så gjerne beskytte, ikke så flink til å sette ord på det og snakke om det, så det er også i skyggeland, det med rus er vanskelig” (Informant 4, s. 3).

I følge Killén (2012) er destruktiv atferd enkelt å se, barnet som er utagerende eller sint. Alle barn ulike mestrings og overlevelses strategier, for å overleve sin situasjon. Videre belyser Killén (2012), at det å se omsorgssvikt, kan være smertefullt for hjelperne, fordi man er nødt til å slippe inn barnets følelser. Sitatet fra deltakeren sier at det er vanskelig med rus. Kan dette tenkes at temaet rus også er vanskelig for helsesykepleier å ta opp med foreldrene uavhengig om det har fremkommet i helseopplysningskjemaet, når hen har observert et barns symptomer, samt har kunnskap om hva dette kan være? Det fremstod for meg at informantene forsøkte så godt de kunne og komme i en god dialog med foreldrene, slik at de kunne gi dem den støtten som helsesykepleier anså som nødvendig. Det var flere som viste til vanskelige og utfordrende dilemmaer når de var urolig eller bekymret for et barn. En deltaker sa det slik, sitat;

“(…) jeg tenker på, altså jeg bor midt i smørøyet, ikke så langt fra skolen, så mange av barna og familiene bor jo rett i nærmiljøet mitt og jeg kan kvie meg til å gjøre, altså ta en kontakt for eksempel da tenker jeg på en bekymring til barnevernet, der forsøker jeg så god jeg kan og komme i posisjon hos foreldrene slik at foreldrene selv kan gjøre noe med det (...)” (Informant 5, s. 14).

4.3.3 Barns behov for en trygg voksen

Forskning viser at det å vokse i et belastet hjem setter sine spor (Haug et.al.,2009: Kallander, 2010: Delås, 2015: Näsman & Alexanderson, 2017). Det er viktig at barn har noen å snakke med, og som barnet har tillit til (Delås, 2015). Helsesykepleierne i skolehelsetjenesten, var naturlig nok mer opptatt av barnets behov for å ha noen å snakke med. De oppga ulike grunner om barnas behov for samtale, det kunne være vanskelig med venner, tunge tanker, hjemmesituasjonen, utagerende atferd, alvorlig sykdom i nærfamilie, barn som mister foreldre i selvmord. En deltaker sa det slik, sitat;

“(…) nå har barnet endret litt atferd, men jeg vet hvorfor, så da kan vi kanskje snakke litt om dette? Jeg ser du har det vanskelig nå, vil du snakke om dette? Vil du vi skal spille? Bare det å bli sett, hørt og bare få det til en kontakt, som lærer dessverre ikke har tid til, så er det godt for så mange og bare få den der – jeg ser deg, jeg har tid til deg” (Informant 4, s. 7).

Dette sitatet viser til at helsesykepleierne mener at de både har tid og er tilgjengelig for samtaler. Dette står i motsetningene til hva de barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten oppgav i forhold til å følge opp barn som pårørende (Svalheim & Steffenak, 2016: Hjelmseth & Aune, 2018). Det fremkommer videre av datamaterialet at helsesykepleierne er blitt gjort kjent med at de

barneansvarlige ikke nødvendigvis snakker med barna, noe de reagerer sterkt på, en deltaker sa det slik, sitat;

“(...) på fagdagen der voksenpsykiatrien var og informerte, så ble det jo veldig tydelig at de egentlig ikke har kontakt med barna. Foreldrene svarer på et skjema om de anser det som nødvendig at barnet også trenger noe som barn som pårørende, og det tenker jeg kanskje var banalt at dem ikke er i kontakt med barnet når de har en barneansvarlig (...)” (Informant 4, s. 6).

En annen helsesykepleier sa det slik, sitat;

“(...) hvis ikke foreldrene godkjenner at behandler får snakke med barna, så kunne de ha forsøkt å belyse det på en slik måte, at de fikk lov å gjøre det allikevel, ja at det ikke bare er et spørsmål, men at man kanskje må bruke en prosess, at man ikke må akseptere etter første gangen, man må forsøke og gå flere runder, for når foreldrene kanskje klarer å få en forståelse for hvorfor det er så viktig, for det er jo den forståelsen, da vil alle foreldre si ja, det tror jeg (...)” (Informant 5, s.17).

I studien til Hjelmseth & Aune (2018), belyses helsepersonell sin usikkerhet knyttet det til det å fortsette og skulle motivere foreldrene til å ta imot hjelp når de har takket nei tidligere. Selv om funnene mine viser at helsesykepleierne mener at helsepersonell har en plikt til å ivareta barn som er pårørende, fremkommer det beskrivelser som viser at barn ikke blir snakket med når familiesituasjonen er vanskelig. Ifølge pårørende veilederen, skal helsepersonell informere barn som pårørende, om at de på eget initiativ kan snakke med helsesykepleier, uten samtykke fra foreldrene (Helsedirektoratet, 2019, s. 90). Helsesykepleierne skal også identifisere barn med spesielle informasjonsbehov (Norsk Sykepleierforbund, 2017). En av helsesykepleierne fortalte om en erfaring i oppfølging av et barn der far var ute av bilde på grunn av rus og mor slet psykisk. Helsesykepleieren meddelte at barnet hadde etterspurt mye informasjon om sin egen situasjon for at den skulle bli forståelig, hvor barnet hadde blant annet hadde spurt helsesykepleier om hvorfor det ikke fikk lov å treffe far, og om hvorfor faren valgte narkotikaen og ikke barnet? Ifølge helsesykepleierne er det i disse situasjonene, at man først og fremst må finne ut av ting, og gi forklaringer til barnet som gjør at det blir forståelig, samt finne ut hva barnet trenger. En helsesykepleier sa det slik, sitat;

“(...) her har vi jobbet i et samarbeid med BUP, hvor mor har vært mest på BUP, og barnet har vært mest til meg på eget initiativ, så egentlig er det barnet som trenger å snakke med en voksen person (...)” (Informant 3, s. 4).

Selv om barn har erfaringer med å leve med mistillit og frykt, viser tidligere forskning at dersom barn bør gis muligheten til å utvikle positive relasjoner til trygge voksne, samtidig som de utforsker familiens øvrige nettverk, vil dette kunne bidra til ytterligere støtte for hele familien (Murphy, Peters, Wilkes & Jackson, 2018). Ut fra det helsesykepleierne beskriver, kan de se ut som de ønsker å være denne personen for barnet, samt anser dette for å være en del av jobben

sin som helsesykepleier. Det fremkommer at helsesykepleierne mener at de kan være med å dekke et barns behov for å bli sett i hverdagen, og at de har erfaringer med dette. Ifølge FNs barnekonvensjon artikkel 36 og artikkel 39, heter det at barn skal tas vare på, og dersom et barn har opplevd noe vanskelig eller skadelig, skal de som bestemmer i et land passe på at dette ikke skjer. I studien til Werner & Malterud (2017) fremkommer det at barn trenger at voksne anerkjenner at de kan ha det vanskelig. Dersom den voksne kjenner til problemene hjemme og ikke snakker om den, ville den tvetydige effekten av stille støtte bidra til at barnet følte seg sviktet. Helsesykepleierne skal i regi av sitt samfunnsoppdrag følge med og passe på barn. Barn som pårørende påtar seg ulike roller, de kan være det flinke og pliktoppfyllende barnet. Barnet kan også ta på seg rollen som trekker til seg oppmerksomhet ved å være klassens klovn, eller aller helst være usynlig og noen blir utagerende og sinte. Informantene gav ulike beskrivelser på dette. En sa deltaker sa det slik, sitat;

“hm, man ser jo etter barn som gir utrykk for at de har det vanskelig, om det er atferd eller som oftest vises det kanskje i atferd, enten ved at de er urolige eller at de trekker seg tilbake, vanskelig med sosiale relasjoner, ja” (Informant 3, s. 3).

Dette fremkommer også i studien til Delås(2015), som viser til at barna syntes det var vanskelig å beskrive sine følelser, og foreldre snakker sjelden om sine problemer til barna. Dette resulterer blant annet til at barna ikke forstår sine egne følelser. I studien til Gladstone, Boydell, Seeman & McKeever (2010) belyses det viktigheten av at helsepersonell trenger å gjenkjenne barns psykososiale behov, og erkjenne effekten av foreldrenes psykiske lidelse har på familien. En annen helsesykepleier sa det slik, sitat;

“Nei, da er det jo barn med psykisk syke foreldre, barn der foreldre har opplevd sorg, der barnet blir en omsorgsperson for ofte for de foreldrene, ja, rus da vil jo barn bli pårørende, søsken der barn har søsken som er syke på ett eller annet vis, eller besteforeldrene, det er jo en hel generasjon eller mange generasjoner som bor sammen, og ofte kan det bli sånn at barn tar på seg ansvar enn de skal” (Informant 6, s. 2).

Dette utsagnet sammenfaller med det Killén (2019) påpeker i boken; Barndommen varer i generasjoner. Barn som ikke får hjelp til å bearbeide smertefulle opplevelser, vil dette kunne videreføres til egne barn. Kallander (2010) viser til at de uformelle belastende omsorgsoppgavene barn har, og som ofte går på bekostning av deres utvikling og livskvalitet. Hvordan kan helsesykepleier tilrettelegge for best mulig kommunikasjon og mestringsstrategier for både barn og deres foreldre? Helsesykepleierne skal fremme barns egen helse ved å styrke å dere evne til å og mobilisere egne ressurser og styrker (Helsedirektoratet, 2019) Helsesykepleier oppgir at det er vanskelig å definere hva de kan bidra med for at barn kunne ha det best mulig. En helsesykepleierne slik, sitat;

“Nei, det er jo vanskelig, det avhenger jo av å ha en dialog hjem ikke sant, samarbeid hjem, hvis det er vanskelig å ha et samarbeid hjem så er man egentlig litt låst, men de barna kan vi snakke med, så klarer man å finne frem deres ressurser og motivere dem til å ta tak i det de kan ta tak i selv, hvis det er vanskelig med venner (...)” (Informant 4, s. 9).

Resultatene viser at helsesykepleierne forsøker å styrke barnas evne til å se og mobilisere egne ressurser.

4.3.4 Forsøker å komme i posisjon til barnet og/eller foreldrene

Resultatene viser at helsesykepleierne er opptatt av å komme i posisjon til både foreldre og barn, og det fremstod som nødvendighet, for å være åpen og ærlig om det som var vanskelig.

En deltaker sa det slik, sitat;

«(...) det handler om å kunne komme i en god relasjon, og det å møte familien, og det å få dem til å forstå, få tillitt og tørre å ta opp ting tidlig» (Informant 1, s. 6).

Det var flere av helsesykepleierne som var opptatt av samarbeid, og hadde forslag på hvordan de som først møtte barn som pårørende burde gjøre. Helsesykepleierne mente at de barneansvarlige måtte forstå hvor viktig det var og forklare foreldrene, at barna trengte noen å snakke med, og hvor viktig det kunne være for barnet å bli sett litt ekstra når det var vanskelig hjemme. Helsesykepleierne var helt sikre på at foreldrene ville da ville gi sitt samtykke. Helsesykepleier må inneha ferdigheter til å ta komplekse beslutninger når de står i vanskelige situasjoner (Norsk Sykepleier Forbundet, 2017). Resultatene viser at helsesykepleierne ønsker å være en trygg voksen, for barn i vanskelige situasjoner. Dette sammenfaller med studien til Haug, et.al., (2009) som løfter frem barns behov for emosjonell støtte fra andre voksne i foreldrenes dårlige perioder. Ifølge Reedtz et.al (2019) belyste de barns tilgang til ressurspersoner som en beskyttelses faktor, samtidig som foreldrene trenger støtte og hjelp til å informere barna om sine plager.

4.4 Alene versus Fellesskap

Helsesykepleier beskriver hvordan de må jobbe selvstendig, samtidig som de bør ha gode samarbeidsevner. Resultatet viser til helsesykepleierne sine emosjonelle opplevelser, som både er positive og negative i møte med barn og deres foresatte, og hvordan de erfarte samarbeid med andre. De beskrev ulike hendelser og situasjoner, som viser til hvem kunne de støtte seg til, og når de opplevde seg alene. Når var de opplevde de trygghet, følte på sårbarhet eller frykten for å gjøre for lite.

4.4.1 Manglende informasjon

Mange ganger er det ikke enkelt å samarbeide, og særlig hvis man opplever og erfarer at noen holder tilbake informasjon. Alle helsesykepleierne i denne studien etterspør informasjon,

spesielt fra spesialisthelsetjenesten, samtidig som det problematiseres at dersom de ikke vet noe, kan de heller ikke hjelpe. Den lovpålagte plikten til å se og følge opp barna, blir ikke nødvendigvis fulgt opp slik det lovverket er ment (Reedtz & Lauritsen, 2015: Svalheim & Steffenak, 2016: Hjelmseth & Aune, 2018). Dette strider med FNs barnekonvensjon artikkel 13, hvor det vises til at alle barn rett til å få informasjon om det de lurte på. Helseesykepleierne løftet frem manglende informasjon fra andre tjenester, de fortalte om hendelser fra samarbeidsgrupper, hvor de var de eneste som ikke visste noe, og at de følte seg dumme eller som idioter. Videre gav deltakerne uttrykk for at bare visst ville de ha fulgt opp barna/familien på en annen måte. En helseesykepleier sa det slik, sitat;

«Jeg har også opplevd at det nesten blir en belastning for foreldrene, fordi foreldrene tror jeg vet, så sitter jeg der og ikke vet og blir litt dum(...)» (Informant 1, s. 15).

En annen deltaker sa det slik;

«Jeg har jo fulgt familier, der jeg i mange måneder av babyens liv, har skjont at det var ett eller annet som ikke stemte, men ikke fått vite hva det var for noe (...) det viste seg at mor ruset seg og at dette var kjent både for rusjenesten og andre instanser i kommunene i mange år, men her vet vi ingenting, jordmor sitter her og under seg i tre svangerskap, og hun sa til meg at her er det ett eller annet, men jeg får ikke tak på hva det er, det samme gjelder helsestasjonen – jeg hadde akkurat samme følelsen og vi fant ikke ut av ting. Barnet strevde liksom, og vi ble ikke kloke på hva det var (...) så kommer det frem at mor ruser seg og der sitter vi og føler oss som en stor idiot rett og slett, ja» (Informant 2, s. 5).

Dette er negativt for helseesykepleierne sin profesjon, og den enkelte helseesykepleiers identitet. Ifølge pårørende veileder skal helsepersonell som yter helsehjelp til en person med en rus- og/eller psykisk lidelse sørge for å få avklart hvilke andre fagpersoner som eventuelt kan ivareta barneperspektivet når barns som pårørende er identifisert. Videre fremkommer de i veilederen, at dersom barn blir usikre, sårbare eller opplever bekymring knyttet til foreldrenes tilstand, skal helsepersonell rutinemessig undersøke barnet behov for informasjon og oppfølging (Helsedirektoratet, 2019, s. 73-76). Flere av mine informanter oppgir at de sjelden eller aldri har hørt fra de voksenpsykiatrien. En av deltakerne sa det slik, sitat;

“(...) da tenker jeg at når det er barn som pårørende, at vi på skolen, helseesykepleierne i hvert fall, fordi man går under helsepersonell loven, kunne ha fått informasjon (...) vi trenger ikke så mye informasjon (...) vi jobber med dette, så vet du hva det er hvis barnet kommer til deg (...) hadde man gått sammen hadde det blitt mye kjappere(...)Nei, dette med samarbeid, bruk oss, gi informasjon” (Informant 3, s. 9).

Helseesykepleieren mener i overnevnte utsagn at siden både hen og annet helsepersonell arbeider innenfor samme rammeverk, burde det ha vært mulig å få nødvendig informasjon. Ifølge helsepersonell loven § 21, har helsepersonell taushetsplikt (Lov om Helsepersonell, 1999). Vi vet at mange problematiserer taushetsplikten i forhold til samarbeid. Dette er i utgangspunktet kun et formalitetsproblem, fordi man kunne ha bedt om et samtykke til forelder(pasienten),

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

så kunne problemet ha vært løst. I følge helsepersonelloven § 25 (Lov om helsepersonell, 1999), gir denne helsepersonell en rett til å utveksle informasjon til annet helsepersonell. Hvis man ser nærmere på helsepersonelloven § 25, 3. ledd;

«Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientenes mindreårige barn eller søsken, jf. § 10 a.

Pasienten har etter lovverket rett til å si nei, men det er ikke noe krav i lovverket til at pasienten skal forespørres. Dette kan gi helsepersonell en mulighet til å gjøre en skjønnsvurdering av hensynet til barnets beste, for å kunne samarbeide, slik helsesykepleier her etterspør. Hvorfor dette ikke gjøres, kan handle om helsepersonell sin forståelse av de juridiske rammene. Datamaterialet viste at helsesykepleierne ikke fikk informasjon fra annet helsepersonell, en sa det slik, sitat;

“(...) jeg tror ikke jeg i min karriere har hørt fra voksenpsykiatrien, og fått opplysninger om at du har et barn på din skole som er barn som pårørende, så det er en gruppe som jeg føler faller mye utenom, og ja, kanskje via andre ting får vite at de er barn som pårørende da, så det er jo en kjempe sårbar gruppe da egentlig, fordi det er såpass lite informasjon ut ja” (Informant 4, s. 2).

En annen helsesykepleier sa det slik, sitat;

“Ja, jeg savner mer fokus på barna, voksenpsykiatrien har jo mye kontakt med foreldrene, og at de ikke da gjøre noe, synes jeg er bare for trist, kjempetrist (...)” (Informant 6, s.12).

Helsepersonell trenger et samtykke fra foreldrene til å snakke med barna, og dersom helsepersonell ikke får dette, kan det virke som om at barnet blir *ofret*. Uten samtykke fra foreldrene, vil de si at det blir ingen form for samarbeid? Svalheim & Steffenak (2016) viser til i sin studie at de barneansvarlige er opptatt av å forebygge psykiske lidelser hos barn, men uten samtykke er det lite de barneansvarlige kan gjøre. Hjelmseth & Aune (2018) viser til tidligere studier (Maybery & Reupert, 2006; Maybery & Reupert, 2009) som har påpekt ulike barrierer i arbeidet med pårørende, for eksempel der foreldrene ikke erkjenner problemer og oppgir til helsepersonell at barna har det bra. I pårørende veilederen påpekes det at helsepersonell må bruke mer tid med pasienten, hvor det må forklares hvorfor barnet har behov for informasjon (Helsedirektoratet, 2019). Hva handler dette om? Er helsepersonell redde for tillitten og relasjonen de har til de voksne? Helsesykepleieren snakke også om hvor viktig det er å komme i posisjon til foreldrene og at de må ha et samtykke. Flere av mine informanter påpekte at det var vanskelig med rus- og psykiske lidelser. Dette kan kanskje handle om at foreldrene opplever det som skam og ikke ønsker å involvere flere tjenester enn de som allerede er involvert. Helsesykepleierne oppgir flere årsaker til manglende samarbeid, det at man ikke kjenner til

hverandres tjenestetilbud kan være en av årsakene. Flere nevnte at det kunne være positivt med felles fagdager, som kunne bidra til at man fikk innsikt i hvordan de ulike tjenestene jobbet, og at man kunne komme til en fellesforståelse for hvordan man skulle samarbeide. Informantene hadde noen tanker om hvordan de mente at samarbeid rundt barn som pårørende skulle organiseres. En deltaker sa det slik, sitat;

“(...) så ja, ønsket mitt er egentlig mer åpenhet, og bedre samarbeid mellom alle instanser der man kan få beskjed, som sagt er det bare tilfeldig hvis jeg får vite at det er barn som pårørende (...) dårlig samarbeid, lite informasjon ut, så ja, vi har absolutt et forbedringspotensial alle sammen” (Informant 4, s. 7).

Dette sammenfaller med studien til Aune & Hjelmseth (2018) hvor de viser til tidligere forskning (Korhonen & Pietila, 2010) når de tar opp svikt i samhandling mellom etater. Å jobbe innenfor et lovverk fins det muligheter, men også begrensninger. Helsepsykikerne i denne studien etterspør mer informasjon og bedre samarbeid med samarbeidspartnere, og spesielt spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell skal forholde seg til taushetsplikten, men de må kjenne til hvordan det kan gjøres unntak fra taushetsplikten. Resultatene viser at helsepsykikerne var kjent med at taushetsplikten kan oppheves ved at man får et samtykke fra foreldrene. Men hvor ofte skjer dette? Mine informanter nevnte taushetsplikten som et hinder for samarbeid, både internt i tjenesten, men også med andre. En helsepsykiiker sa det slik, sitat;

“(...) men, jeg tror vi er veldig redde for taushetsplikten vår (...)” (Informant 6, s. 9).

Hva betyr egentlig taushetsplikt? De fleste skriver under på en taushetserklæring når de starter i en jobb. Denne erklæringen betyr egentlig bare at man er informert om taushetsplikten yrkesprofesjonen jobber innenfor. Ifølge Lov om helsepersonell (1999), § 21, skal helsepersonell ikke formidle noe, til noen. Samtidig gir helsepersonelloven § 23 (Lov om helsepersonell, 1999) unntak fra hovedregelen om taushetsplikten i situasjoner der helsepersonell kan ha en opplysningsrett, som beror på en faglig vurdering og som avveier tyngre enn hensynet til taushetsplikten. I helsedirektoratets rapport, «Sammen om mestring» (2014, s. 17) påpekes det at både kommunen og ansvarlige i spesialisthelsetjenesten bør ha et gjensidig ansvar for å ta kontakt med hverandre i forhold til barns situasjon for å sikre ivaretagelsen av barnet. Dette betyr at helsepsykikerne ikke bare kan skyldes på spesialisthelsetjenesten, de må våge å ta opp med foreldrene de vanskelige temaene og dersom det blir kjent at foreldrene har oppfølging fra andre tjenesteytere, kan helsepsykikerne få et samtykke fra foreldrene for å få tilstrekkelig med informasjon for å kunne snakke med barna.

4.4.2 Legger ansvaret på seg selv

Denne sub-kategorien står i motsetning eller sterk kontrast til sub-kategorien: forholder seg til at jobben styres av lovverk og faglige retningslinjer. Resultatene viser helsesykepleierne ønske om å ville hjelpe og støtte barna og foreldrene. De la ofte ansvaret på seg, både i forhold til det at de måtte få en god relasjon til foreldrene, samtidig som de måtte ha en god dag for å avdekke risikoforhold. Det er prisverdig at de forsøker å bestrebe seg på å gjøre sitt beste, for å ikke gjøre noen feil, og for å ikke overse noe. Helsesykepleieren var bestemt på at jobben styres av tydelige retningslinjer, men hvorfor er det slik at de kjenner seg så alene og tar ansvaret på seg selv? Dette kommer også frem i studien til Dahl & Clancy (2015), at når helsesykepleierne ikke klarer å oppfylle kravene eller forventingen, legger de ansvaret på seg selv, og dette kan være negativt for den profesjonelle identiteten. Det var flere av deltakerne i denne studien erkjente at de syntes det var vanskelig å skulle avdekke barn i risiko, eller familier i sårbare situasjoner og at det kunne være flere årsaker til dette. Slik deltaker sa det slik, sitat;

“Ja, det tror jeg nok, for det første så kan det jo være fordi vi ikke fanger det opp, og for det andre så er det kanskje sånn at man ønsker å ha en god dialog med foreldrene, at man synes det er vanskelig eller finner veien videre, så jeg tror nok der er underrapportert, men det er jo også litt vanskelig å få tak i det, det er litt tabubelagt, kanskje man er redd for at det skal skje noe vider, legger litt skjul på det og kanskje forstår man ikke hvor mye det påvirker ungene” (Informant 3, s. 7).

En annen helsesykepleier sa det slik, sitat;

“(…) så kan det jo være det at vi rett og slett har det for travelt noen ganger, at vi rett og slett ikke ser når vi skulle ha sett, at vi kanskje ikke hører det vi egentlig skulle ha hørt, at vi faktisk ... det kan jo være dagsformen vår, det kan jo rett og slett være at vi er i dårlig form, at jeg har sovet dårlig på natten faktisk, og ikke klarte å få tak i det som barnet egentlig sa, for eksempel så kunne jeg ha spilt videre på det i forhold til foreldrene, ja, det er helt klart” (Informant 5, s. 14).

En annen deltaker sa det slik, sitat;

“(…) jeg tenker at det er vanskelig, fordi at man er så avhengig av at jeg må ha en god dag” (...) «Nei, det går jo på min dagsform (...) altså, jeg må forsøke å fortelle det jeg hører hun forteller, hvordan jeg oppfatter det, så har jeg en god dag, så klarer jeg å si det på en ordentlig måte, slik at jeg ikke skremmer henne» (Informant 6, s. 7-8).

Killén (2012, s. 20) hevder at det er smertefullt selv for fagfolk å være i en erkjennelsesprosess når vi ser barn lider. Når vi ser at foreldre ikke makter og gi barnet den omsorgen de behøver, berører det oss emosjonelt. Helsesykepleierne mente at dersom de hadde tatt opp med foreldrene den uroen eller bekymringen de kjente på i en situasjon, ville kanskje foreldrene hatt en mulighet til å ta tak i egen situasjon. Helsesykepleierne mente at en god relasjon til foreldrene, ville ha gjort det enklere å ta opp med foreldrene, det som bekymret dem. Helsesykepleiere oppgav videre at de kunne drøfte uroen eller bekymringen med kollegaer,

leder og andre aktuelle samarbeidspartnere. Allikevel gav helsesykepleierne uttrykk for at de syntes det var vanskelig å vite med sikkerhet hva de observerte. En deltaker sa det slik, sitat; *«Det vanskeligste er når det er vagt, og det er vanskelig å komme i posisjon»* (Informant 1, s. 13).

Videre fremkommer det av materialet at helsesykepleierne kunne kjenne på trangen til å handle i enkelte situasjoner. En helsesykepleier sa det slik, sitat;

“Det er jo kanskje det vanskeligste og få foreldrene til og forstå den uroen man har, kanskje klarer de ikke å se det selv, fordi de gjør så godt de kan (...)” (Informant 3, s. 7).

Barn trenger trygghet, beskyttelse og stabilitet, og voksne som sliter med rus- og psykiske lidelser klarer ikke alltid å gi barna dette (Killén, 2012). En annen deltaker sa det slik, sitat;

«Det vanskeligste er å ikke gjøre noe, det å vente og se, det liker jeg ikke alltid, for det er så kort til å gjøre det på når det gjelder barn» (Informant 6, s. 9).

4.4.3 Samarbeid med foreldre og/eller andre

Det ligger i helsesykepleierne sitt samfunnsoppdrag at de skal samarbeide med andre, både innad i tjenesten, men også tverretattlig. Helsesykepleierne i min studie gav gode beskrivelser av ulike samarbeid, og hvor de blant annet kunne spille på egne ressurser innad i tjenesten og hvor samarbeidet hadde gitt bedre hjelp til barnet og familien. En helsesykepleier sa det slik, sitat;

«(...) men jeg bruker jo fysioterapeut hvis jeg ser det kan være noe der, ofte har disse barna fysisk skjevutvikling (...)og ofte kan jeg se det på babyene at de også har en skjevutvikling motorisk(...)» (Informant 6, s. 10).

Samtlige av helsesykepleierne la stor vekt på det og samarbeide med foreldrene, og beskrev når det var enkelt og ikke så enkelt. En deltaker sa det slik, sitat;

“(...) de foreldrene som er åpne og ærlige på utfordringer i heimen er det enkelt og ha et samarbeid med, men det er jo mye som er tabubelagt, mye er vanskelig og snakke om, så det er jo ikke alle som det er like greit å samarbeide med da (...)” (Informant 4, s. 4).

Her la også deltakerne noe av ansvaret på seg selv, noe som sammenfaller med studien til Dahl et.al.,(2014) hvor det oppgis at man har et ansvar når noen har fått tillitt til deg og stoler på deg.

En av deltakerne påpekte at helsestasjonen i forhold til barn som pårørende, burde ta i bruk en samarbeidsform lik den de benyttet til barn med funksjonsnedsettelse. Hen viste til helsestasjonen lange og gode tradisjon på koordinering av de ulike tjenestene. Helsesykepleieren sa det slik, sitat;

«(...) altså, se om man kan bruke noen av arbeidsmåten og de hjelpemidlene vi har rundt barn med nedsettelsesfunksjonsevne (...) dette er barn, mange barn og familier som har behov for veldig mange tjenester, både fra kommunen, og fra spesialisthelsetjenesten og kompetansesenter og den jobben får vi til, ja» (Informant 1, s. 15).

Flere av helsesykepleierne hadde gode erfaringer med samarbeid der foresatte var åpne om sin psykiske helse, samtidig som helsesykepleierne viser til utfordringer knyttet til samarbeid dersom foreldrene ikke har tillit nok til å være oppriktige vedrørende sine utfordringer knyttet til psykiske helse. Helsesykepleierne anser det som viktig at man jobber for å få til et samarbeid med foreldrene til barnet beste. En deltaker sa det slik, sitat;

“(...) når mor er åpne om det, at man er psykisk syk, så kan man gjøre en avtale med mor, om at dette er noe vi i lag skal snakke litt om, mor kan gjerne være med på dette, eventuelt bare meg og barnet, og andre ganger så er det slik at foreldrene ikke vil si noe om det, og det er kanskje det vanskeligste, da må man jobbe for å komme dit (...)” Informant 3, s. 7).

Ifølge barneombudets rapport(2017) basert på *ekspertmøter*, ønsker barna informasjon fra helsesøstertjenesten om hva de kan brukes til, og hvordan helsesykepleierne eventuelt kan hjelpe dem videre til annen hjelp. Vi har flere brukerorganisasjoner som er opptatt av å formidle barnas stemmer, og kan være viktige samarbeidspartnere og bindeledd mellom brukere og fagmiljøer, slik at barn får mulighet til å treffe andre barn som har opplevd det samme (Helsedirektoratet, 2019, s. 89). Helsesykepleier i denne studien var også opptatte av å kunne benytte seg av tilbud fra frivillige Et konkret tilbud var i samarbeid med kreftforeningen. Tilbudet gjaldt ikke bare for barn av kronisk syke, men også for barn av psykisk syke. Helsesykepleier fremhevet det som positivt at barna fikk mulighet til å snakke med andre barn i samme situasjon, hvor de ikke trengte å forklare alt, samtidig som barna møtte voksne som de kunne snakke om ting som var vanskelig. Det ble ansett som positivt at de kunne tilby et gruppetilbud på ettermiddagene. Deltakeren sa det slik, sitat;

“(...) det tror jeg er et veldig godt tilbud, for det er noe med det der på skolen, jeg tenker det og ta barn ut av skolen, undervisning, det er jo ofte de som kanskje er svake fra før av, og jeg tenker også at mange av dem vil ikke være annerledes (...) disse barna er sårbare” (Informant 5, s.16).

Helsesykepleierne løftet frem samarbeid med frivillige organisasjoner, og hvor positivt det var når disse kunne tilby barn ulike gruppetilbud. Frivillige organisasjoner har en sentralrolle når det gjelder å fremme god psykisk helse og livskvalitet i lokalsamfunnet. En helsesykepleier fortalte om et barn som hadde fått sterke reaksjoner etter at begge bestemødrene hadde gått bort med kort tids mellomrom. Barnet var naturligvis veldig lei seg, turte ikke å ligge alene og utagerte mer enn tidligere. Mor var i dialog med helsesykepleier som kunne tipse mor om et gruppetilbud for barn i lignede situasjoner. Helsesykepleieren visste om dette tilbudet, da den frivillige organisasjonen hadde vært frempå og gitt informasjon om tilbudet til helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Helsesykepleier sa det slik, sitat;

«(...) hun hadde etterhvert tatt kontakt med den frivillige stiftelsen og fått barnet med på møtene, og hun sa det var positivt, og det ble noe helt annet med dette barnet etterpå, det var en slik god erfaring(...)

dette er jo kun fordi den frivillige stiftelsen har vært frempå – her er vi, og vi vil ha flere(...)» (Informant 4, s.11).

Vi vet at det er mange frivillige organisasjoner som har godt tiltak for å hjelpe barn. Når helsesykepleier har kjennskap til hva som fins lokalt, tilføres barnet og foreldrene en støtte som kan knytte de nærmere til lokalsamfunnet. Dette kommer også frem i studien til Kim Foster, Peter Lewis & Andrea McCloughen (2014), som viste til at når barn kunne delta på arenaer sammen med andre barn som var i samme situasjon, knyttet de bånd som bidro til at de ikke følte seg så alene, at de opplevde seg selv som litt modigere og sterkere, samtidig som de kunne hjelpe andre til å føle seg bedre. Regjeringen har sagt av barn og unge skal være en prioritert målgruppe og satsningen skal forhindre utenforskap ved å fremme tilhørighet, deltakelse og aktivitet i lokalsamfunnet (Helsedirektoratet, 2019).

4.4.4 Kan lene seg på faget

Helsesykepleierne har kunnskap om barns utvikling, og når de har en konsultasjon fremstod det for intervjuer at de hadde en hel *smørbrødtype* de skulle igjennom på en konsultasjon. Helsesykepleierne i helsestasjonen var likevel først og fremst opptatt av at foreldrene skulle få lov til å ta opp det som var viktigst for dem, samtidig som de observerte og vurderte situasjonen, hvor de kunne stole på sin egen fagkunnskap og gjøre vurderinger ut fra det de selv så. En deltaker sa det slik;

« (...) jeg tenker at hvis det er noe foreldrene sitter og ønsker å få svar på, eller prate om så er det som må være det viktigste temaet i dag, så sann er det, ja, ellers så ser jeg jo på veksten til barnet først, også ser vi på barnet, også ser vi på disse tallene også ser vi at han har vokst, både lengde og hodemål og følger med om de vokser jevnt, det har jo selvfølgelig noe med matinntak å gjøre, men andre faktorer spiller inn, altså jeg vet jo det at barn kan spise mat, men trives de ikke så er det ikke sikkert at de vokser. Så alle de tingene har man jo i bakhodet da (...)» Informant 2, s. 2-3).

Dette sammenfaller med Dahl & Clancy (2015) sin studie, som viser til at når helsesykepleier håndterer vanskelige situasjoner styrker dette den profesjonelle identiteten. Helsestasjonen «oversetter» samfunnets forventninger for hva god fysisk og psykisk helse, slik at det blir forståelig for folk flest (Helsedirektoratet, 2019). Helsesykepleierne viser at de er mennesker som både bryr seg om, og som vil barn og foreldre vel. Ved å sørge for at barn får nødvendig oppfølging som følge av foreldrenes lidelser, kan man hindre at barna utvikler psykososiale vansker. Vi trenger et samfunn som gjør at det er ok å snakke, vi trenger rett og slett en lavere terskel for å prate (Bergem, 2018). I denne studien har jeg forsøkt å belyse helsesykepleierne sine erfaringer for å finne svar på hvordan barn av foreldre med rus- og psykiske lidelser identifiseres og følges opp i dag, og for å se på om noe kan gjøres annerledes.

5. Konklusjon

Resultatene fra studien viser at helsesykepleierne er spesielt opptatt av barns fysiske og psykiske helse, de følger med på om barna trives og har det bra. Helsesykepleierne utfører sine oppgaver i tråd med lovverk og nasjonale faglige retningslinjer. De har kunnskap om barns utvikling, og denne kunnskapen formidles gjennom råd og veiledning til foreldre og direkte til barna når de begynner på skolen. Helsesykepleierne fremhever både barn og foreldres ressurser, slik at de opplever mestring. Helsesykepleierne fremstår som genuint opptatt av å jobbe forebyggende, og tilstreber seg å ha et godt samarbeid med foreldre, og andre tverrfaglige instanser og etater.

Helsesykepleierne synliggjør en rekke utfordringer i arbeidshverdagen. De skal forholde seg til et rammeverk, samtidig som de må bruke sitt faglige skjønn. De er opptatte av og komme i god, tillitsfull og åpen relasjon til foreldrene, som igjen gir rom for å kunne ta opp vanskelige tema. Videre møter de på utfordringer knyttet til det tverrfaglige samarbeidet, hvor mangelen på informasjon er sentral.

Kartleggingsverktøyene som helsesykepleierne bruker i sin arbeidshverdag, anses som viktige arbeidsverktøy. Videre fremkom det i studien at de *ikke* bruker kartleggingsverktøy i forhold til rus, men deler ut brosjyrer og snakker om det hvis det er *tid*.

Resultatene viser at helsesykepleierne opplevelever at de identifiserer barn som er pårørende. De gangene de oppgir at de ikke klarer det, handler dette enten om at foreldrene ikke tør å være åpne om sine utfordringer, eller at helsesykepleierne opplever å ikke få nødvendig informasjon fra andre samarbeidspartnere.

Det er grunn til å stille spørsmålstegn om helsesykepleierne har et for omfattende mandat til kunne identifisere barn som pårørende. Det kan være rammeverket som er for *strengt* og må *løses opp* slik at helsesykepleierne som møter barn tar mer personlig ansvar og bruker sin faglige kompetanse. Helsesykepleierne bør få inn i retningslinjene sine at de *skal* dra på flere hjemmebesøk enn hva de gjør i dag. Kanskje bør helsestasjonen- og skolehelsetjenesten åpne opp for andre faginstanser som også besitter kompetanse på barns utvikling slik at de sammen kan identifisere og hjelpe barn i sårbare situasjoner?

Litteraturliste

- Andenes, E. (2019). When forms become part of caregiving: Prevention of postnatal depression in the local health clinic. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 5(1), 1-15.
- Barneombudet (2017) *Barneombudets supplerende rapport til FNs barnekomité: Barns rettigheter i Norge – 2017*. Hentet den 14.11.19 fra nettsadresse http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2017/10/bosupplerende_norsk.pdf
- Barne-, ungdom-, og familiedirektoratet. (2015, 20. april). *Barn i krevende oppvekstbetingelser*. Hentet den 16.09.19 fra https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Familie_omsorg_og_relasjoner/Barn_med_vanskelige_oppvekstbetingelser/
- Bergem, A. (2016). *Barn som pårørende i akutt-situasjoner : - en praktisk guide for hjelpere*. Stavanger: Hertevig.
- Bergem, A. (2018). *Når barn er pårørende*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bondevik, H., Madsen, O., & Solbrække, K. (2017). *Snart er vi alle pasienter: Medikalisering i Norden*. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Charlotte Reedtz, Camilla Lauritzen, Ylva V. Stover, Janita L. Freili, & Kamilla Rognmo. (2019). Identification of Children of Parents With Mental Illness: A Necessity to Provide Relevant Support. *Frontiers in Psychiatry*, 9, *Frontiers in Psychiatry*, 01 January 2019, Vol.9.
- Dahl, B.M. (2016) Helsesøstertjenesten i et innovasjonsperspektiv. *Idunn*, (2016-06-09) (12), 250-263. <https://doi.org/10.18261/9788215027623-2016-13>
- Dahl, B., & Clancy, A. (2015). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: Interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 679-687.
- Dahl, Berit Misund, D., Clancy, Anne, C., & Andrews, Therese, A. (2014). The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: A phenomenological hermeneutic study. <Http://hdl.handle.net/1956/10605>.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Delås, G. (2015). Barn i familier med alkoholproblemer og skam ; barn i familier med alkoholproblemer er ofte bærere av skam. Hva kan være årsakene til skamfølelsen,

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

hvordan oppleves den, og hvordan påvirker den deres hverdag? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 12(4), 298-306.

Departementene. (2013). *Du ser det ikke før du tror det*. Rapport fra nasjonal konferanse om tidlig innsats rettet mot barn i alderen 0-6 år. Oslo: Departementene. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rapporter/2013/du_ser_det_ikke.pdf

Folkehelseinstituttet. (2018) *Psykisk helse I Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet den 14.11.19 fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf

Erfaringskompetanse. (2018). *Veien videre. Når barn og unge er pårørende*. Skien. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet den 14.11.19 fra [file:///E:/Users/ninae/Downloads/Magasin-Veien-videre%20\(1\).pdf](file:///E:/Users/ninae/Downloads/Magasin-Veien-videre%20(1).pdf)

Foster, K., Lewis, P., & Mccloughen, A. (2014). Experiences of peer support for children and adolescents whose parents and siblings have mental illness. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(2), 61-67.

Gamst, K. (2017). *Profesjonelle barnesamtaler : å ta barn på alvor* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

Grunnloven. (1814). Kongeriket Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17). hentet den 25.10.19 fra <https://lovdata.no/lov/1814-05-17>

Haug Fjone, H., Ytterhus, B., & Almvik, A. (2009). How Children with Parents Suffering from Mental Health Distress Search for 'Normality' and Avoid Stigma: To be or not to be . . . is not the question. *Childhood*, 16(4), 461-477.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017) *Mestre hele livet. (Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022))*. Oslo: Departementene. Hentet den 25.10.19 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemelding. Gode liv i eit trygt samfunn*. (Meld. St. 19(2018-2019)). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Hentet den 25.10.19 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/mn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2019). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (Nasjonal faglig retningslinje). Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (Veileder /Helsedirektoratet)). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet den 25.10.19 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hjelmseth, M., & Aune, T. (2018). Lack of clear framework impedes work with children of sick parents. *Sykepleien Forskning*, 13(E-65521), 1-21.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kallander, E. (2010). Skjulte unge omsorgsgivere – helsepolitiske perspektiver. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, (03), 206-216.
- Killén, K. (2012). *Sveket : I : Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner* (4. rev. utg. [i.e. 2. utg. av 2-bindsutg.]. ed., Vol. I). Oslo: Kommuneforl.
- Killén, K. (2019). *Barndommen varer i generasjoner: Forebygging er alles ansvar* (4. utgave. ed.). Oslo: KF.
- Kompetansesenteret rus – region sør. (2014). *Barndommen er nå! En samtale med fagsjef Frid Hansen om barn, og familier I rusproblematikk*. Skien: Borgestadklinikken
- Korhonen, T., Pietilä, A., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 65-74.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langdridge, D., & Røen, P. (2017). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnæringer* (4.oppl ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lomell, H., & Neumann, C. (2017). Profesjonsblikk som analytisk grep og begrep. *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 1(04), 279-283.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Maybery, D., & Reupert, A. (2006). Workforce Capacity to Respond to Children Whose Parents have a Mental Illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 657-664.

- Maybery, D., & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: A review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 784-791.
- Mahoney, Laurie. (2010). Children living with a mentally ill parent: The role of public health nurses. (Report). *Nursing Praxis in New Zealand*, 26(2), 4-13.
- Murphy, Gillian, Peters, Kath, Wilkes, Lesley, & Jackson, Debra. (2018). Adult children of parents with mental illness: *Parenting journeys*. *BMC Psychology*, 6(1), 1-10.
- Neumann, C. (2009). *Det Bekymrede Blikket: En Studie Av Helsesøstres Handlingsbetingelser*, 242.
- NOU 2017:12. (2017). *Svikt og svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Informasjonsforvaltning.
- Norsk Sykepleierforbund. (2017). *Helsesøsterstillinger og utdanninger av helsesøstre. En kartlegging av behov for helsesøsterstillinger og helsesøsterutdanning*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nilsen, I., Litland, A., & Hjälmhult, E. (2014). Helsesøstres utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, (4), 358-365.
- Näsman, E., & Alexanderson, K. (2017). Föräldrar med missbruksproblem: Möten mellan barns och föräldrars perspektiv. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 94(4), 447-456.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet den 03.11.19 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rabbe, A. (2010). Usynlige barn? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, (03), 260-262.
- Redd barna (2018) FN's Barnekonvensjon. Hentet den 22.04.2018 fra <https://www.reddbarna.no/vaart-arbeid/barns-rettigheter/barnekonvensjonen-i-fulltekst>
- Reedtz, Charlotte; Mørch, Lisbeth; Lauritzen, Camilla. (2015). Are children of mentally ill patients identified in electronic patient journals according to the health legislation? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(1), 36.
- Skau, G. (2017). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Skundberg Kletthagen, H., & Moen, &. (2017). Mental health work in school health services and school nurses' involvement and attitudes, in a Norwegian context. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5044-5051.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om Spesialisthelsetjenesteloven (LOV-1999-07-02-61). Hentet den 25.10.19 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn: Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforl.
- Svalheim, A., & Steffenak, A. (2016). Child-responsible role related to children as caregivers of parents with mental illness - a phenomenographic study. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(1), 1-17.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torvik, F., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser* (Vol. 2011:4, Rapport (Nasjonalt folkehelseinstitutt: trykt utg.)). Oslo: Folkehelseinstituttet
- Vallesverd, V., Thorsen, I., Psykiatrisk opplysning, Stiftelsen, & BarnsBeste. (2014). *I for store sko: En tekstsamling om barn i omsorgsroller*. Stavanger: Hertervig.
- Werner, A., & Malterud, K. (2017). How can professionals carry out recognition towards children of parents with alcohol problems? A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(1), 42-49.
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness ; investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 354-359. DOI:10.1080/08039480801960065

Vedlegg 1. Prosjektbeskrivelse



Prosjektbeskrivelse/prosjektskisse

Masterstudent i psykisk helsearbeid: Nina Edvardsen

Veileder: Heidi Haug Fjone, førstelektor v/Nord Universitet

Bakgrunn for ønske om å gjennomføre dette prosjektet, er at mitt interessefelt er «barn som pårørende». Igjennom masterstudiet har jeg skrevet flere oppgaver som har omhandlet dette temaet. Fordypningsoppgaven i fjor vår, omhandlet barns erfaringer med å være pårørende der mamma og/eller pappa har en psykisk lidelse og/eller et rusproblem. Vi vet at barn påvirkes når foreldrene sliter, og trenger å forstå hva som skjer. Omsorgssituasjonen til barna er ofte vanskelig og uforutsigbar. Vi vet at barna ofte sliter alene, og at de har en økt risiko for selv og utvikle psykiske problemer og/eller rusmisbruk. Ifølge regjeringen og folkehelseinstituttet er dette et folkehelseproblem, og de har utarbeidet en strategiplan for god psykisk helse (2017 -2022) – «mestre hele livet».

I masteroppgaven ønsker jeg å undersøke hvordan hjelpere tilnærmer seg barna. Det er fortsatt store utfordringer knyttet til hvordan og hvem som kan identifisere disse barna, tiltros for at vi i Norge har en lov som pålegger helsepersonell ved barneansvarlig å avklare hvem av pasientene som har barn når de kommer i behandling, og ved behov skal barnet få informasjon eller oppfølging. Resultater fra en multisenterstudie (2015) viser at det ikke gjøres tilstrekkelig for å ivareta disse barna, og jeg lurer på om dette kunne ha vært unngått dersom barnets perspektiv ble bedre ivaretatt?

I dag er det ca. 450 000 barn i Norge, som vokser opp med foreldre som har en psykisk lidelse og/eller et rusproblem. Deres livssituasjon har fått økende oppmerksomhet, og den økte risikoen som er knyttet til slike oppvekstvilkår er kjent (Budir 2015). I en pressemelding fra regjeringen ved eldre- og folkehelseminister Åse Michalsen hevder hun;

«vi vet at en god oppvekst varer livet ut, og for å gi barn og unge trygge rammer må vi starte tidlig»
(Regjeringen 2019).

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

Små barn er en sårbargruppe, men hvor skal de få hjelp dersom ingen «ser» dem? Jeg lurer på hvordan barna egentlig har det, når det som oftest er de voksne vi snakker med? Helsestasjon er et lavterskeltilbud for alle barn og dets familie. Ifølge Lovdata (2011) er helsestasjon- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste som skal ivareta den fysiske og psykiske helsen, ved å gi helsefremmende og forebyggende tilbud. Ifølge Regjeringen(2019) har sagt at de har styrket denne tjenesten og kommer til å fortsette å videreutvikle denne tjenesten. Barnehelse handler ikke bare om å sikre barn mot sykdom. God barnehelse handler om å sikre fysiske, psykisk og sosial trivsel for barn(Barneombudets fagrapport 2013). I henhold til regjeringens folkehelsemelding, har helsestasjonen en unik mulighet til å identifisere barn med utfordrende oppvekstvilkår på et tidlig tidspunkt(Regjeringen 2019). Livskvalitet, trivsel og mestring bygges gjennom hele livet, og ved at det legges til rette for gode tiltak, som bidrar positivt til barns opplevelser av disse faktorene, vil det kunne virke beskyttende for deres psykiske helse. Staten har det overordnede ansvaret for å sikre barnet god helse, og kommunene må ha gode helsetjenester med god kompetanse på psykisk helsearbeid til barn. Helsesykepleier møter barn i sitt daglige arbeid, og har derfor en unik mulighet til å oppdage barn som sliter grunnet foreldrenes problemer.

Helsesykepleier har en god mulighet til å være en viktig voksen, og som kan hjelpe barn og komme i kontakt med andre tjenester dersom dette vurderes som nødvendig. Jeg ønsker i dette prosjektet å se på hvordan helsesykepleierne møter barn der det er mistanke om rus/psykisk helseutfordringer hos en eller begge foreldrene.

Studien vil begrense seg til helsesykepleiers erfaringer i oppfølgingen av barn(0-6 år) ved helsestasjonen. Jeg kommer ikke til å skille mellom de ulike rusmidler, da det for barn ikke spiller noen rolle hvilket rusmiddel foreldrene misbruker, men hvordan rusmiddelet påvirker foreldrenes væremåte ovenfor barnet som har betydning.

I henhold til studiens formål er problemstillingen for dette forskningsprosjektet;

«Hvilke erfaringer har helsesykepleiere i oppfølgingen av barn, der mor og/eller far har en psykisk lidelse og/eller et rusproblem?»

For å finne tidligere forskning, har jeg søkt i databasene «cinahl», «SveMed+». Søkeordene som ble benyttet enkeltvis og sammensatt var; «helsesykepleier», «school health services», «foreldre med rusproblem», «parental substans abuse», «foreldre med psykisk lidelse» «parental mental illness» og «impaired parent». I tillegg håper jeg å finne en del relevant forskning ved å studere litteraturhenvisninger i artikler eller annen relevant litteratur relatert til problemstillingen.

Jeg ønsker å intervjuer helsesykepleiere som har jobberfaring fra helsestasjon. Ifølge Dalland (2010) definerer han metode som en fremgangsmåte for å frembringe ny kunnskap, men også for å etterprøve påstander som er fremsatt som å være sanne, gyldige eller holdbare. Når man

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

skal undersøke erfaringer og opplevelser, hvor man skal gjøre tolkninger av teks må man bruke kvalitative metoder. Intervju som metode egner seg derfor godt når man skal ha informasjon om en persons erfaringer. Malterud (2011) beskriver et kvalitative intervju som metode man bør benytte, når man ønsker å få frem menneskers beskrivelser av egne opplevelser og erfaringer, og at dette gjøres ved å snakke med dem.

For å forstå informantens egne perspektiver innenfor kvalitativ forskning, kan fenomenologisk tilnærming benyttes, for å beskrive sosiale fenomener. Når Kvale & Brinkmann (2015) fremstiller den fenomenologiske tilnærmingen, er det ut fra hvordan mennesket beskriver sin virkelighet. Fenomenologisk tilnæringsmåte tilsier at man skal undersøke førstehånds beskrivelser av livserfaringer og tilstrebe og forstå betydningen av disse (Langdridge, 2006). Han presenterer fenomenologien som erfaringsvitenskap. Fokuset vil ligge i menneskets opplevelse av verden og det fenomenologiske arbeidet søker å beskrive en persons opplevelser sett i forhold til vedkommendes livserfaringer. Jeg er ute etter den subjektive opplevelsen av helsesykepleiers erfaringer.

Jeg tenker å benytte kvalitativ innholdsanalyse hvor jeg klassifiserer og de kategoriserer de ulike deler av tekstene for å kunne foreta en systematisk analyse. Samtidig som jeg gjør en kritisk gjennomgang av egne resultater sammenlignet med andre forskeres funn. Deretter kommer jeg til å drøfte mulige forklaringer på eventuelle forskjeller. Etske retningslinjer for forskning kommer til å bli fulgt fra denne planleggingen til prosjektets avslutning. Prosedyrer for håndtering av data skal følges for å ivareta den enkelte informant interesser og integritet.

Informasjonsskriv sendes ut til leder ved aktuell helsestasjon, som gir dette til hver helsesykepleier med et samtykkeskjema som underskrives før intervjuet gjennomføres. Jeg ser for meg å intervju imellom 6-8 helsesykepleiere som har erfaring fra helsestasjonen.

Under intervjuet kommer jeg til å benytte lydopptaker, OLYMPUS DM – 720, denne har ikke en GPS-sender. Lydopptakene som er tatt opp, skal transkriberes via NVivo12 til tekst. Både lydfiler og skrevet tekst vil bli oppbevart på en passord-beskyttet PC og ingen andre enn meg og min veileder vil ha tilgang på datamaterialet. All informasjon i intervjuundersøkelsen blir anonymisert, ingen vil kunne gjenkjenne hvem som har gitt opplysninger, slik vil heller ikke personer eller situasjoner kunne gjenkjennes. Jeg skal behandle de opplysninger jeg har fått med respekt og varsomhet. Jeg skal bestrebe å forholde meg både redelig, objektivt og upartisk, når resultatene skal fortolkes og presenteres.

Vedlegg 2. Informasjonsbrev



Informasjonsbrev til helsesykepleier om forskningsprosjektet

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få belyst helsesykepleiers erfaringer i oppfølging av barn der mor og/ eller far har et rusproblem og/eller en psykisk lidelse. Jeg kommer til å bruke et semistrukturert/halvstrukturert intervju for innhenting av datamateriale.

Tema for oppgaven er barn som vokser opp i hjem med foreldre som sliter med rus- og/eller psykiske lidelser. Helsesykepleier møter småbarn i sitt daglige arbeid, og har derfor en unik mulighet til oppdage barn som sliter grunnet foreldrenes problemer. Jeg ønsker med denne oppgaven å finne ut hvilke erfaringer du som helsesykepleier har med å indentifisere disse barna og hvordan de følges opp. Målet er å finne ut hvordan dette gjøres i dag, og hva som eventuelt kunne ha vært gjort annerledes for å sikre barna gode oppvekstbetingelser.

Prosjektet gjennomføres ved mastergradstudiet i psykisk helsearbeid, ved fakultet for sykepleie og helsevitenskap ved Nord Universitet. I denne siste del av studiet, skal jeg som student gjennomføre et forskningsprosjekt og skrive en masteroppgave i tilknytning til undersøkelsen. I arbeidet med prosjektet har jeg med meg Heidi Fjone Førstelektor ved Nord Universitet, som veileder.

All informasjon i intervjuundersøkelsen blir anonymisert og ingen vil kunne gjenkjenne hvem som har gitt opplysninger. Jeg er kjent med helsesykepleier sin taushetsplikt, og at jeg derfor vil innhente anonymisert data, som vil si at personer eller situasjoner ikke ville kunne gjenkjennes. Under intervjuet kommer jeg til å benytte lydopptaker. Dette for å sikre at jeg får all informasjon riktig med. Jeg er underlagt taushetsplikt og alle data vil bli behandlet konfidensielt og bli anonymisert, i samsvar med personvernregelverket. Det vil ikke innebære noen fordeler eller ulemper for deg og delta i forskningsprosjektet. Tidsrammen på intervjuet er ca. 60 minutter. Gjennomføringen av intervjuet vil skje når det passer for deg, men helst så snart som mulig.

Informasjonen du gir i intervjuet, vil brukes til å besvare problemstillingen i masteroppgaven slik det er beskrevet i dette skrevet. Lydopptakene som er tatt opp under intervjuet, skal transkriberes via NVivo12 til tekst. Både lydfiler og skrevet tekst vil bli oppbevart på en passord-beskyttet PC og ingen andre enn meg og min veileder vil ha tilgang på datamaterialet. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Jeg opplyser om at all deltakelse i prosjektet er frivillig , og du som informant når som helst kan trekke deg fra prosjektet uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil all data fra deg bli slettet. Du har rett til innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert som deg. Du kan også sende en klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger. Informanter som ønsker det kan få en kopi av masteroppgaven etter at den er levert. Datamaterialet vil etter planen slettes når masteroppgaven er levert og godkjent, senest innen 31.05.2020.

Vi behandler alle opplysninger fra deg, basert på sitt samtykke.

Studien er meldt til NSD – Norsk senter for forskningsdata.

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

Dersom du ønsker å delta eller du har spørsmål om forskningsprosjektet, eller du ønsker å benytte deg av dine rettigheter ta kontakt med;

1. **Nina Edvardsen**, telefon: **99254440** eller på e-post: nina.edvardsen@student.nord.no
2. **Heidi Fjone v/Nord Universitet**, telefon: **74212358** eller på e-post; heidi.h.fjone@nord.no
3. **NSD – Norsk senter for forskningsdata AS**, på e-post: persomverntjenester@nsd.no eller på telefon: 55582117

Med vennlig hilsen

Heidi Fjone
Veileder

Nina Edvardsen
Masterstudent i psykisk helsearbeid

Vedlegg:

- Samtykkeerklæring
- Intervjuguide

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.



Samtykkeerklæring – deltakelse i forskningsprosjekt:

Jeg har lest informasjonsbrev, og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg gir mitt samtykke til å delta i forskningsprosjekt.

Sted og dato:

Signatur:



Intervjuguide

Bakgrunn:

1. Kan du fortelle meg hvor lenge du har jobbet som helsesykepleier?
2. Hva vil du definere som dine arbeidsoppgaver som helsesykepleier?

Helsesykepleiers arbeidshverdag:

3. Beskriv/fortell om en vanlig konsultasjon/møte på helsestasjonen mellom barnet, deres foreldre og deg.

Kunnskap:

4. Hva legger du i begrepene:
 - a. Barn som pårørende
 - b. Psykisk lidelse
 - c. Rusproblem
 - d. Tidlig intervensjon
5. Hvordan vil du som helsesykepleier definere et barn/familier i risiko? Eventuelt hva ser du etter?
6. På hvilken måte synes du temaet: «barn i risikofamilier» blir vektlagt i din arbeidshverdag?
7. Opplever du å ha tilstrekkelig med kompetanse til å avdekke psykisk uhelse og/ eller rusproblematikk hos foreldre? Eventuelt hva mener du må til for at du kan bli bedre på dette?

Identifisering:

Barn i familier med rus- og/eller psykiske problemer har i flere sammenhenger blitt kalt «de usynlige barna». De har i stor grad vært oversett, og tjenestene til barna har vært tilfeldig.

8. Har du en erfaring/fortelling fra en gang der du møtte et barn hvor foreldrene hadde et rus- og/eller psykisk problem, og hvordan du jobbet med denne familien?
9. Hvilken mulighet har du til å avdekke barns belastning og risiko på et tidlig tidspunkt(psykisk helse og/eller rusproblem)?
10. På hvilken måte kan du identifisere et rusrelatert problem hos foreldre?
11. På hvilken måte kan du identifisere psykisk uhelse hos foreldre?
12. Hva er din forståelse av egen rolle i slike saker og eventuelt når bør du som helsesykepleier «gripe» inn?
13. Beskriv hva du som helsesykepleier kan gjøre dersom du kjenner uro/bekymring for et barns omsorgssituasjon.

Oppfølging:

14. Når det er bekreftet at barnet lever med foreldre som sliter med sin psykiske helse og/eller har et rusproblem, hvordan følger du opp barnet?
15. På hvilken måte kan du som helsesykepleier bidra med for å sikre at ivaretagelsen av barnets utviklingsbetingelser og sørge for at omsorgssituasjonen er god nok?

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

16. Hvilke erfaringer har du som helsesykepleier med å bevisstgjøre foreldre om hvordan barn påvirkes av psykisk uhelse og/eller rusproblematikk?
17. Hvordan mener du at samarbeidet rundt barn som trenger hjelp organiseres?

Ellers:

18. Er det noe annet som du ønsker å dele av dine tidligere erfaringer i oppfølgingen av barn der mor og/eller far har et rus- og/eller psykisk problem som ikke er spurt etter her?

Jeg ser deg, jeg har tid til deg.

Vedlegg 3. Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata(NDS)

Helsesykepleieres erfaringer med oppfølging av barn der mor og/far har en psykisk lidelse eller et rusproblem

Referanse

450064

Status

Vurdert

Åpne Meldeskjema

☰ Vurdering

Skriv melding her

Send melding

NSD Personvern

03.06.2019 13:38

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 450064 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 03.06.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meldt_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning

svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32) For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

N

NSD Personvern

05.05.2019 09:16

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 450064 er innsendt og mottatt.

N

NSD Personvern

20.05.2019 11:18

N

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 450064 må kompletteres for at NSD kan fortsette vurderingen. Når du har gjort oppdateringene i skjemaet, må du gå til siden "send inn" og trykke "bekreft innsending". Dersom du har ytterligere kommentarer eller spørsmål kan du skrive en melding i dialogfeltet over og trykke "send melding". Følgende kommentar er gitt av NSDs personvernrådgiver: Hei, Vi har gjort en første gjennomgang av ditt meldeskjema og har noen kommentarer: 1. Utvalget ditt har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon 2. Det vedlagte informasjonsskrivet er i hovedsak godt utformet, men mangler litt obligatorisk informasjon - når prosjektet skal avsluttes (ca. dato/år) - det lovlige grunnlaget (behandlingsgrunnlaget) for behandling av personopplysninger, eksempelvis samtykke - retten til å be om innsyn, retting, sletting, begrensning, og dataportabilitet - retten til å klage til Datatilsynet - kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud Bruk gjerne vår mal: nsd.ub.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om_t.html Vennligst last opp nytt informasjonsskriv. Vi ber om at du oppdaterer meldeskjemaet etter våre kommentarer og deretter sender meldeskjemaet i retur til oss ved å trykke «send inn» og «bekreft innsending». Vi vil deretter ta en ny gjennomgang av ditt meldeskjema. Lykke til med videre utfylling!

N

NSD Personvern

03.05.2019 11:40

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 450064 er innsendt og mottatt.

