

MASTEROPPGAVE

Master i Empowerment og helsefremmende arbeid

Februar 2019

Helsesøstres erfaringer med å fremme god psykisk helse

blant barn og unge

- *Hva mener helsesøstre har betydning for å fremme god psykisk helse blant barn og unge og hvilke utfordringer møter de i dette arbeidet?*

Ingjerd Iren Leiros

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

FORORD

Det er med glede og lettelse jeg nå setter punktum for denne lange, men spennende og lærerike reisen jeg har vært med på. Det har vært en givende, frustrerende, men aller mest en inspirerende prosess. Givende fordi jeg har fått et unikt innblikk i forskningsprosessen og en mulighet til å fordype meg i et spennende tema. Jeg er takknemlig for at jeg stod fritt i valg av tema og valgte derfor et felt som er og alltid kommer til å være et stort interessefelt. Barn og unge er vår fremtid og selve grunnmuren for hvordan samfunnet kommer til å utvikle seg. Jeg er derfor svært takknemlig for at jeg kunne vie så mye av min tid til å undersøke helsesøstrenes erfaringer med denne gruppen.

På bakgrunn av dette vil jeg rette en stor takk til helsesøstrene. Takk for at dere tok dere tid til å være mine informanter! Takk for at dere var ærlige og ekte i deres utsagn. Dette gjorde materialet ekstra spennende for meg å studere. Uten dere ville studien ikke vært mulig.

I arbeidet med denne oppgaven er det flere personer som har vært viktige for meg. En stor takk må først og fremst gis til mine veiledere, Ragnhild og Arnhild, for inspirasjon, veiledning, støtte og tilbakemeldinger underveis. Dere er begge hardtarbeidende kvinner som jeg ser opp til!

Jeg vil også takke mine medstudenter, Elise, Synne, Maren og Hanne for all støtten, gode råd og samtaler i forbindelse med dette arbeidet. Studiehverdagen ville ikke vært den samme uten dere!

Masteroppgaveskrivingen har også krevd tålmodighet og støtte fra mine nærmeste. Takk til familie, samboer og venner for all støtte og oppmuntring underveis.

Jeg er stolt av meg selv og glad for at jeg har gjennomført Master i Empowerment og helsefremmende arbeid, da det åpner mange spennende muligheter for meg i fremtiden! Nå ser jeg frem til å komme ut i arbeidslivet og praktisere alt jeg har lært gjennom utdanningsforløpet. Jeg er klar!

Oslo, januar 2019

Ingjerd Iren Leiros

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Helsesøstre har en sentral rolle når det gjelder å fremme de unges helse. Imidlertid er det noe uklart hva som har betydning for barn og unges mestring av egen helse og hvilke utfordringer helsesøstrene møter i sitt arbeid.

Hensikt: Studiens hensikt er å undersøke hva helsesøstre mener har betydning for å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år, og hvilke utfordringer som finnes i dette arbeidet.

Teoretisk forankring: Empowerment er det overordnede teoretiske perspektivet for studien. Videre bygger studiet på teori om helsefremming og forebygging. Studien benytter seg også av teorier om resiliens, risiko og beskyttelsesfaktorer.

Metode: Studiens design er eksplorativt og deskriptivt med kvalitativ metodologi. Utvalget består av helsesøstre fra ulike kommuner på Østlandet. Datainnsamlingsmetoden som ble benyttet var en-til-en intervju med helsesøstre. Data er analysert med inspirasjon fra systematisk tekstkondensering.

Resultater: Studiens resultater viser til to hovedtema som har betydning for helsesøstres forebyggende- og helsefremmende arbeid blant barn og unge: 1) betydning av stabilitet og trygghet og 2) betydning av anerkjennelse. Det siste og tredje hovedtemaet omhandler hvilke utfordringer som er aktuelle i helsesøstrenes forebyggende- og helsefremmende arbeid: 3) betydningen av det tverrfaglige samarbeidet og dens utfordringer.

Konklusjon: Studien viser at vektlegging av empowerment kan ha betydning for helsesøstrenes arbeid med å fremme barn og unges psykiske helse. Helsesøstre mener det må bli tettere tverrfaglig samarbeid og dedikeres mer ressurser til dette arbeidet. Informantene påpeker imidlertid at barn og unge må ta del i sin egen helse gjennom brukermedvirkning.

Nøkkelbegreper: Psykisk helse, helsesøstre, barn- og unge, helsefremmende arbeid, empowerment, tverrfaglig samarbeid

Antall ord: 27500

ABSTRACT

Background: School nurses have a central role in improving young people's health and well-being. However, it is unclear what is important for the children's and adolescents empowering process and what challenges school nurses encounter in their professional work.

Intention: The intention of the research is to investigate what school nurses believe is important when promoting good mental health among children and adolescents aged 5-16, and what challenges they meet in their work.

Theoretical perspective: The main theoretical perspective of the research is empowerment. Furthermore, the research builds on the theory of health promotion and preventive healthcare. Finally, the research uses theories of resilience, risk and protective factors.

Method: The research design is exploratory and descriptive with a qualitative methodology. The sample consist of school nurses from various municipalities in Oslo and Akershus. The data collection method used is one-to-one interviews with school nurses. Data is analysed with inspiration from systematic text condensation.

Results: The results of the research refer to three main themes which are important for the school nurses' work related to health promotion and preventive healthcare among children and adolescents: 1) importance of stability and security, 2) importance of recognition and 3) the importance of interprofessional collaboration and its challenges.

Conclusion: The research shows that empowerment have an impact on the school nurses work in promoting the mental health of children and adolescents. The school nurses believe that increasing interprofessional collaboration and increasing resources availability will have a positive effect. However, the informants point out that children and adolescents must take part in their own empowering process through user involvement.

Keywords: Mental Health, School Nurses, Child Guidance, School Health Services, Interprofessional Collaboration, "Power (Psychology)"/Empowerment

Number of words: 27500

INNHOOLD

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
1.0 INTRODUKSJON	8
1.1 Bakgrunn og relevans	8
1.2 Tidligere forskning	10
1.2.1 Helhetsinntrykk av forskningen	10
1.2.2 Helsesøstrenes utfordringer	10
1.2.3 Tidlig innsats	12
1.2.4 Helsesøstertjenestens organisering og nasjonale anbefalinger	13
1.3 Hensikt	14
1.4 Forskningsspørsmål	14
2.0 KUNNSKAPSSTATUS	15
3.0 TEORETISK PERSPEKTIV	16
3.1 Empowerment	16
3.1.1 Veiledning	18
3.1.2 Salutogenese	19
3.1.3 Mestring	19
3.2 Helsefremming	21
3.3 Forebygging	22
3.4 Risiko og beskyttelsesfaktorer	23
3.4.1 Resiliens	24
4.0 DESIGN OG METODE	26
4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	26
4.1.1 Førforståelse	26
4.2 Datainnsamlingsmetode	29

4.2.1 Intervjuguide	29
4.3 Utvalg og rekruttering	30
4.4 Gjennomføring av de kvalitative intervjuene	31
4.5 Transkribering	32
4.6 Etiske hensyn	32
4.8 Analyse	33
5.0 PRESENTASJON AV FUNN OG FORTOLKNINGER.....	36
5.1 Betydningen av stabilitet og trygghet.....	36
5.1.1 Utrygghet og dens påvirkning på barn og unges psykiske helse.....	36
5.1.2 Betydningen av tillit og tilstedeværelse	38
5.1.3 Betydningen av relasjonsbygging.....	41
5.2 Betydningen av anerkjennelse	43
5.2.1 Betydningen av å bygge på barn og unges styrker og fokusere på mestring – Empowerment.....	43
5.2.2 Betydningen av tidlig innsats	45
5.3 Det tverrfaglige samarbeidet og dens utfordringer	46
5.3.1 Samarbeidet med skolen, foreldre og ulike instanser	46
5.3.2 Involvering av barn og unge i det tverrfaglige samarbeidet.....	51
6.0 DISKUSJON AV METODE OG RESULTATER.....	54
6.1 Diskusjon av metode	54
6.1.1 Styrker og svakheter ved datainnsamlingsmetoden.....	54
6.1.2 Troverdighet, overførbarhet og pålitelighet	56
6.2 Betydningen av stabilitet og trygghet.....	57
6.2.1 Utrygghet og dens påvirkning på barn og unges psykiske helse.....	57
6.2.2 Betydningen av tillit og tilstedeværelse	62
6.2.3 Betydningen av relasjonsbygging.....	64
6.3 Betydningen av anerkjennelse	65

6.3.1 Betydningen av å bygge på barn og unges styrker og fokusere på mestring – <i>Empowerment</i>	65
6.3.2 Betydning av tidlig innsats	69
6.4 Det tverrfaglige samarbeidet og dens utfordringer	72
6.4.1 Samarbeidet med skolen, foreldre og ulike instanser	72
6.4.2 Involvering av barn og unge i det tverrfaglige samarbeidet.....	76
7.0 AVSLUTNING	79
7.1 Oppsummering av funn og konklusjon fra studien	79
7.2 Implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning	79
LITTERATUR	81
VEDLEGG.....	88

Helsesøstres erfaringer med å fremme god psykisk helse blant barn og unge

1.0 INTRODUKSJON

Studiens design er eksplorativt og deskriptivt med kvalitativ metodologi. Kvalitative intervju er benyttet som datainnsamlingsmetode, og data er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud (2017).

1.1 Bakgrunn og relevans

Nye utviklingstrekk i samfunnet gir helseutfordringer som krever nye strategier. Barn og ungdom er en sentral målgruppe for helsearbeid siden mye av grunnlaget for senere helse og helsevaner legges tidlig i livsløpet. Hver enkelt kommune har ansvar for å overvåke barnas helsesituasjon hvor de skal planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer en best mulig fysisk og psykisk helse.

“Magien ligger i hvordan du møter folk” - Tale Maria Krohn Engvik.

Sitatet over er hentet fra et intervju med hele Norges helsesøster, bedre kjent som “Helsesista” (Buer, 2018). Engvik slet med konstant dårlig samvittighet da hun opplevde å ikke strekke til i jobben. Hun følte derfor at hun måtte lage en ny arena for å bli mer tilgjengelig for de unge. Engvik tok derfor permisjon fra jobben for å lage en portal gjennom Snapchat. “Helsesista” mener det er viktig å lytte til de unge, og ikke være dømmende (Kvitrud, 2018). I møte med ungdommen bør en unngå å være bastant og moraliserende, sier hun (Buer, 2018). I “Helsesistas” tilnærming gjennom Snapchat-kontoen handler derfor alt om hvordan man kommuniserer (Buer, 2018).

Nordisk ministerråd og regjeringen arrangerte 27.februar 2017 et toppmøte om unges psykiske helse og livskvalitet i Norden (Regjeringen, 2017). Statsminister Erna Solberg åpnet toppmøte med å si at dette er en av de vanskeligste samfunnsoppgavene vi står ovenfor, da en av fem barn og unge har psykiske helseutfordringer. Helse- og

omsorgsminister Bent Høie uttalte seg på konferansen slik: *“Vi må bli flinkere til å se barn og unges utfordringer så tidlig som mulig. Det betyr at vi må tenke helsefremmende og forebyggende der god psykisk folkehelse skapes: I barnehagen, i klasserommet, på arbeidsplassen og i lokalsamfunnet”*. Under konferansen ble det poengtert at skolen er en viktig portal for forebyggende arbeid, men at skolen, helsesøstre, psykologer og foreldre måtte samarbeide bedre.

Samfunnets og regjeringens engasjement rundt tema styrker relevansen av denne studien. Ifølge forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (skolehelsetjenesten, 2018) kapittel 2, § 3. andre ledd skal kommunen tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år. Videre under samme ledd presiseres det at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et tverrfaglig tilbud. Ifølge § 1. er forskriftenes formål at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være et tverrfaglig samarbeid som skal bidra til å fremme psykisk og fysisk helse og skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom. Dette er en av forskriftene helsesøstrene må ta stilling til og som vil være relevant også med tanke på teorier rundt Empowerment.

Mestring og muligheter var tittelen på en folkehelsemelding som kom i 2014 (St. 19 Meld., 2014-2015). Forordet i denne meldingen ble skrevet av Anlov P. Mathisen som jobber i Mental Helse. Ifølge Mathisen (2014) er det viktig å likestille og inkludere psykisk helse som en del av folkehelsearbeidet for at vi skal komme et steg videre mot mindre stigmatisering og tabu. Videre presiserer han at det er viktig å ha et åpent samfunn der vi tar vare på hverandre ved å tørre å snakke åpent om det som er vanskelig (Mathisen, 2014). Han påpekte at det er et problem at mange holder det for seg selv at de har det vanskelig, noe som kan forsterke lidelsen, mener han. Nesten halvparten av oss opplever en psykisk lidelse i løpet av livet, enten som pårørende eller pasient (Mathisen, 2014). Selv om psykiske lidelser kan virke skremmende er det viktig å fokusere på at det også er helt normalt, mener Mathisen (2014).

I september 2017 kom det nye nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017). I de nye retningslinjene ble det tydeliggjort at tilbudet til barn, ungdom og deres foreldre bør og skal tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov, slik at en sikrer et likeverdig tilbud med god

praksis og dermed også faglig forsvarlighet i hele landet. Sentralt i de nye retningslinjene er søkelys på et systematisk samarbeid med skolen.

Målet med Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) er å *“bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte”* (Helsedirektoratet, 2018). Videre skal det være økt fokus på strategier som forebygger mer, behandler tidligere og samhandler bedre. Det blir også lagt vekt på at pasienter og brukere skal få tidlig hjelp i nærheten av sitt bosted (Helsedirektoratet, 2018). Samhandlingsreformen samt lov om folkehelsearbeid (2011) er sentrale for min studie. Lov om folkehelsearbeid (fhl, 2011) har som mål å: *“bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse”* (§ 1. første ledd). Loven ønsker å sikre kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter å sette i gang tiltak og bidra til samordning for at folkehelsearbeid skal fungere i praksis. På den måten skal loven legge til rette for langsiktig og systematisk folkehelsearbeid (fhl, 2011). Både samhandlingsreformen og lov om folkehelsearbeid fokuserer på mer ansvar til kommunene hvor: *“kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer”* (fhl, 2011, § 7.) I forhold til helsesøstrenes arbeid for å fremme de unges helse er dette noe av det som er gjeldende i deres arbeid.

1.2 Tidligere forskning

1.2.1 Helhetsinntrykk av forskningen

Flertallet av artiklene som ble identifisert tilhører fagområdene sykepleie, psykologi og helseøkonomi. Dette kan ha sammenheng med at sykepleie er grunnutdanningen for helsesøsteryrket. Det kan også forklares med at sykepleie er en av de største profesjonsutdanningene vi har i landet. Det ble lagt vekt på å finne norsk og nordisk forskning da det ble vurdert til å ha best overførbarhet til hvordan skolehelsetjenesten er bygd opp i Norge. Det ble derimot funnet og lest en del utenlands forskning under prosessen da mye av forskningen jeg fokuserte på støttet seg til andre studier og inneholdt generelle teorier som ble vurdert som nyttige i min studie. Det ble identifisert både kvalitative og kvantitative studier.

1.2.2 Helsesøstrenes utfordringer

Moen gjorde i 2018 en studie som omhandlet helsesøstrenes utfordringer med psykisk uhelse i skolen. Studien bygget på en studie som er publisert som to artikler for Nordic Journal of

Nursing Research og Journal of Clinical Nursing, begge fra 2017. Forfatterne av disse studiene var Moen sammen med Skundberg-Kletthagen. Studien til Moen (2018) var i hovedsak en kvantitativ spørreundersøkelse med besvarelse fra 284 helsesøstre. Utvalget var fra 163 ulike kommuner i Norge, med ulik størrelse. Spørreskjemaet inneholdt også noen åpne spørsmål hvor utsagnene ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse. Hovedfunnene i studien var at helsesøstre brukte mer enn halvparten av arbeidstiden sin på elever med psykiske plager. Det kom fram av studien at helsesøstre ønsket seg mer verktøy og kurs innen psykisk helse for å styrke den faglige kompetansen. Helsesøstre i denne studien påpekte også at de kunne tenke seg mer støtte fra barne- og ungdomspsykiatrien for å styrke arbeidet og øke kvaliteten på tjenesten for elevene. Studien diskuterte også forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (skolehelsetjenesten, 2018), som blant annet påpeker at det er viktig at helsesøstre oppdager elever som har psykiske lidelser eller plager. Studien diskuterte også i hvilken grad helsesøstre er rustet til å møte disse kravene. Det blir poengtert at helsesøstre er en viktig fagperson i møte med barn og unge. På bakgrunn av dette er helsesøstre en person som er godt egnet til å avdekke om enkelte barn og unge sliter psykisk. Nye nasjonale retningslinjer, standardiserte verktøy og intervensjoner kan bidra til at helsesøstre kan utnytte sitt potensial, viser funnene av denne studien. De overnevnte funnene begrunner viktigheten av å gi helsesøstre veiledning, kunnskap og tilrettelagte verktøy for at de skal føle seg tilstrekkelig i sitt arbeid. Studien mener det bør forskes videre på mulige innovative løsninger og enkle "verktøy" som er anvendbare og håndterbare i helsesøstrenes praksis i skolehelsetjenesten.

En annen studie utført av Larsen, Christiansen, og Kvarme i 2016 omhandler helsesøstrenes utfordringer for å fremme elevenes psykiske helse. Denne artikkelen starter med setningen: *"Skolen er den viktigste arena for helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge"* (Haugland & Grimsmo, 2009). Artikkelen diskuterer hvordan skolen ikke bare er en viktig arena for læring, men også for en positiv helseutvikling i barne- og ungdomstiden. Videre påpeker artikkelen at psykiske problemer gjerne debutterer i barndom og ungdomstiden (Haugland & Grimsmo 2009). Skole og skolehelsetjenesten representerer hver sine etater med ulik organisering, profesjoner og roller. Det er her store forskjeller mellom etatene, noe som kan være en utfordring for tverrfaglig samarbeid (Hjälmhult, Wold & Samdal, 2002). Studien påpeker at helsesøstre i skolehelsetjenesten opplevde å ha en viktig oppgave i forhold til å fremme elevenes psykiske helse, men at de opplevde utfordringer knyttet til det tverrfaglige

samarbeidet. Helsesøstrene utrykte ønske om å ha større mulighet til å vektlegge helsefremmende og primærforebyggende arbeid.

1.2.3 Tidlig innsats

Schancke gjorde i 2012 en studie som så på skolen som arena for helsefremmende og forebyggende arbeid og hvilke sentrale byggesteiner som fantes i en lokal skolestrategi. Forskningsartikkelen tar for seg viktigheten av å starte forebyggende helsearbeid igjennom skolen, fra tidlig alder. Schancke påpekte at barn og unge tilbringer mye tid på skolen, og ved siden av foreldrene er det lærerne som har mest kontinuerlig relasjon til barn og unge i vårt samfunn (Henriksen, 1999). Artikkelen viser til forskning gjort både i Norge og i utlandet hvor det fremheves at skolen bør ha en sentral rolle i det forebyggende arbeidet (Bremberg, 2002; Folkehelseinstituttet et al., 2011; Helsedirektoratet, 2010a; Nordahl, Sørli, Manger & Tveit, 2003; NOU 2003:4, 2003; Ogden, 2006; Schancke, 2005).

Artikkelen viser også til de nasjonale retningslinjene om at skolen skal være med på å fremme god helse og bidra til en positiv personlig og sosial utvikling hos elevene (Folkehelseinstituttet, 2011).

Studien til Holte (2012) kan sammenliknes med funnene over. Holte gjorde en studie hvor han konkluderte med ti prinsipper for å forebygge psykiske lidelser. Basert på tidligere forskning fastslår Holte at psykiske lidelser er en stor trussel mot samfunnsutviklingen, og påpekte at barnehager og skoler er viktige arenaer i forebyggingsprosessen.

Sand og Kvarme gjorde i 2018 en kvalitativ studie hvor det ble gjennomført tre fokusgruppeintervju av 9 helsesøstre som jobber på ungdomsskolen. Hensikten med studien var å undersøke hvordan helsesøstre kan oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom. Videre ønsket de å undersøke hvordan helsesøstre kan bidra til å oppdage nedstemthet hos ungdommene, hvor tidlig innsats ble vektlagt. Studien viser til selvrapporterte undersøkelser der ungdom har svart på spørsmål angående sin psykiske helse. Disse undersøkelsene viste at mer enn 20 prosent av elevene på ungdomsskolen har psykiske utfordringer (Bakken, 2016; A Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Videre fant studien at det kan være vanskelig å oppdage de psykiske utfordringene ungdommene strir med fordi de ofte er flinke til å skjule hvordan de egentlig har det. Studien fant at nedstemthet blant ungdommene kan påvirke deres helse og skoleprestasjoner. Sand og Kvarme (2018) viste også til en studie som fant at selvløste psykiske problemer kan øke risikoen for å få psykisk sykdom senere i livet (Kim-Cohen

et al., 2003). Studien til Sand og Kvarme (2018) konkluderte derfor med at tidlig intervensjon, tett oppfølging og tverrfaglig samarbeid kan bidra til å forhindre at psykiske utfordringer utvikler seg til psykiske lidelser blant ungdom (Folkehelseinstituttet, 2015; omsorgsdepartementet, 2008-2009).

1.2.4 Helsesøstertjenestens organisering og nasjonale anbefalinger

I 2018 publiserte Waldum-Grevbo en studie hvor det var utført en større kartlegging via en elektronisk spørreundersøkelse sendt ut til 3750 medlemmer i Landsgruppen av helsesøstre (LaH NSF) i desember 2017 for å se i hvilken grad helsesøstre i skolehelsetjenesten i norske kommuner fulgte retningslinjene for skolehelsetjenesten (skolehelsetjenesten, 2018).

Inklusjonskriteriene var at informantene var medlem av LaH NSF og jobbet i skolehelsetjenesten. Forsker fikk svar fra omtrent halvparten av helsesøstre i skolehelsetjenesten som viste stor variasjon i hvorvidt helsesøstre fulgte anbefalingene i disse retningslinjene. Informantene nevnte spesielt fire årsaker til ulikhet i tilbudet: helsesøsters stillingsbrøk og tilgjengelighet på skolen, skolehelsetjenestens beliggenhet i skolebygget, ulikt lovverk i skole og helsetjeneste og hvor langt implementeringen av de nye retningslinjene var kommet i kommunene (K. Waldum-Grevbo, 2018).

I august 2018 ble det utgitt en studie av Aglen og Olsen hvor det ble undersøkt hvordan ulike kommuner i Trøndelag organiserte helsesøstrenes arbeid. Av 48 kommuner fikk de kontakt med 27. Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom arbeidsmodeller, ledelse av tjenesten og konsekvenser for kvalitet og innhold av tjenesten (Aglen & Olsen, 2018). Aglen og Olsen (2018) hadde ønske om å inspirere til videre debatt om hvordan tjenesten kan organiseres i samsvar med samfunnets utvikling. Det kom fram av undersøkelsen at kommunen organiserte helsesøstrenes arbeid svært ulikt. Studien undersøkte også i hvilken grad regjeringens satsning på helsestasjons- og skolehelsetjenesten medfører organisatoriske endringer. Aglen og Olsen (2018) viste til en studie gjort av Smeby og Vågan (2007) hvor de fant at studentene på helsesøsterutdanningen omtalte utdanningen som en "startpakke" med den mest nødvendige kunnskapen, men at helsesøsteryrket innebar en livslang læringsprosess (Smeby & Vågan, 2007). Aglen og Olsens (2018) erfaringer var at studentene på helsesøsterutdanningen var overveldet av mengden fagstoff og krav til kompetanse som møter dem i yrket. De mente videre at studentene opplevde at pensum for helsesøsterutdanningen var for omfattende for ett års videreutdanning.

Aglen og Olsen (2018) viste til en annen studie gjort av Laiho (2010) hvor det ble antatt at den nåværende ettårige helsesøsterutdanningen skal utvides med en påbygning eller til et toårig mastergradsløp. En slik utvikling mente Aglen og Olsen (2018) kunne øke spesialiseringen gjennom at studentene skrev mastergradsoppgave om helsestasjonen eller skolehelsetjenesten, som igjen kan øke interessen for å skrive doktorgrad. Aglen og Olsen (2018) viste her til en studie hvor det ble presisert at økt forskningsaktivitet innen utdanningen førte til økt forskningsbasert kunnskap og utvikling (Frenk et al., 2010).

Videre i studien beskrev Aglen og Olsen (2018) erfaringer om at helsesøstrene i stor grad selv må avgjøre hvor grensene går mellom helsefremmende og forebyggende arbeid, behandling og tertiært forebyggende arbeid rettet mot pasienter. For å bygge opp om disse erfaringene viste Aglen og Olsen (2018) til forskning gjort av (Dahl, 2016). Dahl fant at helsesøsterutdanningene ikke syntes å være helt klar på denne grenseoppgangen mellom folkehelsearbeid, tertiært forebyggende arbeid og behandling.

1.3 Hensikt

Studiens hensikt er å undersøke hva helsesøstre mener har betydning for å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år, og hvilke utfordringer som finnes i dette arbeidet. Gjennom teorier rundt empowerment og helsefremmende arbeid ønsker jeg bevisstgjøring rundt tema og skape grunnlag for videre forebyggende- og helsefremmende arbeid.

1.4 Forskningsspørsmål

Studiens tema er barn og unges psykiske helse og hvilke erfaringer og utfordringer helsesøstre møter i sitt yrke i forhold til forebyggende- og helsefremmende arbeid. Forskningsspørsmålet er:

Hva mener helsesøstre har betydning for å fremme god psykisk helse blant barn og unge og hvilke utfordringer møter de i dette arbeidet?

2.0 KUNNSKAPSSTATUS

Det har blitt utført større søk iblant annet SveMed+, Oria, Cinahl, Cochrane og Medline underveis i prosessen. Det er også gjort direkte søk i nettsidene til ulike faglige tidsskrift som blant annet Nordisk senter for helseforskning og Sykepleien. Relevante saker og avisartikler som er presentert i media, fagartikler og litteratur er også lest og benyttet gjennom prosessen. Før de systematiske søkene ble gjort, ble databasen MeSH og SveMed+ brukt for å finne synonyme søkeord på norsk og engelsk, slik at litteratursøkene skulle få bedre kvalitet. Relevant litteratur og nøkkelord fra artikler ble også benyttet for å finne gode søkeord. I litteratursøkene ble det gjort noen eksklusjonskriterier for å lettere finne relevant og nyere forskning. Inklusjonskriteriene som ble satt var publiseringsdato fra 2012-2019, vitenskapelig artikkel eller forskningsstudier, publiseringer på norsk, engelsk, dansk og svensk. Søkeordene som ble brukt var blant annet: psykisk helse, skolehelsetjenesten, helsesøstre, helsefremmende arbeid, forebyggende arbeid, empowerment, school nurses og mental health. Litteraturlister til relevante artikler ble også benyttet, for å identifisere eventuelle nye aktuelle artikler og faglitteratur. Ifølge Polit og Beck (2012) sin trinnmodell for litteraturgjennomgang er en slik søkestrategi kalt manuelle søk. Flere relevante artikler ble identifisert ved hjelp av denne metoden.

3.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Studien er forankret i fagområdet empowerment – helsefremmede arbeid og anses som det overordnede teoretiske perspektivet for studien. Under empowerment vektlegges veiledning, salutogenese og mestring som sentrale teorier for målgruppen som studeres, i den forstand at helsesøstrene kan bruke disse teoriene som verktøy for å fremme barn og unges psykiske helse. Det redegjøres også for teorier om helsefremming og forebygging. Siste delkapittel omhandler risiko- og beskyttelsesfaktorer samt resiliens.

3.1 Empowerment

Begrepet Empowerment ble lansert i Ottawa-charteret i 1986 (WHO, 1986) og ble der definert som *“en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse”*. Ifølge Gibson (1991) stammer empowerment fra det latinske ordet *potere* som betyr *to be able*. Gibsons definisjon blir derfor brukt som rød tråd i denne oppgaven. Hans definisjon er som følger (1991, s. 359): *“empowerment is a social process of recognizing, promoting and enhancing people’s abilities to meet their own needs, solve their own problems and mobilize the necessary resources to feel in control of their own lives”*.

Ifølge Forsberg, Starrin og (red.) (1997) er empowerment et begrep med to betydninger; det å gi makt eller autoritet tilbake til, og det å gi mulighet eller tillatelse til. Dette kan gjøres ved at helsesøster hjelper de unge med å handle etter det som gir økt kontroll over eget liv.

Helsesøstrene kan bidra til at de unge kan utvikle en spesiell måte å tenke om seg selv på, bli mer bevisst på samfunnets strukturer og at de kan modifiseres og forandres (Lønne, 2008).

Hoved essensen i empowermentttenkning er å ha et positivt syn på mennesket, hvor mennesket er et aktivt og handlende individ som både vil og har kjennskap til sitt eget beste om forholdene oppleves som tilrettelagt (Askheim, 2012). For å støtte meg til Gibsons (1991) syn på empowerment fokuserer en på mulige løsninger kontra problemer, da han mener empowerment er forebyggende orientert og et positivt begrep. Empowermentttenkning forstås i denne studien som et redskap som kan hjelpe helsesøstrene og de andre tverrfaglige samarbeidspartnerne i det forebyggede- og helsefremmende arbeidet av psykiske lidelser blant barn og unge. Det vil si at helsesøstrene åpner for en kommunikasjon om de behov og ønsker som barn og unge har. De unge som helsesøstrene møter kan på den måten fremstille sine egne prioriteringer og medvirke i gjennomføringen av de tiltakene som iverksettes.

Praktisering av empowermentttenkning avhenger derfor av at helsesøster og andre involverte i

det tverrfaglige miljøet gir fra seg makt og styring i den grad det er mulig (Mæland, 2016). Ifølge Spreitzer (1995) er det ulike faktorer som må være til stede for at empowerment-tenkning skal fungere. Disse faktorene er mening, kompetanse, selvbestemmelse og innflytelse. Kompetanse er i denne sammenheng hvilken følelse av mestringstro personen har, eller hvilken tro en har på egen gjennomføringsevne. I sammenheng med barn og unge vil det si hvilken motivasjon de har for å oppnå bedre helse. Mening handler om hvilken verdi det kan ha for den unge å gjøre endringer for å bedre helsen ut ifra egen virkelighetsoppfatning og idealer. Selvbestemmelse står i sammenheng med følelsen av autonomi i arbeidet og vil si at det er viktig at de unge tar egne valg i veien mot bedre helse, i samarbeid med helsesøstre. Om en av de fire faktorene er fraværende vil vedkommende oppleve begrenset empowerment, ifølge Spreitzer (1995). Sett i sammenheng med helsesøstre og deres møte med barn og unge er det viktig med tilrettelegging slik at de unge også får mulighet til å påvirke valgene som tas i forhold til samtaler med helsesøster eller et tverrfaglig team. Dette viser til at empowerment på mange måter har et relasjonelt aspekt som står i samsvar med Gibson (1991) syn på empowerment. Han sier at relasjonen ikke er ensidig. For at empowermentprosessen skal skje må det derfor være gjensidig respekt og tillit mellom partene hvor samarbeid er avgjørende (Gibson, 1991). Faktorer som må være til stede for å bidra til andres empowermentprosess er ifølge Gibson (1991) holdninger som mot, forpliktelser, fleksibilitet, samarbeidsvillighet, toleranse og villighet til å gjøre kompromiss. Ifølge Gibson (1991) blir derfor ferdigheter innen kommunikasjon, undervisning og veiledning viktig. Ut ifra dette kan det tenkes at helsesøstre bør være god på å kommunisere med de unge i deres samtaler men også i undervisning, og ha kjennskap til hvordan en skal veilede i en empowermentprosess for at barn og unge skal ta ansvar for deres egen helse. Ifølge Gibson (1991) veier ansvaret for empowermentprosessen på mange aktører, på individet selv, men også institusjoner, organisasjoner og samfunnet. Ut ifra dette er det både de unges og helsesøsters ansvar, men også skolen, praksisfeltet og samfunnet som helhet. Empowerment handler ifølge Gibson (1991) om å bidra til utvikling og bruke ressurser som kan fremme en følelse av kontroll og selvtillit. Empowerment kan derfor hjelpe personer med å utvikle kritisk bevissthet om årsaker til deres utfordringer, og skape en motivasjon til å gjøre noe med disse utfordringene (Gibson, 1991). I forhold til barn og unge kan det handle om manglende kunnskap om psykisk helse, eller usikkerhet. Gjennom at helsesøstre veileder de unge kan det hjelpe dem med å skape motivasjon til å få bedre helse. Tveiten og Boge (2014) forteller at empowermentprosessen kan være tid- og arbeidskrevende. Det tar ofte lang tid å hjelpe noen

å mestre, enn å gjøre endringene for dem. Ifølge Gibson (1991) er det selvbevisstheten, selvutvikling og ressursene som er av betydning i empowermentprosessen, ikke selve veiledningen som gis. Veiledning kan derfor sees på som en pedagogisk metode som kan stimulere til bevissthet og selvutvikling, som viser til at helsesøstre har en viktig veiledende rolle i empowermentprosessen.

3.1.1 Veiledning

Ifølge Tveiten (2006) kan veiledning defineres slik: *“Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettelsesprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier”* (s. 21). Veiledning handler derfor om å legge til rette for at den som veiledes medvirker og at en anerkjenner denne personens kompetanse på seg selv og tar hensyn til maktfordelingen (Tveiten, 2006). Selve hovedidéen i veiledning er at den som blir veiledet skal finne svarene selv og på den måten anses veiledning som en istandsettelsesprosess, der vedkommende kan utvikle mestringstro (Tveiten, 2013). Mestring kan i denne sammenhengen innebære i hvilken grad en er bevisst på og har kjennskap til sine egne ressurser og videre evne til å bruke disse ressursene på en god måte (Tveiten, 2013). Veiledning kan derfor anses som viktig for helsesøstre i møte med barn og unge som har psykiske vansker. Helsesøstre kan vise de unge vei, forutsatt at de unge er med på det selv. På den måten kan deres muligheter og styrker bli tydeliggjort. Aasland (2008) mener veiledning handler om å hjelpe og gardere et annet menneske. Denne definisjonen stemmer også overens med helsesøsterpraksisen i forhold til forebygging og helsefremming av psykiske lidelser. Veiledning blir også definert som et samarbeid (Karlsson & Oterholt, 2010). Denne definisjonen står i likhet med Tveiten (2013) som mener at ansvaret i veiledningen er delt. Helsesøsteren har blant annet ansvaret for å gi noen verktøy til de unge slik at istandsettelsen kan begynne, men den unge har selv ansvaret for å ta de avgjørende stegene fremover (Tveiten, 2013). Helsesøstre og de unge må samarbeide i deres dialoger for at situasjonen skal bedres. I forhold til sistnevnte definisjon er det viktig å ta hensyn til maktfordelingen. For at veiledningen skal lykkes og være noe den unge kan bli med på er det hensiktsmessig at samarbeidet resulterer i løsninger som er funnet i samspill med hverandre. De ulike definisjonene av veiledning har likhetstrekk, og det kan derfor konkluderes med at veiledning er relevant for helsesøstre og deres arbeid med barn og unge i forhold til psykiske problemstillinger.

3.1.2 Salutogenese

Innen medisinsk tenkning er man kjent med begrepet patogenese, som søker å forklare sykdom. En slik patologisk forståelse av sykdom kan føre til at en mister selve pasienten og dens person, noe som kan være svært uheldig. For å utfylle en helhet kom en mot-teori som ble kalt salutogenese (Lønne, 2008). Salutogenese er en teori innen empowerment om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære (Antonovsky, 1987). Det avgjørende for hvordan vi klarer oss er vår opplevelse av sammenheng og mening. Det er viktig at de unge forstår situasjonen de er i og får troen på at det kan finnes løsninger på deres problemer. Ved en salutogenetisk tilnærming er tanken å i større grad kunne eliminere de faktorene som hemmer brukerens egen innflytelse og medvirkning i sin egen helbredelsesprosess, og i større grad stimulere til at pasienten og pårørendes egne ressurser blir tydeligere (Lønne, 2008). Det er dermed viktig å fokusere på det som fungerer kontra det som ikke gjør det (Lønne, 2008). For barn og ungdom med psykiske lidelser kan verden virke u håndterbar, uforståelig og meningsløs. Det er derfor viktig at vedkommende kan få innsyn i et mer meningsfullt liv. Under den salutogene forståelsen har helse med holdningen til livet å gjøre; holdninger til å takle stress og uventede forhold (Antonovsky, 1979). Denne holdningen blir av Antonovsky kalt "sense of coherence" (SOC) (Langeland, 2012). Sense of coherence er ifølge Antonovsky en ideologi som grunnlegges allerede i barndommen og ungdomsårene, og påvirkes av nære og trygge relasjoner med omsorgspersoner og etablering av en identitet som går utenfor individet (Mæland, 2016). "Sense of coherence" er derfor nært beslektet med begreper som opplevelse av kontroll, trygg identitet og optimisme. *"Målet med en salutogen tilnærming er ikke bare å behandle symptomer på lidelse, men også gjøre folk i stand til å leve optimalt med sine psykiske helseproblemer ved å ta på alvor personens evne til utfordringer i hverdagen. Poenget er at når en vil oppnå helse, må en fokusere både på faktorer som fremmer helse, og faktorer som forebygger eller reduserer helseproblemer"* (Langeland (2012) s.195-196). Salutogenese kan derfor være en god teori for helsesøstre å ta utgangspunkt i ved forebygging av psykiske lidelser blant barn og unge.

3.1.3 Mestring

Mestringsperspektivet bygger på en erkjennelse av at evnen til å utvikle og ta i bruk egne ressurser er en sentral faktor i personlig utvikling og helsefremming (S.-o. helsedirektoratet,

2003) som står i nær tilknytning til empowermenttenkning. Tveiten (2013) knytter veiledning opp mot mestring og mener selve hensikten med veiledning er å styrke mestringskompetansen. Ifølge Tveiten (2013) handler mestring om å *“ha tilgang til ressurser, forstått som kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr, og å ha evne til å bruke disse ressursene”* (s.65). Denne uttalelsen av Tveiten (2013) er interessant å se i sammenheng med Antonovskys (2012) teori om opplevelse av sammenheng. Antonovsky beskriver tre hovedkomponenter som er viktige for opplevelse av sammenheng: *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. Ifølge Antonovsky er dette forutsetninger for mestring. *Begripelighet* handler ifølge Antonovsky (2012) om i hvilken grad en opplever at stimuli fra indre og ytre miljø er kognitivt forståelig i motsetning til å oppfattes som kaotisk. *Håndterbarhet* handler om *“i hvilken grad man opplever å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene man blir stilt ovenfor”* (s.40). *Håndterbarhet* handler derfor om de ressursene en selv har kontroll over, men kan også innebære eksterne ressurser. Den eksterne ressursen kan for eksempel være en venn eller en kollega som en har tillit til. Den siste komponenten *meningsfullhet* handler om i hvilken grad en føler livet er forståelig. Dette er ifølge Antonovsky (2012) rent følelsesmessig. Han mener noen av de krav og utfordringer en møter i livet er verdt å bruke tid og krefter på i form av engasjement (2012). Veiledning kan derfor antas å bidra til å fremme en samlet opplevelse av sammenheng, men også styrke de ulike komponentene separat. Å legge til rette for samtaler hvor en drøfter, forklarer ulike situasjoner og opplevelser, kan bidra til å skape orden og struktur. De opplevde stimuliene kan da bli mer forståelige og dermed begripelige over tid. Som et resultat av en ny forståelse kan ny kunnskap, ideer og løsninger vise seg, og derav oppleve å ha ressursene som trengs til å angripe situasjonen. Dette kaller Antonovsky (2012) *håndterbarhet* i sin teori. I forhold til denne studien kan opplevelsen og forståelsen av håndterbarhet blant barn og unge oppleves som meningsfullt for helsesøstre. For barn og unge som mangler eksterne ressurser kan selve veiledningen slik jeg forstår fungere som en ekstern ressurs, hvor veiledningen kan bidra til økt opplevelse av håndterbarhet, forutsatt at helsesøster er en som barnet eller den unge stoler på eller har tillit til slik Antonovsky (2012) beskriver. Komponentene *håndterbarhet* og *meningsfullhet* kan sammenliknes og har likhetstrekk med faktorene kompetanse og meninger i Spreitzer (1995) sin teori om psykologisk empowerment.

I møte med personer som har det krevende psykisk er det viktig å ha fokus på mestring (Lønne, 2008). Et av de første tegnene på psykiske lidelser er sviktende sosial fungering.

Mange ungdommer har ennå ikke lært seg hvordan de skal leve et "normalt liv", men har heller tilegnet seg kompetanse på hvordan man opprettholder og forsterker avvik (Lønne, 2008). Følelser som angst, depresjon, skyld, skam, lav selvfølelse m.fl. kan hindre god mestring. Disse følelsene blir derfor viktig å redusere i forebygging og behandling (Lønne, 2008). At helsesøstre er med på å fremme de unges ressurser og mestringskompetanse kan være viktig i det forebyggende helsearbeidet. Slik jeg forstår vil det være hensiktsmessig å gi veiledning som setter søkelys på Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng, da det kan bidra til å styrke barn og unges kompetanse og deres opplevelse av mestring i forhold til de utfordringene de møter. Antonovskys teori kan derfor sees i sammenheng med empowerment, da empowerment handler om evnen til å ta kontroll over faktorer som påvirker eget liv (Gibson, 1991).

3.2 Helsefremming

Helsefremming blir av Verdens Helseorganisasjon (WHO) definert som den prosessen som setter den enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen (Rannestad, Haugan & mfl, 2014) Målet er å bygge opp en sunn helsepolitikk, skape et støttende miljø og styrke lokalmiljøets muligheter for handling. Samtidig skal individers kunnskap, ferdigheter og mestring utvikles gjennom informasjon og helseopplysninger (Rannestad et al., 2014). I denne sammenhengen blir helsesøstrenes oppgave å styrke barn og unges egen motstandsdyktighet og ha økt fokus på mestring, slik at psykiske lidelser i større grad kan forebygges.

Helsebegrepet og oppfatninger om hva helse er, er omdiskutert og har ulike definisjoner og betydninger (Rannestad, Haugan & mfl, 2016). Det viser seg at flertallet av befolkningen har en oppfatning av helse som ikke er i tråd med den tradisjonelle biomedisinske helseforståelsen som har vært rådende i spesialisthelsetjenesten. Her blir helse stort sett definert som fravær av sykdom (Boorse, 1977). Hovedtanken med dette er at sykdom og helse regnes som to motpoler; enten er du syk, eller du er frisk (Rannestad et al., 2016). Det vil si at når helsetjenesten hjelper oss med å bli kvitt sykdom, bidrar den til at vi får god helse (Rannestad et al., 2016). Men det viser seg å ikke være så enkelt. WHO påpekte allerede på slutten av 1940-tallet at helse er mer kompleks enn bare fravær av sykdom. Helse ble derfor definert som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, hvor også åndelig velvære ble ført på listen i 1987. Dette kan anses som en mer helhetlig forståelse av begrepet og synet på mennesket. Med denne definisjonen på helse viser WHO en forståelse av at mennesket har

fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider ved seg som interagerer (Rannestad et al., 2016). I tillegg til dette lever vi i et samfunn hvor vi blir påvirket av andre mennesker og hvor vi påvirker andre. I forhold til målgruppen av denne studien, barn og ungdom, vet vi at de blir utsatt for mye ytre press fra blant annet sosiale medier. Dette ansees som et relativt nytt problem som kan føre til stress, press og psykiske plager og det finnes lite forskning på de nye utfordringene helsesøstrene møter i det forebyggende og helsefremmende arbeidet av psykiske plager. Helsesøstrene er ofte de som først skal forebygge og jobbe helsefremmende for denne gruppen, og de nye utfordringene med sosiale medier kan være en av utfordringene som helsesøstrene møter på. Helsesøstrene må altså møte barn og ungdom som et menneske i helhet, hvor de ønsker å fremme helsen i alle områdene av denne helheten (Rannestad et al., 2016). En helhetlig helse kan sees på som en utviklingslinje mellom uhelse og optimal helse, der det å mestre utfordringer i livet medfører bedre helse (Antonovsky, 1987; Benner & Wrubel, 1989). Helse kan derfor anses som en ressurs, robusthet og styrke som gir motstand mot sykdom (Rannestad et al., 2016). Ifølge Antonovsky (1987) er derfor ikke målet i seg selv å oppleve optimal, perfekt helse, men at en beveger seg i riktig retning, mot den positive polen, uansett hvilken helsetilstand man befinner seg i. Vi kan altså ha helse selv om vi har sykdom (Keyes, 2002). Ifølge Mæland (2016) må det helsefremmende arbeidet være fleksibelt og tilpasses de lokale forholdene. I forhold til denne studien bør helsefremming omfatte dialog mellom helsesøster og de unge, hvor beslutninger tas av den unge selv, så langt det lar seg gjøre. Det vil si at det helsefremmende arbeidet ikke kan følge en ferdig plan, men skapes gjennom en kontinuerlig prosess (Mæland, 2016).

WHO's helsedefinisjon har blitt kritisert for å være utopisk, men har vist seg å være viktig for å påpeke helheten og en positiv retning (Rannestad et al., 2016). Den holistiske helseteorien (Nordenfelt, 1987) vektlegger to fenomener; følelse av velvære og evne til å fungere (Rannestad et al., 2016). Barn og unge kan derfor få hjelp fra helsesøstrene til å føle seg vel, bli bevisst på sine egne gode ressurser for å få bedre helse, fungere i sin sosiale kontekst og nå konkrete mål.

3.3 Forebygging

Forebyggende helsearbeid omhandler mer enn å hindre sykdom, skade og tidlig død (Mæland, 2016). Det omhandler også det å fremme folks helse og bidra til at helsen kan være en positiv ressurs i hverdagslivet (Mæland, 2016). Sykdom er normalt forbundet med noe negativt, noe

vi ønsker å forhindre og noe vi prøver å forebygge. Har vi fokus på forebygging tar vi fokus vekk fra sykdom. Sykdomsforebygging har en biomedisinsk helseforståelse som utgangspunkt, og en forståelse av sykdom som disease. Ifølge Mæland (2016) foregår forebygging innenfor tre områder; Primær forebygging, som innebærer å forhindre sykdom hos friske individer, sekundær forebygging, som innebærer å hindre at sykdom kommer igjen eller utvikler seg videre og tertiær forebygging, som innebærer å minske de følgene som sykdom gir.

Det er kjent at sykdom påvirkes av de sosioøkonomiske forholdene vi lever under. Vi må derfor utvide forståelse om at sykdomsårsaker kan være et resultat av samfunnsnivå (Rannestad et al., 2016). En ser at sykdom, helse og leveutsikter kan være svært ulike ut i fra hvor på den sosiale rangstigen du befinner deg (Rannestad et al., 2016). Barn og unge som tar kontakt med helsesøstre kan ha helt ulike forutsetninger i livet og som kan forklare hvorfor noen klarer seg bedre enn andre. Forebyggende strategier i forbindelse med arbeidet mot psykiske lidelser har et bredt spekter og dreier seg om tiltak som retter seg mot samfunnsforhold, nærmiljø, familien og enkeltindivider (Mæland, 2016). Det kan derfor tenkes som viktig å sette inn ressurser på ulike arenaer hvor barn og unge er. Ifølge Mæland (2016) forutsetter effektive tiltak at en legger til rette for brukermedvirkning. Videre mener Mæland (2016) at det er hensiktsmessig å sette inn primærforebyggende tiltak rettet mot risikogrupper og individer ved et tidlig tidspunkt. Dette kan gjøres ved å ha større fokus på forebyggende arbeid helt fra spedbarns- og barnehagealder som primærforebyggende tiltak. Det kan derfor tenkes å redusere behovet for sekundærforebyggende tiltak i fremtiden når barna og ungdommen blir eldre. Sekundærforebyggede tiltak blir avgjørende for å hindre tilbakefall eller utvikling mot kroniske lidelser (Mæland, 2016).

3.4 Risiko og beskyttelsesfaktorer

Ifølge Greenberg og Riggs (2015) er risiko- og beskyttelsesfaktorer faktorer som enten øker eller reduserer sjansen for at et individ får en negativ utvikling. Faktorene som påvirker denne risiko- og beskyttelsesfaktoren er enten iboende i individet eller utenfor individet i form av ytre stimuli og miljø. Temperament, selvbilde, selvfølelse, selvtillit, gener og sosial kompetanse er eksempler på individuelle faktorer, mens omsorg fra foreldre, organisering av hverdagen, familiedynamikk og fungering er eksempler på faktorer påvirket av miljø (Greenberg & Riggs, 2015). Det er ikke alltid like enkelt å finne ut om en faktor er individuell

eller miljømessig, da individuelle faktorer ofte påvirkes av miljøet rundt, hvor tilknytning er et eksempel på en slik faktor. Tilknytning kan både være en individuell og miljømessig faktor, da tilknytning ofte er et resultat av foreldre-barn samhandling, hvor foreldrenes omsorg, væremåte og sensitivitet for barnet påvirker deres tilknytning og hvilken relasjon barnet får til sine foreldre (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1969; Killén, 2013). Disse teoriene kan hjelpe helsesøstrene med å få et nyansert bilde av hva som kan påvirke barn og unge, og kan hjelpe helsesøstrene med å se dem i en større sammenheng. Ifølge Reneflot et al. (2018) finnes det per nå lite forskning på hvordan de ulike psykiske lidelsene utvikler seg. På den andre siden finnes det en diskusjon på området rundt arv og miljø og hvordan disse faktorene spiller inn på barn og unges utvikling av psykiske lidelser. Disse diskusjonene viser til at noen barn og unge arver foreldrenes psykiske lidelser via gener, mens andre får psykiske lidelser ulik deres foreldres, og noen klarer seg veldig fint og utvikler ingen psykisk problematikk i det hele tatt.

3.4.1 Resiliens

Resiliens er et begrep som kan oversettes med "motstandsdyktighet" (Lønne, 2008). Resiliens anses som en viktig helsefremmende faktor for å styrke mennesker som står i fare for å utvikle psykisk sykdom (Rannestad et al., 2016). Økt kunnskap om resiliens og andre faktorer som kan fremme helsen hos mennesker som lever i vanskelige omstendigheter viser seg å være positivt for de som er i risikogruppen. Kunnskapen kan gi helsearbeiderne kjennskap til mennesker som fungerer bra på tross av store belastninger i livet (Rannestad et al., 2016). Resiliens er ment for å være en begrepsmessig forståelsesramme for evne til positiv tilpasning i situasjoner hvor en er utsatt for stor risiko for negative helsemessige utfall (von Soest, Mossige, Stefansen & Hjemdal, 2010) Forskning på resiliens ønsker å forklare hvorfor noen barn og unge klarer seg svært godt, til tross for tøffe opplevelser, motgang og store utfordringer i livet (Lønne, 2008). En ser at den individuelle personens evne til tilknytning, opplevelse av tilhørighet og evnen til å tilegne seg kompetanse er avgjørende om personen har god motstandskraft og gode mestringssevner (Lønne, 2008). Det vil si at barn og unge som i utgangspunktet har med seg disse erfaringene og blir utsatt for tøffe opplevelser har bedre sjans for å klare seg bra likevel. De unge som ikke har denne motstandskraften og mestringssevnen har større sjanse for å utvikle psykisk sykdom. Uansett kan teorien om resiliens bidra til tanker om hvordan man best kan gå inn og styrke sterke sider og supplere de utilstrekkelige (Lønne, 2008). I det forebyggende arbeidet helsesøstre gjør av psykiske

lidelser hos unge kan denne måten å tenke på være veivisende når de skal forsøke å utvikle mestringsatferd (Lønne, 2008).

Siden resiliens konsentrerer seg om å identifisere styrker og ressurser (Hjemdal, 2009), blir det helsesøstrenes oppgave å fokusere på dette i møte med barn og unge. Men her finnes det utfordringer. Kunnskapsfeltet om hvilke egenskaper som kjennetegner resiliente mennesker er stort og komplekst og bør undersøkes videre (Borge, 2010). Det er ikke alltid lett å finne de ulike faktorene som gjør noen mennesker mer motstandsdyktige eller resiliente (Rannestad et al., 2016). Det blir derfor avgjørende at helsesøstrene har god innsikt både i betydningen av individuelle karakteristikk og egenskaper, samt faktorer i individets nære og fjerne miljø (Rannestad et al., 2016).

4.0 DESIGN OG METODE

Ifølge Thagaard (2013) gir studiens tema og forskningsspørsmål retningslinjer for hvordan studien kan utformes. Studien har et utforskende design basert på kvalitative en-til-en intervju. Denne metoden ble valgt for å få et detaljert syn rundt tematikken, hvor jeg ønsket å registrere enkeltmenneskers erfaringer. Det kvalitative intervjuets hensikt er å innhente beskrivelser fra intervjupersonenes livsverden. Informantene gis da mulighet til å beskrive sine erfaringer med egne ord. Jeg brukte en fenomenologisk fremgangsmåte hvor datamaterialet ble fortolket med ønske om å forstå helsesøstrenes erfaringer i dybden og få et innblikk i hva som kunne vært annerledes (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2016). Studiedesignet ble brukt for å oppdage betydning av sosiale fenomen opplevd av helsesøstrene, i en naturlig kontekst (Malterud, 2017). I kvalitativ forskning er fenomenologien en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver, ved å beskrive hvordan informanten opplever verden. Man har her en grunnleggende forståelse av at virkeligheten er den mennesker oppfatter (Malterud, 2017).

4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Kvalitative metoder blir ofte bygd på fortolkende teoretiske retninger. Fortolkningene av den kvalitative teksten kan knyttes til forskerens teoretiske utgangspunkt, men også den forståelsen som forsker utvikler underveis i forskningsprosessen. Det blir derfor et gjensidig påvirkningsforhold mellom forskerens teoretiske utgangspunkt og tendenser som kommer fram i datamaterialet. Ifølge Thagaard (2004) har det man søker informasjon om samt det forsker utvikler informasjon om underveis, betydning for forskerens vitenskapsteoretiske forankring.

4.1.1 Førforståelse

Forskers ståsted og førforståelse kan ha innflytelse på tolkning av teksten, ifølge Thagaard (2013). Malterud (2011) mener at førforståelsen kan oppleves som nyttig og tilføre studien fylde. På den andre siden mener han at førforståelsen kan skygge for nye innfallsvinkler og læring. Videre hevder han at en kan forebygge de negative konsekvensene av førforståelsen ved å ha et aktivt og bevisst forhold til den (Malterud, 2011).

Engasjement og valg av tema rommet mitt syn på viktigheten av forebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge. Engasjementet mitt for temaet kan begrunnes med at jeg har egne erfaringer med skolehelsetjenesten og viktigheten av helsesøstres arbeid, da jeg utviklet anoreksi tidlig i ungdomsårene. Erfaringene mine er både gode og dårlige. De dårlige erfaringene rommer den lange tiden det tok før jeg fikk hjelp, og hvor jeg ikke ble involvert i samtaler som omhandlet meg. Det tok flere år før jeg fikk vite at disse samtalene eksisterte. De gode erfaringene handler om da nærmere familie og kontaktlærer ved ungdomsskolen så meg, og var bekymret. Ved å bli sett og ved å bli bevisst på at det ikke var normalt klarte jeg sakte men sikkert å få et sunnere forhold til meg selv og mat. Slik jeg ser det kan det være utfordrende for foreldre, lærere, helsesøstre å vite når man skal gripe inn, og skille mellom hva som er unormalt fra normalt når barn og unge er i en stor forandringsprosess. Derfor tror jeg god kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid, samhandling og åpenhet er viktig. Ofte tror jeg det for de unge som opplever noe vanskelig handler om å bli sett. Noen ganger tror jeg det er vanskelig for dem å vite hva som foregår. Derfor mener jeg undervisning for barn og unge og foreldreveiledning er viktig. Min førforståelse rommer også min forståelse for helseøkonomi, da jeg har en Bachelorgrad i Helseledelse og Helseøkonomi fra Universitetet i Oslo. Mitt engasjement for tema omhandler derfor også de økonomiske aspektene ved høye forekomster av psykiske lidelser i befolkningen. Forebyggende- og helsefremmende arbeid av psykiske lidelser mener jeg kan være med på å styrke samfunnets fellesskap ved at flere føler tilhørighet, er arbeidsdyktige og kan ta del i samfunnet. Her mener jeg empowerment står sentralt, da det er viktig for de unge i en sårbar endringsprosess å få følelse av mestring, tilhørighet og ha trygge rammer.

Jeg har en opplevelse av at helsesøstrene er svært viktige for de unge, men at de dessverre er for utilgjengelige. Skolen er også en viktig arena for å drive forebygging av psykiske lidelser blant barn og unge, da de unge tilbringer mye tid i skolen og det er ofte i skolesammenheng en kan se tendenser i utvikling av psykiske lidelser. På den andre siden er skolen også en arena hvor press og stress kan oppstå, faktorer unge opplever og håndterer ulikt. Jeg mener derfor at det er hensiktsmessig å fokusere på de unge for å gi dem de verktøyene de trenger for å håndtere de utfordringene de møter på skolen, og i livet generelt. Jeg opplever helsesøstrene som en litt glemt gruppe. De kan på mange måter virke utilgjengelige og jeg opplever videre at lærerne mangler informasjon om hvordan de kan benytte seg av

helsesøstrene. Jeg undrer meg derfor over samarbeidet mellom lærerne og helsesøstrene, og om helsesøstrene blir verdsatt slik de bør. Jeg har også min forståelse av at helsesøstrenes ressurser er knappe og at de kanskje ikke når over alle tilfeller de burde tatt tak i. Jeg stiller meg ikke per nå tvilene til helsesøstrenes kompetanse, men mer undrene til at de kanskje har for mange oppgaver?

Videre mener jeg fokus på empowerment kan være en sentral byggestein for at unge kan finne trygghet i seg selv. Jeg mener derfor teoriene rundt empowerment kan bli mer kjent i skolen og brukt som verktøy til å gi elevene mer makt til å ivareta egen helse. Problemet med empowerment teoriene i forhold til denne aldersgruppen mener jeg kan føre til utfordringer knyttet til de unges beste. I alderen 5-16 år er man fortsatt ikke myndige og ikke alltid i stand til å vite hva som er best for en selv. Dette kan føre til at helsesøstrene kommer i en vanskelig situasjon hvor forholdet mellom makt og avmakt kan bli en utfordring. Forholdet mellom makt og avmakt er derfor noe helsesøstrene alltid må ta i betraktning, mener jeg, når empowerment teoriene skal benyttes.

Inn i forskningsprosessen var jeg spent på hvilke funn jeg skulle få. For å redusere muligheten for at forforståelsen skulle påvirke studien ble den skrevet ned tidlig og sett tilbake på før hvert intervju og underveis i analyseprosessen. Dette ble gjort for å minne meg selv på mine tanker og holde meg bevisst på min forforståelse. For å få best mulig innsyn i helsesøsteryrket brukte jeg mye tid i forkant på å lese meg opp på hva som ligger innenfor deres arbeidsoppgaver og hvilket lovverk og retningslinjer de må forholde seg til. Dette gjorde jeg fordi jeg har en annen utdanning og yrkesbakgrunn enn utvalget jeg studerte. Jeg mener mitt engasjement for helsefremmende- og forebyggende arbeid kan underbygge valg og utførelse av forskning på dette feltet. Jeg har stilt kritiske spørsmål til valgene jeg har tatt og det endelige resultatet. Jeg brukte også lang tid på analyseprosessen og gikk gjennom materialet i mange runder for å være sikker på at jeg holdt fokus på forskningsspørsmålet. Ved å gjøre forforståelsen eksplisitt kan leser få kjennskap til betingelsene som kunnskapen bygger på, som ifølge Thagaard (2013) og Malterud (2011) er viktig for forskningsresultatets troverdighet og overførbarhet.

4.2 Datainnsamlingsmetode

4.2.1 Intervjuguide

Det ble utviklet en intervjuguide i samarbeid med mine veiledere (*vedlegg 1*).

Intervjuguiden var detaljert da jeg ønsket å ha en klar plan for intervjuet og stille de spørsmålene som var relevante for mitt forskningsspørsmål. Før jeg startet opptaket snakket vi litt løst for å forsøke å skape en avslappet stemning. Etter dette introduserte jeg tema, hensikt og formålet med studien for informantene. Jeg gikk så gjennom det praktiske i forhold til taushetsplikt, opptak og etikk hvor vi gikk gjennom informasjonsskrivet hvor informert samtykke til slutt ble undertegnet. Før opptaket startet ble informantene spurt om de hadde noen spørsmål.

Jeg valgte å dele intervjuet inn i 4 hoveddeler. Hver del inneholdt et overordnet tema som ble uttrykt med et passende forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene ble ikke stilt direkte, men ble forsøkt besvart ved å stille spørsmål som belyste tematikken. Etersom hvordan helsesøstrene svarte ble det stilt passende oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene som var satt i intervjuguiden fungerte derfor mest som hjelp om det ble stillhet, eller om informantene snakket seg vekk fra det som var relevant for studien. Den siste delen av intervjuguiden var avslutningen. Her ble helsesøstrene spurt om det var noe de ville legge til. Til sist takket jeg for intervjuet og stoppet opptaket. Etter at opptaket var stoppet informerte jeg informantene om prosessen videre.

Etter min forståelse dekker intervjuguiden de aspektene som er fokusområdet for studien. Det ble også gjennomført et pilotintervju med en helsesøster fra min hjemkommune for å sikre kvaliteten, gi bearbeidelse og bedre strukturen på intervjuet, noe som gav meg nyttig erfaring som intervjuer. Etter pilotintervjuet ble jeg mer bevisst hva som var viktig under intervjusituasjonen, som å gi informanten tid til å tenke og svare på spørsmålene og stille utdypende oppfølgingsspørsmål. Pilotintervjuet resulterte i noen endringer i intervjuguiden, eksempelvis var det noen tema som ble sortert i mer logisk rekkefølge og noen formuleringer på enkelte spørsmål ble endret, da noen opplevdes som litt uklare. Jeg opplevde det også som nyttig å ha litt bekjentskap til helsesøsteren jeg hadde pilotintervjuet med, da hun ikke var redd for å gi konstruktive tilbakemeldinger.

Jeg hadde også dialog med en bekjent helsesøster per e-post der hun presenterte problemstillingen til sine medarbeidere. Etter dette møtet ble det tilsendt et referat hvor det

kom fram aktuelle problemstillinger for studiens vektlegging. Disse innspillene økte min forståelse for yrket og problematikken som skulle studeres.

4.3 Utvalg og rekruttering

Ifølge Malterud (2017) må datamaterialet være tilstrekkelig innholdsrik i forhold til studiens fokusområde, slik at temaet blir belyst på en forsvarlig måte. Studien er eksplorerende, og har ønske om å gi nye muligheter for ny innsikt og kunnskap om tema kontra ambisjoner om å gi heldekkende beskrivelser og svar. På bakgrunn av dette ble det bestemt at det var hensiktsmessig å gjennomføre 7-9 intervju, som stemmer overens med Malteruds anbefalinger (Malterud, 2017).

Studiens deltakere var helsesøstre som jobbet i barne- eller ungdomsskolen i ulike kommuner i Oslo og Akershus. Utvalget kan betegnes som strategisk (Malterud, 2017) og ble etablert ved at jeg kontaktet ledende helsesøster i de enkelte kommunene. Et strategisk utvalg innebærer at utvalget hadde kjennskap til fenomenet som skulle studeres, og at utvalget hadde potensial til å belyse problemstillingen (Ellingsen & Drageset, 2008; Malterud, 2011). Et slikt utvalg fikk derfor innsyn i ulike sosioøkonomiske strukturer som kan øke studiets validitet og overførbarheten til andre kommuner i Norge. (Malterud, 2017) hevder at et strategisk utvalg kan styrke troverdigheten av det empiriske materialet.

Inklusjonskriterier var personer som hadde fullført helsesøsterutdanningen og var yrkesaktive. Det var et ønske om spenn i erfaring og alder da jeg gjerne ville få tak i alle aspekter ved studiens vektlegging. Det ble ansett som viktig at deltakerne hadde erfaring med forebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge i alderen 5-16 år. I starten av forskningsprosjektet var planen at studien skulle bli gjort i en gitt kommune på Østlandet, men rekrutteringsprosessen viste seg å bli et problem da kommunen ikke svarte på henvendelsen min. Jeg tilbydde meg også å komme og presentere studien min for kommunen. Da det hadde gått ca. 2 måneder uten å ha fått noen informanter, ble veilederne mine og jeg enige om å endre strategi. Jeg utvidet derfor horisonten og sendte ut informasjonsskriv (*vedlegg 2*) til ledende helsesøstre i de ulike kommuner, hvor de fikk en svarfrist til å presentere studien til sine medarbeidere og melde sin interesse om å delta. I løpet av 2-3 uker hadde jeg fått 8 henvendelser fra helsesøstre som ville delta.

Av de totale 8 informantene, var alle kvinner med god spredning i alder. Alle deltakerne var etnisk norske. Helsesøstrene hadde arbeidstid fra 1-5 dager per uke. Noen av de var også helsesøstre på to skoler. Helsesøstrene som ble rekruttert ble med i studien etter eget ønske. Utvalget er beskrevet i tabellen under.

Alder	Arbeidsplass	Arbeidserfaring i helsesøsteryrket	Utdannelse
28	Barne- og ungdomsskole	2 år	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier • Helsesøster
28	Barneskole	2,5 år	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier • Helsesøster • Mastergradsstudent
39	Ungdomsskole	2,5 år	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier • Helsesøster • Videreutdanning i psykisk helse og etterutdanning i oppvekstvilkår for barn og unge og kropp og selvfølelse
39	Barne- og ungdomsskole	5 år	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier • Helsesøster
49	70 % på ungdomsskole	7 år	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier • Helsesøster • Lærerskolen (4 år)
59	Barne- og ungdomsskole	17 år	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier • Helsesøster • 10 studiepoeng i livssyn og etikk
63	Ungdomsskole	23 år	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier • Helsesøster • Videreutdanning i psykisk helse og etterutdanning i kropp og selvfølelse
66	Barneskole og Helsestasjon for ungdom	42 år	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier • Klinisk spesialsykepleier • Godkjent sykepleierfaglig veileder • Helsesøster • Videreutdanning i familierapi og kropp og selvfølelse i spiseforstyrrelser

Tabell 1: Beskrivelse av utvalget

4.4 Gjennomføring av de kvalitative intervjuene

Informantene beskrev og reflekterte over erfaringer rundt tematikken av studiens problemstilling i intervjuene som varte mellom 50-90 minutter, og ble tatt opp på lydbånd. Intervjuene ble gjennomført ut ifra en intervjuguide som var blitt utarbeidet etter at jeg

hadde gjort mye forarbeid på tematikken, gjennom nøye veiledning fra veilederne. Datainnsamlingen ble gjort fra 19.februar til 16.mars 2018. Jeg gjennomførte intervjuene på helsesøstrenes arbeidsplass i 7 av de 8 intervjuene. Ett av intervjuene ble holdt på mitt studiested, da dette var mest praktisk for begge parter i dette tilfellet. Intervjusituasjonene opplevdes som trygge hvor praten gikk fritt og hvor helsesøstrene uttrykte sterkt engasjement for temaet som ble studert.

4.5 Transkribering

Intervjuene ble transkribert for å gjøre materialet tilgjengelig for en systematisk tekstkondensering i analysearbeidet (Halkier, 2010; Malterud, 2017). Transkriberingen gjorde jeg selv ved hjelp av transkripsjonsprogrammet HyperTRANSCRIBE. Intervjuene ble transkribert ordrett og fortløpende etter intervjuene. Målet var å transkribere materialet raskt slik at også underliggende faktorer som følelser skulle få plass i transkripsjonen. Alle utsagn fra informantene ble skrevet ned, også setninger som ikke ble fullført og korte uttrykk som "emm" og "ikke sant". Hvis følelser som latter, alvor og sinne kom fram i intervjuene ble dette beskrevet kort med kodeord satt i klamme bak det aktuelle utsagnet. Informantene hadde ulike dialekter hvor en også snakket et annet nordisk språk. Jeg opplevde at informantene snakket i forskjellige tempo, noe som førte til utfordringer i transkriberingen. Jeg måtte derfor bruke mer tid på de intervjuene hvor informantene snakket fort eller utydelig. Likevel har jeg forsøkt å ivareta informantenes utsagt på best mulig måte. Malteruds (2017) prinsipper for transkripsjon ble tilstrebet for å få et mest mulig lojalt materiale hvor informantenes erfaringer og meninger ble tydeliggjort. Av etiske hensyn ble alle intervjuene transkribert over til bokmål.

4.6 Etiske hensyn

Studien ble forsøkt registrert i Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Etter å ha fylt ut søknaden ble det gitt tilbakemelding om at studien ikke trengte godkjenning fra dem (*Vedlegg 3*). For å være sikker på at dette stemte, ringte jeg NSD for å dobbeltsjekke at denne informasjonen stemte. I svar fra NSD ble det gitt klarsignal om at denne studie ikke måtte bli vurdert av dem eller omfattes av helseforskningsloven av Regionale etiske komite (REK). Alle deltakerne fikk generell informasjon om studien via muntlig informasjon av deres ledere. I forkant av intervjuet fikk deltakerne tilsendt et informasjonsskriv om studien hvor hensikt med studien ble presisert. Ved oppstart av intervjuet fikk deltakerne utdelt den skriftlige

informasjonen på nytt med mulighet for eventuelle spørsmål. Deretter ble det muntlig informert om studien og informert samtykke ble innhentet (*vedlegg 4*). Deltakerne ble informert om at de til enhver tid kunne trekke seg fra studien og be om at deres opplysninger ble slettet, uten begrunnelse.

Det ble gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse for forskningsprosjektet i tråd med OsloMets retningslinjer. Her finnes utfyllende svar angående risiko og etiske hensyn til forskningen (*Vedlegg 5*).

4.8 Analyse

I analyseprosessen vektla jeg reflektivitet og systematikk, da Malterud (2017) presiserer at dette er forutsetninger for at analysen kan lede til vitenskapelig kunnskap. Å være reflektiv i forskningsarbeidet innebærer å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, de teoretiske perspektivene, de empiriske dataene og den forforståelsen som forsker tar med seg inn i forskningsarbeidet. Refleksivitet krever systematikk i forhold til kritiske refleksjoner, hvilken bakgrunn en har som forsker, hvilken forståelse en har og hvordan dette påvirker forskningsprosessen (Malterud, 2017). Å ha fokus på systematikk vil si at kunnskapen som fremkom skal være basert på kritisk refleksjon, uten tilfeldige inntrykk og selvbekreftende påstander (Malterud, 2017). Jeg har arbeidet systematisk med analysen ved å være grundig i gjennomgangen av materialet og fulgt Malteruds (2017) analysetrinn samtidig som jeg har vært kritisk til egen førforståelse.

Malteruds (2017) kvalitative analysemetode består av systematisk tekstkondensering inndelt i fire hoved trinn: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene, og 4) sammenfatning.

I trinn 1 foretok jeg en naiv lesning av intervjuene for å danne meg et helhetsinntrykk. Det ble vektlagt å være åpen for de menneskelige erfaringene som ble beskrevet av helsesøstre, se likheter og kontraster ved de ulike intervjuene, samt å ha fokus på refleksivitet og det å være dvelende i forhold til egen forforståelse. Det ble skrevet ned 6 foreløpige temaer etter disse gjennomlesningene.

I trinn 2 ble de delene av materialet som skulle studeres mer organisert. Alle transkripsjonene ble gjennomgått igjen og meningsbærende enheter ble identifisert. Ideen med å finne meningsbærende enheter er å skille relevant tekst fra irrelevant tekst slik at en kan sortere den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen.

I trinn 3 startet systematiseringen av de meningsbærende enhetene. Dette kalles koding. Koding vil si å identifisere og sortere alle meningsbærende enhetene i teksten (Malterud, 2017). Arbeidet med å finne meningsbærende enheter ble gjort ved hjelp av analyseprogrammet NVivo og for hånd ved hjelp av fargekoder, tankekart, utarbeidelse av foreløpige hovedkategorier og sub-grupper, slik at jeg fikk best mulig oversikt over materialet. Denne prosessen ble gjort flere ganger slik at jeg var sikker på at de meningsbærende enhetene og kodene representerte problemstillingen. I slutten av trinn 3 var jeg kommet fram til 3 hovedkategorier med underliggende subgrupper for hver hovedkategori. Under trinn 3 fikk jeg innspill fra en medstudent og veilederne på selve utførelsen av analysemetoden. Ifølge Malterud (2017) kan det være nyttig å gjøre analysen sammen med andre for å få ulike innfallsvinkler og skape rom for alternative tilnærminger. I fase 4 skrev jeg ut alle de meningsbærende enhetene som var sortert i subgrupper. Denne teksten ble skrevet i tredjeperson siden forskers rolle er å gjenfortelle på vegne av andre slik at det blir ny kunnskap. Noen meningsbærende enheter ble beholdt som direkte sitat, ofte kalt gullsitat som kan fungere som fargerike og typiske eksempler som utdyper det som den analytiske teksten forteller (Malterud, 2017).

Sammen med veilederne kom jeg fram til en avsluttende analyse og tolkning av funn som dannet grunnlaget for studiens presentasjon av funn. Nedenfor illustreres et eksempel fra analysen. Fullstendig tabell med flere eksempler finnes som vedlegg (Vedlegg 6).

Hovedkategori	Subgruppe	Meningsbærende enheter
Betydningen av anerkjennelse	S4. Betydningen av å bygge på barn og unges styrker og fokusere på mestring – Empowerment	<p><i>S4: "men jeg opplever at de elevene som har en trygghet i seg selv, og rundt seg, de mestrer de utfordringene (litt lunefull leende) som livet gir, ja på en annen måte. "</i></p> <p><i>S4: "Og det handler jo om, på en måte, å skape (kort pause), å skape en em, en lyst eller et ønske om å få det bedre enn det de har det nå. Rett og slett skape en motivasjon da. Jeg tror, det handler om å vente. "</i></p> <p><i>S4: "... og det å gi de, det blir også store ord, men det å på en måte gi de verktøy til å takle ting litt på egenhånd, at man ikke blir en sånn, ja, at de kommer til helsesøster for å, hver gang de trenger hjelp at man, at de får, blir litt rusta til å takle ting på egen hånd og da. "</i></p>

	<p>S5. Betydningen av tidlig innsats</p>	<p><i>S5: "Nei, men jeg tenker jo at det er ekstremt viktig (poengterende) å forebygge. I stedet for å prøve å reparere barn som har fått et. ... stort problem. "</i></p> <p><i>S5: "Em, nei, informasjon tenker jeg er kjempe viktig, em, det å nå ut til hele klasser og foreldremøter, em, og begynne tidlig, altså begynne allerede i barnehage egentlig".</i></p>
--	--	---

5.0 PRESENTASJON AV FUNN OG FORTOLKNINGER

Gjennom analysen av de kvalitative intervjuene ble det identifisert to hovedkategorier som har betydning for helsesøstrenes forebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge: 1) betydning av stabilitet og trygghet og 2) betydning av anerkjennelse. Det siste og tredje hovedtemaet omhandlet hvilke utfordringer som er aktuelle i helsesøstrenes forebyggende- og helsefremmende arbeid: 3) Det tverrfaglige samarbeidet og dens utfordringer. Hovedkategoriene fikk henholdsvis 2-3 subkategorier hver (*Vedlegg 6*). Informantenes utsagn blir presentert underveis og er markert med kursiv. Det veksles mellom å benytte betegnelsene informanter og helsesøstre for variasjon i språket.

5.1 Betydningen av stabilitet og trygghet

5.1.1 Utrygghet og dens påvirkning på barn og unges psykiske helse

Helsesøstrene påpekte hvordan utrygghet påvirker barn og unges psykiske helse. Dette kunne være utrygghet i ulike former, blant annet utrygghet i seg selv, utrygghet hjemme, utrygghet på skolen, utrygghet i forhold til press og stress eller utrygghet i sammenheng med ulike miljøer og det å skulle strekke til eller passe inn. Det som viste seg å gå mye igjen var hvordan uro i hjemmet påvirket de unge, som igjen kunne påvirke andre arenaer i deres liv. Utrygghet i hjemmet ble beskrevet som selve hovedoverskriften for at barn og unge sliter psykisk. Helsesøstre forteller at mange barn har foreldre som ikke kunne støtte dem på riktig måte og foreldrenes dårlige valg kunne ha stor innvirkning på barna. En helsesøster beskrev det slik:

“...også er det ekstremt mange som jeg føler har foreldre som på en måte, ikke kan støtte dem på riktig måte. At, uten at det er omsorgssvikt. Men jeg bare tenker at foreldre gjør så mye rart, de tar så mange rare valg (ler litt oppgitt), eller de, ja mangler kunnskap, em, de er ikke til stede, de velger kanskje heller å kjøpe materielle goder i stedet for å gi en klem. Mye, ja, jeg har mye frustrasjon ovenfor hvordan foreldre kan være da.”

Informantene fortalte at mange har hjem hvor det er mye konflikter. Ofte var det voksne som strever med eget liv, gjerne på grunn av samlivsbrudd, egen sykdom, gjerne psykisk sykdom og av og til rusproblemer. Helsesøstre mente at dette kan resultere i uhelse og dårlig

psykisk helse blant deres barn. Foreldre som krangler og, eller er gjennom skilsmisser skjønnte ikke alltid at det er de som er årsaken til barnas uro, fortalte helsesøstrene. Noen ganger kunne helsesøstrene oppleve at foreldrene legger skylden på skolen og var derfor ikke like åpne for samarbeid.

Informantene sa at foreldre, som skal være barnas største støttespiller ofte kunne forverre situasjonen ved at det ble interessekonflikter mellom barna og foreldrene. Foreldrene kunne ønske noe for barna som barna ikke helt selv ønsket, og det endte opp med å bli et stressmoment for barna, som kunne bli en stor påkjenning for dem psykisk, sa de. Eksempler på dette nevnes å være å få gode karakterer, være med på en idrett utenfor skolen og kanskje i tillegg spille et instrument.

En helsesøster sa:

“Em, jeg synes det er mye usikkerhet av, mellom eller i forhold til press fra foreldre om skoleprestasjoner og, em, og den miksen av liksom å, å prestere på skolen og prestere sosialt også, de skal gjerne være med på veldig mye sosiale ting, også. Mens foreldre kanskje har en annen forventning da, så det er mange, spesielt på ungdomsskole, mange barn som sier at de ikke føler de får lov til å være med på sosiale ting som skjer, eller ikke tørr å spørre foreldrene.”

Helsesøstrene påpekte at det var viktig å finne ut hva som ligger bak uroen til barna og de unge, for å kunne hjelpe dem. Hvis det oppstod mye uro blant barn på skolen, hvor de mobber hverandre og noen ble utestengt viste det seg ofte at det var underliggende problemer som førte til disse hendelsene og den uroen som oppstod.

Informantene gjentok stress som et uromoment for barn og unge, og noe som kunne bidra til psykiske problemstillinger for dem. Ifølge helsesøstrene kunne stress komme fra ulike aktører. Stress kunne komme fra uro i hjemmet alene, sammen med gjøremål på skolen, det å delta aktivt i sosiale sammenheng, det å bli godt likt, være med på fritidsaktiviteter og, eller at de skal være gode i alt. Generelt sett mente helsesøstrene at stress kunne føre til at de fikk dårligere søvn, vanskeligheter med å sovne og det ble en dominoeffekt av dårlige mønster.

Helsesøstrene påpekte og sin bekymring for at barna og ungdommene brukte mye av tiden sin innendørs. De mente at mange ikke omgikk venner lengre, med unntak av at noen omgikk hverandre litt i helgene.

Ifølge informantene virket det som om barna og ungdommene gjorde sitt beste, ut ifra de forutsetningene de har. Som en av helsesøstrene sa: *“Alle føler de skal være så gode i alt da.”*; virket å være noe gjennomgående for disse ungdommene.

Helsesøstrene snakket videre om at det er viktig å normalisere noe av denne uroen de unge kjenner på. Helsesøstrene påpekte at barna og de unge er kunnskapsrike og reflekterte, men likevel er de i tenårene i en stor forandringsprosess og ytre påkjenninger kan virke inn på dem som ekstra stressmoment.

5.1.2 Betydningen av tillit og tilstedeværelse

Helsesøstrene opplevde at de unge ofte stoler på dem, og setter pris på helsesøstre som er tilstede. En av helsesøstrene sa:

“Altså, de har en hel spesiell tiltro til oss altså.”

Helsesøstrene påpekte at det var ekstremt viktig for dem at de fremstår som en person de unge kan ha tillit til og en person de kan komme tilbake til, hvis de har behov. Helsesøstrene mente noe av det mest forebyggende er at barna har gode tygge voksne rundt seg. En av dem beskrev det slik:

“Det er veldig viktig at vi, vi beholder tilliten og at barna, har tillit til oss.”

Helsesøstrene fortalte at det var viktig å være til stede i alle de arenaene der barn er, og at det aller viktigste var at barna vet hvor de er. Dette fortalte de hadde sammenheng med det å være synlig og tilgjengelig hele tiden. Helsesøstrene fortalte at det er tydelig at barna føler seg sviktet om de ikke er på kontoret. De påpekte derfor at det er så viktig at de holder ord, om de sier at de er der og at det alltid er rom for å snakke om ting. Med manglende ressurser og tid kan dette være krevende, fortalte informantene. Helsesøstrene opplevde om de er borte fra skolen, ble de ikke regnet med. Om de er på kurs i flere dager, har en sykdomsperiode, har

ferie eller noe annet, så skal det mer til for at de unge kommer tilbake. Det er derfor viktig at noen er der alltid, tilstede. En av helsesøstrene uttalte det slik:

“For det er liksom det, som barna er, veldig misfornøyd med, det vet jeg, det har de sagt på sånne elevundersøkelser og sånn at, vi ikke er til stede hele tiden. Vi er på møter, kurs, hadde vi vært to så kunne vi hatt mye større, tilstedeværelse. Den ene var på et møte, mens den andre var, tilstede. Og det er jo det de sier veldig klart da, at de vil ha oss der (ler). Hele tiden.”

Helsesøstrene har et ønske om å være en voksen blant ungdommene, en som tar de på alvor, noe de tenker er unikt med skolehelsetjenesten. Da er det viktig å faktisk være til stede hver dag, påpekte de. En sa:

“...det aller viktigste er liksom at vi er tilgjengelige på skolen.”

Helsesøstrene opplevde at det kom flere på de skolene de var mest, og færre der de var færre dager i uken. Helsesøstrene fortalte videre at spesielt ungdommene lever i nuet, og at det desto viktigere er at de er tilgjengelige for dem. Tilstedeværelse handler også om å ta hensyn til barna mente helsesøstrene, at de måtte ta stilling til hvor de er og hva de ønsker å snakke om. For at dette skulle bli mer trygt er det viktig at helsesøsteren er en person du har sett før og har kjennskap til, hvis ikke tror helsesøstrene at terskelen blir veldig høy for å søke hjelp. Det er derfor viktig for helsesøstrene å fremstå som en ufarlig person, også i forhold til lærerne, påpekte de.

Helsesøstrene påpekte at det var viktig å få godkjenning av barna og ungdommene når de skal gå videre med saker. De nevnte her taushetsplikten som utfordrende noen ganger.

Helsesøstrene nevnte at jo mer de samhandler med skolen, jo mer krevende er det.

Helsesøstrene opplevde ofte at barna får det bedre om det er et tverrfaglig samarbeid rundt dem, men at det er viktig å avtale med barna hva de får lov til å si og ikke, slik at de har en slags medbestemmelse på det som skjer. Noen ganger kan det hjelpe å få det tverrfaglige teamet til skolen, på helsesøsters kontor, i stedet for at barna må reise til ukjente plasser, påpekte de. Ifølge helsesøstrene var det ikke alltid barna og ungdommens ønsket å få råd, men de ville bare at noen skulle orke å tåle å høre på hva de står i. En av helsesøstrene beskrev det

slik:

“jeg synes det er veldig viktig at vi er til stede da, det er liksom det viktigste på en måte, at vi ikke bare sitter på kontor, men at vi går ut i gangene og er litt til stede, jeg har tro på det, at vi er synlige og snakker om ting, bygge en relasjon ja, jeg har veldig sann tro på det og ufarliggjøre helsesøstre, at det er like naturlig å gå til helsesøstera som å gå til noen andre på en måte.”

Helsesøstrene fortalte at det å bygge en god relasjon til barna og ungdommen var avgjørende om de skal få til et samarbeid og kunne hjelpe vedkommende. Flere av helsesøstrene opplevde at barna ofte får et inntrykk av dem, enten be de godtatt, eller ikke. Hvis de opplevde at de ikke matchet sammen som personer var det viktig for helsesøstrene å presisere ovenfor barna at de da har mulighet til å snakke med noen andre. De kan for eksempel benytte seg av helsestasjonene på kveldstid, og ha samtaler der. Dette er viktig å informere om sa helsesøstrene.

Flere av helsesøstrene fortalte at alle må-oppgavene som vaksinerings, veiing og måling kan være nyttig i forhold til forebygging. De anser det som nyttig å ha en-til-en tid med barna og ungdommene, for da ble de litt bedre kjent hver gang, og de ble også kjent med hvor helsesøster holder til. Dette kan bidra til at barna og de unge i større grad vet hvem helsesøstrene er og hva de kan bidra med for dem, mente de. Sammen med god relasjon presiserte noen av helsesøstrene at det var like viktig å være glad i jobben sin, og virkelig ønske at det skal gå bra for disse unge. De fortalte at ungdommene merket om du ikke er interessert. En av helsesøstrene beskrev det slik:

“jeg tenker at det handler litt om menneskesyn, at du kan på en måte ikke, ikke komme med en masse ting, for min egen tilfredsstillelses skyld, altså jeg er nødt til å ha med meg den eleven som, som vil ha hjelp, og hvis de ikke er der som jeg er så må jeg på en måte vente til at de er der, og det kan, og det er, kan jo være ganske, em slitsomt å gå med det, men jeg kan jo ikke dytte fortene enn de er der ”

Når det gjaldt saker som måtte henvises videre presiserte helsesøstrene at det var viktig at relasjonen mellom dem var god. De fortalte at det ofte kunne ta tid å få ungdommen med på

at dette var det rette å gjøre, men som regel innså de at de trengte noen andre enn dem i enkelte saker. Enkelte saker kunne være veldig alvorlige, noen litt mindre, men helsesøstrene opplevde at barna og de unge satte stor pris på at de lyttet, forstod og tok seg tid til å høre på hva de hadde å si. En av helsesøstrene brukte sitatet *“delt glede, dobbelt glede og delt sorg, halv sorg”*, for å beskrive dette.

5.1.3 Betydningen av relasjonsbygging

Helsesøstrene påpekte at det er viktig å bygge relasjon med barna og de unge. På denne måten ble det skapt tillit dem imellom. Ifølge helsesøstrene var det ulike måter å bygge relasjon og tillit, men det de nevnte som grunnleggende var at barna får en følelse av trygghet og stabilitet i helsesøstrenes nærvær. Ved å skape ulike arenaer for å bygge relasjon mente helsesøstrene at barna og ungdommene lettere har evne til å åpne seg og få hjelp med de problemstillingene de har. Helsesøstrene nevnte at de presenterte seg i klassene ved skolestart slik at de unge skal skjønne at det er rom for å snakke om ting. Som resultat av nye retningslinjer høsten 2017 skal helsesøstrene nå ha individuelle samtaler med alle 8.klassinger. Helsesøstrene påpekte at disse samtalene er nyttige da ungdommene er ekstra sårbare ved store overgangsfaser som dette.

Blant helsesøstrene kom det tydelig fram at barn og unge har et kontaktbehov, men det var ulikt hvordan de viste dette for dem. Noen av helsesøstrene fortalte at særlig de yngre barna ofte kunne vake litt ute i gangene utenfor deres kontorer, eller kikke inn gjennom vinduene fra utsiden. De kunne også komme inn og fortelle at de hadde fysiske vondter som for eksempel vondt i en finger eller at de hadde slått kneet og mange ønsket å få et plaster på mer eller mindre skrubbsår. Disse tilfellene viste seg ofte å være noe mer enn som så, og det viste seg at mange av disse barna har problemer i hjemmet, og eller vanskeligheter psykisk. Helsesøstrene påpekte at det er viktig å framstå som trygge personer for de unge om de har behov for å snakke med noen. En helsesøster fortalte:

“Jo, fordi jeg tenker at hvis de vet at det er noen de kjenner som, som de har snakka med før, da er det mye lettere å komme tilbake når det blir litt ekstra da.”

Helsesøstrene mente det å ha undervisning i klassene er svært nyttig for å skape en relasjon og tillit med de unge. De nevnte at de kunne ønske å ha mer tid med klassene og fått mer innpass

fra skolens side for å holde denne undervisningen. Det å informere barna og ungdommene om tilbudene som finnes og hva helsesøstrene er der for er viktige forebyggende tiltak påpekte de. Helsesøstrene mente å være en viktig person for barna og at de unge er opptatt av hvem som er helsesøstrer på skolen, men at det ofte kan ta tid før de får aksept fra barna og ungdommene for å involvere foreldre. Når helsesøstrene får aksept hos barna og ungdommen til å involvere foreldrene var det ofte de merker at de unge satte pris på at de ble deres talsperson.

Helsesøstrene nevnte også lærerne som viktige personer for barna og ungdommens liv, og at det var viktig for de unge at lærerne også fremsto som trygge og stabile voksne som de kan ha tillit til. Det var viktig for barna at relasjonen med lærerne er god, ifølge helsesøstrene.

Helsesøstrene fortalte videre at det var viktig at de unge skal føle seg lyttet til for at de skulle føle seg trygge. En av helsesøstrene fortalte:

“Og det gjelder jo mine samtaler også, at jeg prøver jo å høre med de hva de selv ønsker, at ikke vi skal komme med løsninger som de ikke vil (poengterende).”

Ifølge helsesøstrene kan det hjelpe å involvere de unge så mye som mulig når de har relasjons eller tillitsproblemer. Ved at de ble involvert, fikk muligheten til å komme med ønsker og fikk møte det tverrfaglige teamet rundt dem kunne det føre til at relasjonen og tilliten ble styrket.

En av helsesøstrene sa at de får den der *“Jess-følelsen”* når de fikk ungdommen med seg.

For å bedre relasjonen, tryggheten og tilliten til barna og de unge nevnte flere av helsesøstrene at de kunne ønske å ha mer tid. Denne tiden ville de brukt til å være mer ute i for eksempel ungdomsklubbene. Det positive med det var at du da er på deres arena, sa helsesøstrene.

Ifølge helsesøstrene var foreldrene eller en voksenperson ekstremt viktig for de unges trygghet og stabilitet. De uttalte seg blant annet slik:

“Grunnpilaren i barnas liv er jo familien.”

“Men det er jo det med god forebygging da må vi få tak i foreldrene.”

“...I de familiene hvor voksne tørr å selv be om hjelp, og si at, du vi strever så fælt, at vi trenger noe mer, der er jo halve jobben gjort.”

Helsesøstrene fortalte at det er de elevene som snakket og hadde foreldre på banen som kom lengst. Som helsesøstrene sa er foreldrene ofte barnas og ungdommenes stemme inn i møtene,

så hvis denne stemmen ble tydeliggjort i møtene ville helsesøstrene ta hensyn til det. Om det viste seg at relasjonen mellom barnet eller ungdommen og foreldrene ikke var særlig god eller at det ikke var nok åpenhet hjemme, kunne det by på problemer. En av helsesøstrene fortalte det slik:

“det er jo foreldrene som er barnas viktigste (kort pause) støttespillere (kort pause). Em, og det synes jeg er så synd at foreldre ikke er åpne nok med barna, eller, eller har lært dem til at de kan komme til dem når det er noe da.”

5.2 Betydningen av anerkjennelse

5.2.1 Betydningen av å bygge på barn og unges styrker og fokusere på mestring – Empowerment

Helsesøstrene mente det var viktig å bygge på de unges styrker i deres møter. De opplevde at de elevene som hadde en trygghet i seg selv, og rundt seg, mestret de utfordringene som livet ga på en annen måte, enn de som ikke hadde denne tryggheten. For at helsesøstrene skulle kunne fremme den psykiske helsen i relasjonen med de unge forsøkte de å gi de noen verktøy for at de lettere kunne se styrker i seg selv. Helsesøstrene fortalte at dette på mange måter var å fokusere på mestring og empowerment. I samtaler med de unge forsøkte de derfor å bygge på styrkene og få fokus bort fra det som var vanskelig, dette kunne de gjøre ved å gjøre ulike øvelser, spille rollespill eller spille brettspill. På denne måten fortalte helsesøstrene at de opplevde at de unge kunne bli gladere og få tankene over på andre ting.

Noen av helsesøstrene snakket om at grupper kunne være nyttige for de unge for å lære seg en del ting om det å forholde seg til andre og å vise hensyn og empati. Dette kunne også hjelpe dem å forstå seg selv, og om de faktisk trengte å snakke med noen. En helsesøster uttalte seg slik:

“...og det å gi de, det blir også store ord, men det å på en måte gi de verktøy til å takle ting litt på egenhånd, at man ikke blir en sånn, ja, at de kommer til helsesøster for å, hver gang de trenger hjelp at man, at de får, blir litt rusta til å takle ting på egen hånd og da.”

Helsesøstrene fortalte at det er viktig å få ungdommen med seg, og skape en lyst om å få det bedre. Rett og slett skape en motivasjon, som de sa. Dette kan ofte handle om å vente, uttalte helsesøstrene. Grunnen for at det var viktig å vente var at de ofte kunne få mange veldig gode idéer om hva som burde gjøres, men de sa at det falt dødt til jorden om de unge ikke ønsket det selv.

I et spørsmål som ble stilt under intervjuene ble de spurt om det noen gang var vanskelig å ta hensyn til barna og ungdommen i det forebyggende- og helsefremmende arbeidet, svarene var ulike, men mange av dem syntes dette kunne være utfordrende. En av helsesøstrene uttalte seg blant annet slik:

“Absolutt, og det at de ikke ser sitt eget beste, på en måte, kan jo jeg tenke, også ja. Det å, jeg jobber mye med motivasjon. Og det å komme med pekefinger eller å gi råd som du sier er jo bare, det er ikke det som funker i det hele tatt, snarere tvert imot.”

Helsesøstrene påpekte at de fokuserte på å gi mye ros for å motivere de unge i deres samtaler. Dette opplevde de kunne ha en positiv effekt slik at den unge ikke gav opp å finne løsninger for seg selv. Helsesøstrene poengterte at de med psykisk lidelser måtte gi litt av seg selv, og at det kunne være veldig slitsomt for den unge, og det krevde en del arbeid med motivasjonen. I dette arbeidet fortalte flere av helsesøstrene at det var viktig for dem å finne ut av hva som var den unges konkrete mål, og finne ut av hva den unge kunne jobbe med. Dette ga muligheten for å gi konkrete oppgaver den unge kunne jobbe med. Helsesøstrenes oppgave ble da å få den unge til å reflektere, noe helsesøstrene opplevde som svært spennende, og de opplevde at ungdom er kjempegode på å reflektere. Når ungdommen har reflektert er det lettere å få dem til å komme frem til en løsning selv, fortalte informantene. En av helsesøstrene beskrev det slik:

“...jeg tenker og motivasjon til å ha lyst til å få det bedre, tenker jeg. Det spør jeg alltid om, på en måte: Har du lyst til å få det bedre? og svarer de ja så sier jeg, men da skal du få det, få tak i den lysten og den motivasjonen og, det tenker jeg er aller viktigst, tenker jeg da. Derfor får de til det meste om de bare ..., og selv om man har lyst, men ikke bare orker så tenker jeg likevel at det er bra for da kan vi jobbe med det ønske om å få det bedre.”

Noen av helsesøstrene mente at livsmestring burde vært en naturlig del av skolen, og kanskje et eget fag. Helsesøstrene påpekte at barn og unge hadde ulike forutsetninger og at et slik fag kunne hjulpet alle på en eller annen måte. En av helsesøstrene mente at dette kunne bidra til at de unge ble mer bevisst på tankene sine, og få litt mer makt over egne tanker. Hun mente dette kunne gi dem en bedre følelse av kontroll, og lære seg å teste ut også de negative tankene. Dette mente helsesøstrene hadde mye med normalisering å gjøre. Det at de unge lærte seg noen metoder, og lærte seg litt om hva som er normalt og ikke normalt, og ble mer bevisst på tanker, følelser og hvordan man virket på andre, kunne være nyttig, mente helsesøstrene.

Helsesøstrene fortalte at det var krevende arbeid å jobbe med motivasjonen til de unge som var psykisk dårlige, for noen ganger ønsker de unge en rask løsning, hvor de ville ha endring med en gang. Det var ikke alltid så enkelt presiserte helsesøstrene. Det var avhengig av om vedkommende ønsket å jobbe for det, og det kunne være veldig vanskelig for den unge å jobbe med tanker og følelser. Om barnet eller ungdommen lyktes sammen med helsesøstrene og fikk til endring har helsesøstrene ofte opplevd at den unge kunne bli mer lykkelig. En av helsesøstrene gav et eksempel fra ungdommer som hadde funnet styrken i seg selv til å snakke med foreldrene sine på en ordentlig måte om det som var trøblete. Dette kunne bidra til at foreldrene da fikk større forståelse for hva barnet stod i.

5.2.2 Betydningen av tidlig innsats

Samtlige helsesøstre mente at tidlig innsats var ett av de viktigste forebyggende tiltakene en kan gjøre for å fremme bedre psykisk helse blant barn og unge. Helsesøstrene fortalte at de oppdaget ganske mange barn som strevde voldsomt tidlig. Flere av helsesøstrene kunne derfor ønske at det var mer fokus på psykisk helse allerede fra 1.klasse, om ikke tidligere. Noen av helsesøstrene fortalte at det var lettere å hjelpe barna når de var små, for da var de ofte flinkere til å snakke om følelser, og hadde ikke ennå begynt å lukke seg, som de ofte gjør i tenårene.

Mange av helsesøstrene så verdien av å snakke om psykologisk førstehjelp allerede fra barnehagen. Om de var kjent med dette fra tidlig alder mente helsesøstrene dette kunne fungere som verktøy som de kunne ta i bruk senere når ting ble vanskelig. En av helsesøstrene fortalte:

“informasjon tenker jeg er kjempe viktig, em, det å nå ut til hele klasser og foreldremøter, em, og begynne tidlig, altså begynne allerede i barnehage egentlig”

Helsesøstrene fortalte at å ha mest fokus på psykisk helse i ungdomsårene kan være uheldig, da kunne det allerede være for sent i forhold til å forebygge. Helsesøstrene fortalte at de per nå opplevde mye brannslukning isteden for forebygging, noe de opplevde som synd..

5.3 Det tverrfaglige samarbeidet og dens utfordringer

5.3.1 Samarbeidet med skolen, foreldre og ulike instanser

Helsesøstrene fortalte at de ofte opplevde å samarbeide godt med skolen. En av dem uttalte seg slik:

“...altså vi jobber veldig godt med skolen, bedre enn de fleste tror jeg.”

Et godt samarbeid med skolen ble poengtert som veldig viktig. Men også her møtte de på utfordringer. Flere av helsesøstrene nevnte at regelverket kunne være et problem, da helsesøstrene ikke egentlig er en del av skolen. Helsesøstrene poengterte at sosiallærer og miljøterapeuter var viktige samarbeidspartnere. En annen instans helsesøstrene satte stor pris på var å ha samarbeid med ungdomskubbene. Helsesøstrene mente ungdomskubbene er viktige fordi de tilbyr aktiviteter og opplevelser til alle.

En av utfordringene helsesøstrene opplevde i forhold til samarbeidet med blant annet skolen og sosiallærerne var at de ofte faller i egne rutiner. En av helsesøstrene fortalte:

“...det jeg savner det er på en måte, mer tverrfaglighet. Jeg synes alle de årene jeg har jobbet så synes jeg det er det vi sliter mest med. Det er på en måte, hvordan unngå sånne parallelle løp?”

Helsesøstrene kunne for eksempel tenke seg å bidra mer i undervisningen og hatt mer gruppevirksomhet. Helsesøstrene syntes dette er vanskelig å få til, siden skolen noen ganger var ganske restriktive med å sette i gang ting de foreslo. Tross dette opplevde mange likevel å ha en god relasjon, hvor de snakket mye sammen, hadde møter og samarbeidet tett om barna.

For at hvilket som helst tverrfaglig samarbeid skulle fungere fortalte helsesøstrene at det var helt avgjørende å ha foreldrene med, og at det var nyttig med foreldreveiledning.

Helsesøstrene påpekte at det var viktig at foreldrene ble informert om hva som rørte seg blant barna på skolen. Foreldremøter var en god arena for dette. Flere av helsesøstrene opplevde dog noen utfordringer med foreldremøtene. De fortalte at de gjerne vil delta på foreldremøtene som ble holdt i skolen, men det var ikke alltid de ble invitert til å delta. Dette viste seg også å være personavhengig og hvor mye den enkelte læreren hadde fokus på forebyggende- og helsefremmende arbeid. De syntes på den andre siden at veldig mange lærere så nytten av helsesøstre, og var veldig opptatt av at eleven skulle ha det tilbudet.

Helsesøstrene syntes at samarbeidet med foreldrene ofte fungerte godt, da de opplevde at foreldrene gjorde så godt de kunne ut ifra egne forutsetninger.

De fortalte at foreldrene ofte er lydhøre når de tok kontakt med dem i forhold til bekymringer vedrørende deres barn. At foreldrene var engasjerte og brydde seg om barna sine opplevde helsesøstrene som viktig i forhold til barnas psykiske helse. Samarbeidet med foreldrene opplevdes som særlig viktig på barneskolen hvor helsesøstrene påpekte at de store overgangene fra for eksempel barnehage til skole burde hatt større fokus.

Når det gjaldt andre instanser som helsesøstrene skal samarbeide med påpekte helsesøstrene at det varierte stort hvorvidt dette samarbeidet fungerte. Flere av helsesøstrene opplevde å ha for få psykologer å støtte seg til, og at de gjerne skulle hatt et tettere samarbeid med dem. Noen av helsesøstrene hadde en egen psykolog som var på skolen eller kontoret en sjelden gang, andre måtte ringe om de skulle diskutere saker med psykolog. En av helsesøstrene fortalte at de var en bydel på 50 000 og hadde tre ansatte psykologer som de kunne konferere med, dette opplevde hun som for lite. Flere av helsesøstrene uttrykte et ønske om å ha flere psykologer på skolene, slik at samarbeidet ble tettere og at de kunne hatt møter med barna og ungdommene sammen. En av helsesøstrene sa det slik:

“jeg tror det hadde vært mye bedre og ansatt flere psykologer i første linjen, som kunne ha jobbet ut sammen med oss, og de kunne ha lært oss opp”

Helsesøstrene fortalte at det ikke var småtteri barna og ungdommene slet med, spesielt på ungdomsskolen. De kunne derfor ønske at de hadde større mulighet til å henvise disse barna

og ungdommene videre, slik at de ikke ble sittende der med alt for overveldende og store saker alene. Helsesøstrene fortalte at de har god kompetanse på følelser, men noen ganger kunne de trenge spesialister sammen med seg for å snakke om disse tyngre sakene. Derfor mente de at et tettere samarbeid med psykologer hadde vært nyttig.

Når det gjaldt samarbeid med andre i spesialisthelsetjenesten nevnte noen av helsesøstrene at det var svært vanskelig å få til et godt samarbeid med legene. Helsesøstrene poengterte at mange av fastlegene ikke var særlig interessert i det forebyggende arbeidet, de gjorde det fordi de må, nevnte helsesøstrene oppgitt. Det var derimot noen av skolelegene og fastlegene som viste en del engasjement, men det var oftere dame-legene og eller personavhengig, påpekte helsesøstrene. En av helsesøstrene fortalte at de hadde en egen skolelege som var der tre timer i måneden, og at det fungerte veldig fint bortsett fra at han var der for sjeldent, mente hun.

En annen helsesøster syntes derimot at samarbeidet med legene fungerte veldig bra. Hun fortalte:

“Leger, har jeg bare god erfaring og da har vi et skjema som foreldrene må skrive på at de godkjenner at jeg får kontakte legen, også sender jeg det over til legen og ber legen kontakte meg, og det har fungert veldig bra.”

Flere av helsesøstrene opplevde misnøye med samarbeidet med BUP. Mange av helsesøstrene påpekte at dette knapt kunne kalles et samarbeid, for det var så lite eksisterende. Det helsesøstrene var mest misfornøyd med i forhold til samarbeidet med BUP var om de fikk henvist et barn dit, så visste de ikke hva som skjedde videre. Her savnet helsesøstrene å få ta del i fellesmøter og oppfølging av de som ble henvist til BUP. Ble de henvist til BUP ble ofte barnet eller ungdommen borte for de, noe de opplevde som svært frustrerende og synd. En av helsesøstrene påpekte også sin misnøye med at BUP får betalt per pasient de har. Dette syntes hun ble veldig galt. Hun hadde større tro på at de hadde hatt færre pasienter og dratt mer ut på skolene, og hatt faste skoler de hadde hatt ansvar for. På denne måten mente hun at de hadde vært mindre fjern for alle parter, og da spesielt for barna og ungdommen, da BUP ofte er noe ukjent og skummelt for dem. Hun sa:

“...jeg synes BUP kanskje er det, de vanskeligste fortsatt å få til samarbeid med, og det synes jeg er veldig trist.”

En annen fortalte:

“BUP blir det veldig lite samarbeid med og det tror jeg kanskje, nei jeg vet ikke, at det er sånn interkommunalt da, men det hender at de kommer på møter sammen med oss, det er ikke uvanlig, men det er langt ifra det vanlige. Mm, em, så noen der er vanskelige å jobbe med (ler litt), men ut av tre forskjellige jeg har møtt de siste årene er det en som er veldig fin å ha i møter og som man kan spør om ting, mens de andre to har vært rett og slett frekke mot oss andre, synes jeg da.”

Noen av helsesøstrene delte ikke den samme erfaringen om BUP, og fortalte at samarbeidet med dem ikke nødvendigvis var godt, men de opplevde å kunne ringe og, eller drøfte vanskelige saker med dem. Noen av helsesøstrene påpekte at noen av utfordringene knyttet til det tverrfaglige samarbeidet kunne skyldes rent praktiske utfordringer. Dette gjaldt ofte lokalisering av kontorer. Flere av helsesøstrene mente at det hadde vært lettere og samarbeidet med de ulike instansene om de hadde hatt kontorer på samme sted. På denne måten kunne de lettere gå innom hverandres kontor og bli med på hverandres samtaler.

I forhold til det tverrfaglige samarbeidet nevnte helsesøstrene at de kunne bli bedre på å sette grenser. For helsesøstrene virket det som om at flere av instansene dyttet mest mulig arbeidsoppgaver over på dem, og tenkte at de var der uansett. Dette mente helsesøstrene var en usunn holdning som kunne skape problemer for deres arbeidsmengde, hvor de kanskje tok på seg mer enn hva som går innenfor deres stilling.

Noe som gjentok seg i intervjuene med helsesøstrene om hvorfor det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerte var at hovedproblemet ofte viste seg å være personavhengig. Noen ganger, og i kontakt med spesifikke instanser kunne samarbeidet fungere bra, men det var ofte fordi en har vært i kontakt med personen før og har opparbeidet seg en god relasjon med personen, fortalte informantene. Andre igjen svarte ikke, møtte ikke opp til avtaler og var ikke innstilt på å samarbeide i et hele tatt. En av helsesøstrene uttalte seg slik:

“...jeg synes jo i enkeltsaker og med enkeltpersoner i de forskjellige instansene, BUP eller barnevernet, eller hva det måtte være, politi for den saks skyld, kan fungere kjempebra. Men det er dessverre, litt for ofte personavhengig.”

Helsesøstrene påpekte at dette påvirket deres arbeid og relasjon med de ulike instansene. Selv anså de seg som veldig opptatt av samarbeid, og de tar mye initiativ til samarbeid. Det at de da ikke lykkes å få til et godt samarbeid med ulike instanser opplevde de som svært krevende og frustrerende. De nevnte at dette var et gjennomgangstema, at når de faktisk får til å møtes, var det likevel mye frustrasjon på det tverrfaglige samarbeidet. Det som er dumt med det er at dette går ut over barna, sa helsesøstrene.

En annen utfordring i forhold til at det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerte optimalt var at ting tok veldig lang tid. Helsesøstrene poengterte at dette gjorde dem svært utålmodig på barnas vegne. Helsesøstrene savner at de ulike instansene kunne hatt felles systemer, slik at samarbeidet gikk mer effektivt. Ifølge helsesøstrene viste også foreldrene misnøye om at samarbeidet ikke fungerte bedre.

Flere av helsesøstrene uttrykte sin frustrasjon i forhold til en manglende oversikt over alle aktørene de kan støtte seg til. Noen ganger syntes de det var vanskelig å vite hvor de skulle henvise, for de vet at det finnes mye bra tilbud der ute, men noen ganger brukte de mye tid på å finne ut av hvor de forskjellige aktørene er og hva de kan brukes til. I forhold til det å være flinkere til å bruke hverandre nevnte helsesøstrene samarbeidet med skolen. En av dem fortalte:

“vi har et stort potensial i forhold til når de har temaene i skolen, på en måte at vi kan komme inn, i stedet for at de holder den undervisningen da, at vi har enda mer samarbeid, enda tettere.”

Helsesøstrene syntes det kunne blitt gjort noen holdningsendringer fra sentralt hold. Hadde for eksempel skolen fått implementert noen retningslinjer om at de skal invitere helsesøstrene mer inn, så hadde det blitt naturlig og en del av hverdagen, og de hadde fått til et bedre samarbeid, mente helsesøstrene. En av dem beskrev det slik:

“vi får så lite tid da fordi lærerne er så stresset for å få gjennom pensumet, mens den her livsendringen som vi ønsker å gi da, det er jo egentlig det viktigste av alt (ler godt).”

En annen helsesøster beskrev følelsen av å være utilstrekkelig:

“man føler seg litt, når man bare er på skolen en gang i uka for eksempel, så føler man seg litt, en utilstrekkelig og når de sier at: “Åh, du er en eneste jeg kan prate med”; også er man der en gang i uka.”

Helsesøstrene påpekte viktigheten av å ha nok ressurser innen arbeidet med å fremme den psykiske helsen blant barn og unge. Flere savnet mer fokus på ren psykisk helse på helsesøsterutdanningen, og flere av helsesøstrene mente utdanningen skulle vært 2-årig. Helsesøstrene anså det som viktig å hele tiden øke deres kompetanse, fordi de mente at de er en gruppe som personer ofte har tiltro til. I denne sammenhengen nevnte de også viktigheten av å ha god kompetanse i møte med foreldre. Noen av helsesøstrene følte seg veldig alene, og de opplevde noen ganger å sitte alene med saker som er trøblete og vanskelig med lite tverrfaglig støtte. Ved å ha flere stillinger og bedre tverrfaglig samarbeid mente helsesøstrene at de kunne hatt mer tid til å være i klassene og være mer synlige i skolemiljøet. Helsesøstrene uttrykte at de ofte har en følelse av at de gjerne skulle gjort mye mer, men at de sliter med å få gjort alt siden de har for mange elever per stilling.

Hadde det vært opp til helsesøstrene ville de ha fått til et enda bedre samarbeid med både de unge og de ulike instansene rundt, da det er helt avgjørende for deres arbeid. En av helsesøstrene uttalte seg slik:

“Nei uten et godt tverrfaglig samarbeid, så hadde jeg gått på veggen tror jeg, jeg hadde følt meg veldig alene.”; forteller en av helsesøstrene.

5.3.2 Involvering av barn og unge i det tverrfaglige samarbeidet

En av de mange utfordringene med det tverrfaglige samarbeidet var ifølge helsesøstrene å lytte godt nok til å ta hensyn til barna og de unge i dette samarbeidet. Helsesøstrene påpekte at det var viktig for barna å føle at de hadde noe de skulle ha sagt i forbindelse med dette samarbeidet. Om det var noe de ikke er enig i, i hvordan ting ble gjort er det ofte at barna og ungdommen lukket seg, og det ble vanskeligere å hjelpe dem, fortalte helsesøstrene. Informantene opplevde at de unge var mest fornøyd hvis de bare kunne gå til helsesøster, og at de andre instansene hadde blitt innkalt til dem, i trygge omgivelser for dem.

Helsesøstrene opplevde at barn og unge har en økt følelse av trygghet i forhold til dem i motsetning til andre instanser. BUP, psykolog, barnevernet og andre ble fort litt utrygt og ukjent for barna og ungdommene. Ifølge helsesøstrene utrykte barna og de unge at de i noen tilfeller syntes det var greit at helsesøstrene hadde tverrfaglig samarbeid rundt dem, men det var ikke alltid de ville forholde seg til alle samtidig. Noen av helsesøstrene var ikke sikker på om alle barn og unge som blant annet hadde individuell plan var klar over at det var så mange som møttes og snakket om dem, de mente dette kanskje var litt opp til foreldrene å informere om. En av dem sa:

“jeg er ikke alltid sikker på om de er klar over (ler litt), eller, ja, at vi snakker sammen på tvers av ting”

Det var mange barn og unge som ønsket at det skulle være en viss avstand til skolen, som ikke ønsket at helsesøstrene sa noe til lærerne, eller sosiallærer på skolen. Flere av helsesøstrene fortalte at dette skyldtes at barna og de unge ikke ønsket å blande inn skolen i tema som omhandlet deres helse. En av dem uttalte seg slik:

“det er ofte en utfordring og da få dem til å være med på at jeg kan snakke med lærerne deres, eller foreldrene. For de vil helst, veldig, veldig ofte så vil de helst at det bare skal være mellom oss (ler litt), at jeg ikke skal si noe videre.”

Flere av helsesøstrene poengterte at det var veldig mange barn og unge som syntes det var vanskelig å snakke med foreldrene sine. Noen barn og unge syntes det var lettere å snakke med foreldrene sammen med helsesøster, fortalte helsesøstrene. For noen barn skapte dette et tryggere miljø, og de torde å snakke om ting de ikke hadde turt snakke om hjemme. Flere av helsesøstrene poengterte at det var ulike hensyn å ta i forhold til taushetsplikt. På barneskolen var helsesøstrene pliktige å informere foreldrene om mye av det barna snakket med dem om. De påpekte at i disse tilfellene syntes de likevel det var viktig å være åpne med barna om det, og bli enig om hva de fikk lov til å fortelle. Dette handlet om å ta hensyn til hva barna følte, ifølge helsesøstrene. En av helsesøstrene sa følgende om hvilke utfordringer det å ta hensyn til barna og de unge hadde for det tverrfaglige samarbeidet:

“det er jo en utfordring i den forstand at vi voksne ofte har lyst til å bare ordne opp. Tenke at her må jeg jo bare ringe og snakke med foreldrene, eller, her må vi jo koble til psykolog, og vi må, em, ja. Vi må det ene og det andre, så det er jo det å ta hele tiden ha det fokuset at barna har noe de skulle ha sagt ... i sitt eget liv, selv om de er små, de skal lyttes til og em, og det tar jo litt mer tid kan du si, så man må jo bare være veldig sånn oppmerksom og varsom og ikke bare kjøre på, (ler litt) og ordne opp bak ryggen på dem. ”

Helsesøstrene hadde litt ulike meninger om barna og ungdommene egentlig ble tatt hensyn til i det tverrfaglige samarbeidet. Noen svarte klart ja, det ble de, andre stilte seg mer undrende til spørsmålet, mens noen igjen mente de unge ikke ble tatt godt nok tatt hensyn til når det gjaldt ønsker generelt og behov de hadde, i det tverrfaglige samarbeidet. To av helsesøstrene svarte slik på spørsmålet:

“Litt både og egentlig. Det er nok mye snakking sånn litt over hodene på den, faktisk. Em, ja. Litt både og egentlig. Det er personavhengig og hvem man samarbeider med, og, ja.”

“Nei, vet du hva, det tenker jeg at ofte det ikke gjøre. Det er ganske mange som ikke har (puster litt oppgitt) spurt barna sånn ordentlig, hvordan de opplever ting, og hva de føler. Ja, hva de trenger og hva de har behov for. Så jeg tenker at det er jo bare noe vi må være nøye på, og tenke på. Hele tiden (poengterende). Hvordan opplever de dette?”

Det kan virke som om at barn og unge er engasjerte og har et ønske om å få det bedre når de møter på problemer psykisk, ifølge helsesøstrene. Flere av helsesøstrene påpekte at barn og unge er kunnskapsrike og vet ofte veldig mye om hva som faktisk er bra for dem selv. Noen ganger trengte de bare noen verktøy på veien i den riktige retningen. Mange av helsesøstrene fortalte også at barna og de unge merket når lærerne eller andre involvert i det tverrfaglige samarbeidet ikke var genuint opptatt av dem, eller brydde seg nok. Ifølge helsesøstrene var det viktig for de unge å bli sett og at de fikk en følelse av at noen hørte på det de hadde å si, og at noen tok dem på alvor.

6.0 DISKUSJON AV METODE OG RESULTATER

Delkapittel 6.1 diskuterer metode, styrker og svakheter ved datainnsamlingen og til sist studiens troverdighet, overførbarhet og pålitelighet. I delkapittel 6.2-6.4 diskuteres studiens resultater i lys av tidligere forskning og teori. Det er laget underoverskrifter for hver subgruppe for å skape bedre oversikt i diskusjonen av resultatene.

6.1 Diskusjon av metode

Under dette delkapittelet vil det bli gjort rede for begrensninger i forhold til metodebruken i denne studien. Jeg har derfor valgt å bruke begrepene pålitelighet, troverdighet og gyldighet. Ifølge (Ringdal, 2001) anses disse begrepene som gode for å vurdere datamaterialets kvalitet. Polit og Beck (2012) samt Kvale og Brinkmann (2012) bruker andre begreper for å vurdere forskningens kvalitet. Fagermoen (2005) mener at kvalitativ forskning forsøker å ivareta idealet om at forskningen skal gjenspeile "sannheten" med dyptgående kunnskap. I kvalitativ forskning forstår jeg begrepet validitet som å fremstille og vurdere gyldigheten av kunnskapen som er funnet. Jeg støtter meg derfor til Malteruds (2011) forståelse av begrepet validitet. Hun mener man skal gjøre sine funn tydelige ved å vurdere hva funnene kan være gyldige for, og under hvilke betingelser (Malterud, 2011).

6.1.1 Styrker og svakheter ved datainnsamlingsmetoden

Intervju som datainnsamlingsmetode anses ifølge Jacobsen (2010) som passende i kvalitativ forskning. I likhet med Jacobsen (2010) opplevde jeg dette som en godt egnet metode i dette forskningsprosjektet. Bruk av kvalitative intervju ga helsesøstrene muligheten til å utdype sine egne erfaringer og synspunkter. Informantene ga tilbakemeldinger på at de syntes at forskningsprosjektet var svært samfunnsaktuelt, relevant og de uttrykte og satt pris på å bli verdsatt og "bli hørt". Kvalitativ tilnærming resulterer ofte i mer detaljert data, til tross for at utvalget ofte er betydelig mindre enn ved kvantitativ metode. På denne måten gir kvalitativ metode ofte et helhetlig bilde med rom for mangfoldighet (Kvale, 2006). Kvalitative intervju får ofte frem nyanser og erfaringer som kan være overførbare til andre, men funnene er mindre målbare enn kvantitativ metode. Det ble i intervjuene stilt fortolkende spørsmål for å klargjøre lik forståelse som informanten. Ifølge Halkier (2010) kan fortolkende spørsmål fungere som en gyldighetsstrategi, og bidra til troverdighet. Ifølge Malterud (2011) skapes et mellommenneskelig spill når en intervjuer mennesker. At jeg er student, er ny som forsker og

ikke har samme faglige bakgrunn som mine informanter kan derfor tenkes å ha påvirket intervjusituasjonen. Thagaard (2013) hevder at forskers førsteinntrykk på informanten kan ha betydning for hvordan forsker framstår. Min utenforskap til yrket kan ha bidratt til at helsesøstrene uttalte seg mer ærlig og fritt om sine erfaringer i helsesøsteryrket. På den andre siden kan det tenkes at de mener jeg har liten påvirkningskraft og autoritet i forhold til temaet som ble studert. Slik jeg opplevde intervjusituasjonen og selve interaksjonen så var informantene avslappet og trygge. Ifølge Thagaard (2013) kan en merke hvordan informantene opplever intervjusituasjonen. Er informantene engasjerte kan det være et tegn på at de føler seg betydningsfulle i intervjusituasjonen (Thagaard, 2013), slik opplevde jeg det under intervjuene.

En av ulempene med intervju som metode er at det krever en del trening og erfaring for å gjennomføre et godt intervju, for eksempel erfaring rundt hvordan en skal stille spørsmålene. En annen utfordring med intervju som metode kan være at selve intervjusituasjonen kan påvirke datainnsamlingen i stor grad, som igjen kan påvirke de endelige funnene i prosjektet.

En annen svakhet med kvalitativ tilnærming kan være faren for at forskers egne perspektiver og oppfatninger har innvirkning på intervjusituasjonen og funnene i studien. En kan derfor si at kvalitative data sin validitet og reliabilitet påvirkes av forskers metodiske ferdigheter, følsomhet og integritet. Det er derfor viktig at forskeren er bevisst på disse utfordringene og personens etiske holdninger rundt temaet som studeres.

En av styrkene i mitt materiale kan være at helsesøstrene jeg intervjuet hadde stor variasjon i alder og erfaring. Spredning i alder kan være positivt i den forstand at helsesøstrene kan ha ulike tanker og erfaringer. Det kan tenkes at de yngre helsesøstrene har lettere for å kjenne seg igjen i barna og ungdommene. På den andre siden uttrykte noen av de yngste helsesøstrene i studien at de ikke hadde så mye erfaring enda, og at det noen ganger var utfordrende. Jeg opplevde derimot at de med mer erfaring hadde et mer solid kontaktnett rundt seg og at de visste i større grad hvem de skulle kontakte for tverrfaglig samarbeid. Spredning i alder og arbeidserfaring i yrket anses derfor som en styrke i mitt materiale, da den beskriver et realistisk bilde av virkeligheten.

Det kan anses som en svakhet at jeg studerte erfaringer fra et yrke utenfor mitt fagfelt. Dette ble tatt i betraktning og skrevet ned i førforståelse både før og underveis i prosessen, samt ble det satt av god tid til å lese litteratur om skolehelsetjenestens oppbygning og helsesøstrenes

ansvarsområder. På den andre siden diskuteres ofte validiteten på studier der forsker studerer eget fagfelt. En kan derfor stille seg undrende til hva som er å foretrekke, uten at jeg skal gå nærmere inn på det her.

Etter intervjuprosessen oppdaget jeg ting jeg kunne gjort annerledes. Eksempelvis kunne jeg hatt kortere formuleringer på spørsmålene. Jeg opplevde i noen tilfeller at spørsmålene gjentok seg, noe som kunne føre til gjentakelser hos informantene og lite ny informasjon. Noen ganger føle jeg meg til dels passiv i intervjusituasjonen, da det noen ganger var vanskelig å få til balansen mellom å være engasjert, lyttende og ta initiativ. Dette er et kjent dilemma ifølge Thagaard (2013). Grunnen til at jeg i noen tilfeller opplevde meg selv som passiv i intervjusituasjonen var ønsket om at informantene skulle uttale seg fritt, og få fram sine opplevelser. Jeg opplevde at samtlige informanter kom innom hovedtemaene jeg ønsket erfaringer rundt, og intervjuguiden kunne derfor ikke alltid følges etter punktene jeg hadde satt opp. Under intervjuet forsøkte jeg å oppmuntre til at informantene tok utgangspunkt i konkrete erfaringer og opplevelser og bruke det som eksempler. Thagaard (2013) beskriver denne teknikken som en kombinasjon mellom generelle og konkrete spørsmål, som gir forskeren økt forståelse av informantens vurderinger og meninger.

6.1.2 Troverdighet, overførbarhet og pålitelighet

Forskningsresultatene troverdighet og overførbarhet er ifølge Thagaard (2013) avhengig av at grunnlaget som kunnskapen baseres på synliggjøres. Det er derfor forsøkt å gjøre forskningsprosessen så tydelig som mulig. Den vitenskapsteoretiske forankringen, det teoretiske utgangspunktet og min førforståelse er også beskrevet for å avdekke hvilket grunnlag kunnskapen baseres på. Ifølge Fog (2004) handler pålitelighet om å undersøke hvordan forskeren har fungert og gjennomført sitt arbeid, samt kan den si noe om nøyaktigheten på datainnsamlingen (Polit & Beck, 2004). I kvalitativ forskning handler overførbarhet om at tolkning av funn kan relateres til en større sammenheng (Thagaard, 2013). Malterud (2011) og Thagaard (2013) presiserer at studiens utvalg er essensielle i diskusjonen om overførbarhet.

Informantene opplevdes som representative for studien, da de hadde erfaringer med barn og unges psykiske helse. På bakgrunn av at informantene hadde ulike måter å praktisere og organisere arbeidet på kan det tenkes at datamateriale er mangfoldig, varierende og har overførbarhet til andre kommuner i landet.

For å sikre studiens pålitelighet er det forsøkt å beskrive analysen som er blitt gjort slik at det er lett for leser å følge prosessen som har ført til studiens funn. Dette kaller Malterud (2017) for intersubjektivitet i analyseprosessen, som han mener er viktig for troverdigheten av studien. Tabeller og sitater er også presentert i teksten og som vedlegg slik at leser har mulighet til selv å evaluere påliteligheten og overførbarheten av funnene og fortolkningene.

Transkriberingen gjorde jeg selv, etter Malteruds anbefalinger (2017). Ved å gjøre transkriberingen selv hevder Malterud at en kan oppklare uklarheter og få bedre kjennskap til materialet, dette kan bidra til øket påliteligheten og troverdigheten av studien.

6.2 Betydningen av stabilitet og trygghet

6.2.1 Utrygghet og dens påvirkning på barn og unges psykiske helse

Trygge foreldre eller annen voksenperson

Helsesøstrene i min studie påpekte at utrygghet påvirker de unge og deres psykiske helse. Ut ifra informantene kunne det tyde på at utrygghet i hjemmet var selve hovedoverskriften til hvorfor barn og unge sliter psykisk. Helsesøstrene påpekte viktigheten av at de unge har en eller flere betydningsfulle voksne i livet for å skape trygghet og stabilitet. Helsesøstrene presiserte videre at foreldre eller betydningsfulle voksne noen ganger hadde behov for retningslinjer når det gjelder å kunne gi den unge den støtten som er nødvendig.

Slik jeg forstår det har barn og unge et behov for å bli sett. I oppveksten og spesielt i ungdomsårene går en igjennom en endringsprosess, som kan være krevende for mange. En kan også tenke seg at barn og unge ikke alltid er klar over alle endringene som skjer og trenger mer kunnskap om hva som foregår i kropp og sinn. Jeg tenker derfor at trygge foreldre, andre voksenpersoner, helsesøstre, lærere og venner er viktige personer i denne endringsprosessen.

I studien gjort av Sand og Kvarme (2018) påpekte helsesøstrene at foreldrene ofte var de som kom med bekymring til dem vedrørende barna. På den andre siden kan barn og unge som ikke har trygge foreldre søke trygghet og få hjelp hos en annen voksenperson (Lønne, 2008). Ifølge Lønne kan det å ha en trygg voksen gjøre de unges situasjon lettere. Det viser seg derimot å være vanskelig for de voksne å vite når og hvordan en skal bry seg og hjelpe barnet eller ungdommen (Lønne, 2008).

Studier gjort av Goodman et al. (2011) og Leahy (2015) fant at barn og unge ikke alltid forstod at hjemmesituasjonen ofte var grunnen for deres usikkerhet og konsentrasjonsvansker

på skolen. Det viste seg at barn og unge ofte tar på seg mye ansvar hjemme om en av eller begge foreldrene sliter psykisk (Goodman et al. 2011 og Leahy, 2015). Andre forskere kan støtte seg på samme funn (Sundfær, 2012; Winton, 2003; Ytterhus, 2012). Disse omtalte det overnevnte som rollereversering. De beskrev at spesielt det praktiske ansvaret noen barn og unge med uro i hjemmet tar, har en påvirkning på dem psykisk slik at de ble utmattet og slitne. Dette kunne ifølge dem føre til at lekser blir nedprioritert, noe som blant annet kan føre til at de henger etter på skolen.

Glistrup (2006) beskriver i sin studie at barn av psykisk syke foreldre ofte kunne kjennetegnes ved at de var stille, pliktoppfyllende og skoleflinke. Helsesøstrene i min studie nevnte ikke noe spesifikt om sammenhengen med adferd og skoleprestasjoner i forhold til hjemmesituasjonen så jeg velger her å ikke trekke noen paralleller til nettopp dette. Det tyder derimot på at det er vanskelig å stille spesifikke kjennetegn på barn av psykisk syke foreldre. Dette kan forklares med barnas ulike grad av motstandsdyktighet, noe som igjen kan påvirke deres atferd.

Ifølge Borge (2010) er kunnskapene vi har om hvilke egenskaper som kjennetegner resilente mennesker stort og komplekst og bør undersøkes videre. Hjemdal (2009) påpekte at resiliens handler om å identifisere menneskers styrker og ressurser. En kan derfor tenke seg at det blir helsesøstrenes oppgave å rette søkelys på de unges styrker og ressurser i deres samtaler. Dette kan derimot by på utfordringer. Ifølge Rannestad et al. (2016) var det utfordrende å finne svar på hvorfor noen er mer motstandsdyktig til ytre og indre påkjenning enn andre. Det er derfor viktig at helsesøstrene tar stilling til disse individuelle forskjellene og egenskapene og hvilken betydning disse har for den unge (Rannestad et al., 2016).

Trygge nettverk

Helsesøstrene i min studie påpekte at mange barn og unge strever etter å være gode i alt, og har ekstremt høye krav til seg selv. Helsesøstrene poengterte at de unge ofte føler seg presset til å prestere av foreldrene eller i det miljøet de er en del av. Dette gjorde det ofte vanskeligere for de unge å åpne seg for noen i nettverket sitt om de sliter psykisk.

Slik jeg ser det vil det alltid være barn og unge som er mer opptatt av prestasjoner enn andre. Barn og unge som driver med for eksempel lagidrett, annen individuell idrett, dans og andre fritidsaktiviteter kan få mer konkurranseinstinkt enn andre. Dette kan påvirke de unge til å ville prestere godt, også på skolen, noe som ikke behøver være negativt. Det kan derimot vise

seg at noen utvikler et usunt forhold til det å prestere, som igjen kan tenke seg å føre til utfordringer psykisk. Etter hvert som barna blir eldre blir også fritidsaktivitetene de driver med mer seriøse, og det kan derfor tenkes at de unge da får en indre interessekonflikt, samt også interessekonflikter i forhold til hva foreldrene og deres nettverk forventer av dem. På den andre siden viste funnene i min studie at foreldre og venner ofte er de som henvender seg til helsesøstrene angående bekymringer. Det kan derfor diskuteres om barn og unge setter for høye krav til seg selv og har feil oppfatning av hva som forventes av dem i det nettverket de er en del av.

I en studie gjort av Östman (2008) fant han at det ofte viste seg å være en barriere for unge å åpne seg om utfordringer i og utenfor eget nettverk. Trondsen (2012) mener at unge unngår å åpne seg om egen hjemmesituasjon på grunn av redsel for å bli en byrde. Ofte var vedkommende redd for at det skulle bli et gjengangstema i deres relasjon (Foster, 2010; Trondsen, 2012). Det viste seg å være enda vanskeligere om venner ikke var åpne om egne problemer (Foster, 2010; Trondsen, 2012). Ofte viste det seg også at en unnlot å være åpen om sine problemer i frykt for å bli utstøtt eller mobbet i miljøet en er del i (Foster, 2010; Trondsen, 2012).

Ifølge (Tellnes & red., 2017) er ensomhet, sosial isolasjon og manglende sosialt nettverk noen av de største risikofaktorene for økt sykkeliggjøring i vår del av verden. Disse utfordringene ble beskrevet som store og er særlig knyttet til psykiske lidelser. Mæland (2016) påpekte at en utviklende og meningsfull tilværelse er viktig for barn og unge. På mange måter handler oppveksten og ungdomsårene om å realisere seg selv som menneske ved å blant annet få brukt de mulighetene en har, og på den måten bygge et stabilt selvbylde, få gode relasjoner til andre og kjenne seg verdifull og nyttig (Mæland, 2016). Disse synspunktene står i nær tilknytning til empowermenttenkning, og hvordan empowerment forstås i denne studien i forhold til barn og unge. Ifølge Mæland (2016) møter de fleste noen påkjenninger og kriser gjennom livet. Flertallet av disse krisene kan tenkes å komme i løpet av ungdomsårene. Om krisene overvinnes, kan de bidra til vekst og utvikling, ifølge Mæland (2016). At en er bevisst på sine egne mestingsressurser er viktig, men det kan være vel så viktig med støtte fra andre (Mæland, 2016). Videre påpeker Mæland (2016) at psykisk helse står i nær tilknytning til kvaliteten på mellommenneskelige relasjoner. Dette kan være i forbindelse med nærmiljøet og, eller måten samfunnet er organisert på. På lik linje som min studie viste Mæland (2016) til funn som sa at en trygg familiesituasjon, gode venner, sosial tilhørighet, gjensidighet, tillit,

forutsigbarhet, et tilfredsstillende arbeid og et stimulerende lokalmiljø er forhold som beskytter folk mot ulike helseskader. Mæland (2016) forstår sosiale faktorer som ulike aspekter ved de nære mellommenneskelige relasjoner, som kontakt, støtte, gjensidighet, tillit og bekreftelse. På bakgrunn av dette kan det tenkes at stabilitet og trygghet er viktig i nettverket barn og unge er en del av. For at den unge skal kunne oppleve stabilitet og trygghet er det interessant å se videre på teorier rundt tilknytning.

Tilknytning

Trygg tilknytning har stor betydning for om barnet utvikler en psykisk lidelse eller ikke (Greenberg og Riggs, 2015). Ifølge Fonagy og mfl. (2002); Smith (2002) er psykisk helse relatert til trygg tilknytning (Gamst, 2011, s.56) Det viser seg at kvaliteten på nære relasjoner er avgjørende for hvilken utvikling barnet har (Gamst, 2011). Hvilken tilknytning barnet har utviklet til sine omsorgspersoner viser seg å ha betydning for barnets videre samtale- og relasjonskompetansen (Gamst, 2011). Den unges samspillserfaring med omsorgspersoner har nær tilknytning til hvordan barnet oppfatter seg selv, sine tilknytningspersoner og hva de kan forvente av andre (Gamst, 2011). Hvor sterk tilknytning som skapes avhenger av hvordan barnet blir behandlet av sine omsorgspersoner og hvilken form for tilknytning som dannes (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969). Ifølge Fonagy mfl. (2002) og Smith (2002) er trygge barn samlet sett mer kompetente og bedre fungerende på flere områder enn barn som er karakterisert som utrygge. Ifølge Van der Kolk mfl. (1996) viser det seg at trygge tilknytningsrelasjoner i barns liv beskytter mot psykiske problemstillinger og senskader etter traumer. Barn med trygge tilknytningsrelasjoner hadde også bedre evne til å håndtere stress og andre påkjenninger (Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth & (red.), 1996). I en studie gjort av Zachrisson (2009) viste det seg at barn som har trygg tilknytning til sine foreldre håndterte problemer i familien bedre enn barn med utrygg tilknytning. Opplevde barn mangel på anerkjennelse og trygghet fra nære voksne, påvirket det barnet negativt (Gamst, 2011). Når barnet føler seg sviktet av en voksen i form av uforutsigbarhet, manglende kontakt og omsorg påvirker det barnets relasjonelle utvikling. Ofte sier en at barnet får en utrygg tilknytning (Gamst, 2011). Ifølge Gamst (2011) er *”mangel på anerkjennelse og trygg tilknytning et av de største overgrepene mot barn”* (s.57).

På bakgrunn av dette kan det tenkes at barnet eller ungdommen får et forstyrret syn på virkeligheten. Disse forstyrrelsene kan påvirke den unges selvoppfatning og hvordan den

unge oppfatter omgivelsene sine og andre personer. Ruud (2011) påpekte at barn som ikke blir eller føler seg sett ofte ikke forventer å bli sett av andre. Det kan derfor tenkes at barn og unge som mangler trygghet hjemme kan få problemer med tilknytning til andre voksenpersoner også. Helsesøstre er en av voksenpersonene barn og unge møter, og det kan tenkes at dette er en utfordring i deres arbeidshverdag. Funnene i min studie sier noe om at dette kan være en utfordring og at helsesøstre ofte må jobbe med at de unge får en god tilknytning til dem.

Trygghet i møte med helsesøstertjenesten

Helsesøstre fortalte i min studie at barn og unge ofte trengte tid til å bli trygge på dem som personer. De påpekte derfor at det var viktig å være synlig for de unge slik at terskelen ble lavere for dem å oppsøke helsesøstre.

Slik jeg opplever det er det viktig at helsesøstre er synlige på skolen. Det kan tenkes at helsesøstre i for stor grad er ukjente for elevene og burde bli brukt mer i ulike arenaer på skolen. På den andre siden opplever jeg at helsesøstre er populære og at de unge benytter seg mye av helsesøstertilbudet. Samtidig mener jeg det alltid vil være noen som har høyere terskel for å be om hjelp, da det kan tenkes at noen har økt behov for å føle seg trygg på helsesøster, før de tilkaller hjelp, eller at de vil klare seg selv.

Forskning viser at negative opplevelser av hvordan man blir møtt, forstått og behandlet i helsetjenesten, kan ha betydning for behandlingen (DeMarinis, 2014). Myndighetene har også sett behovet av å satse på disse temaene. I Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter (St. 19 Meld., 2014-2015) ble det vist engasjement for å redusere ensomhet og øke sosial nettverksbygging, i ønske om å bedre den psykiske helsen. Det å skape gode arenaer for møteplasser mellom mennesker er ikke en typisk sak for helse- og sosialvesenet alene, men noe som krever en tverrsektoriell tilnærming ifølge Tellnes og red. (2017). Eksistensielle behov har ifølge dem oftest blitt forstått innenfor et kulturelt perspektiv, og derfor hatt lite fokus blant helse- og sosialarbeidere, verken som tiltak ved sykdom eller i forbindelse med helsefremmende tiltak (Tellnes & red., 2017). Det kan derfor tenkes at kulturopplevelser på skolen kan være positivt i forhold til barn og unges helse.

Trygghet er en viktig verdi i veiledning (Tveiten, 2013), og kan derfor sees i sammenheng med relasjonen mellom helsesøster og de unge. På mange måter fungerer helsesøstre som barn og unges veiledere. Ifølge Tveiten (2013) kan det være hensiktsmessig å ha enkelte

normer og retningslinjer for hvordan veiledningen skal foregå. I tillegg til normene er kvaliteten på veiledningen avhengig av veilederens etiske kompetanse, ifølge Eide et.al (2008). Det kan derfor tenkes at helsesøstrene bør klargjør noen retningslinjer for deres samtaler, slik at de unge lettere kan kjenne trygghet i relasjonen. Normene og retningslinjene som legges til grunn for samtalen kan være eksempelvis at helsesøstrene informerer om deres taushetsplikt. Strukturen i møtene kan også tenkes å påvirke de unges følelse av trygghet. Tveiten (2013) presiserer at struktur og enkelte faste rammer kan øke tryggheten i veiledningen. Ifølge Tveiten (2013) kan forandringsprosesser sette i gang motstandsmekanismer til tross for at veiledningen er frivillig. Om de unge kjenner en følelse av trygghet i relasjonen til helsesøster kan det tenkes at forandring blir lettere å velge, våge og tåle (Tveiten, 2013).

Trygghet må likevel ikke bli et stengsel for å våge og forholde seg til utryggheten. Å forholde seg til utrygghet, tåle utryggheten, kan være nødvendig for å oppdage og få til forandring (Tveiten, 2013, s.52). Dette utsagnet mener jeg beskriver viktigheten av at barn og unge er avhengig av å ha en følelse av trygghet i møte med helsesøstrene slik at de klarer å utforske sin egen utrygghet, slik at den psykiske helsen kan bli bedre.

6.2.2 Betydningen av tillit og tilstedeværelse

Tilgjengelighet

Helsesøstrene i min studie poengterte at de ofte føler seg utilgjengelige og for lite til stede på de arenaene hvor de unge er. Det viste seg også å være svært ulikt hvor ofte helsesøstrene var til stede på skolen. Slik jeg ser det er det viktig at helsesøstrene er tilgjengelige og oppleves av de unge som en ufarlig person. Samtidig kan en stille seg undrende til om helsesøster-tjenesten som lavterskeltilbud fungerer effektivt nå. At helsesøstertjenesten er et lavterskeltilbud vil si at de har en åpen-dør, og skal være tilgjengelige for elevene. Jeg har en opplevelse av at denne åpen-dør ordningen kan svekke helsesøstrenes tilgjengelighet på andre arenaer. Om en ser på en timebasert avtaleordning som et alternativ kan det tenkes at helsesøstrene hadde følt mer frihet til å ta del i for eksempel undervisning på skolen. Det kan tenkes at økt tilstedeværelse og tilgjengelighet i andre sammenhenger utenfor helsesøsters kontor har positiv effekt på relasjonen til de unge.

Waldum-Grevbo og Haugland (2015) fant at bare 1.4 prosent av skolene har helsesøster tilgjengelig hver dag. Funnene fra Voksne for barn-undersøkelsen (2014) og studien til

Waldum-Grevbo og Haugland (2015) kan tolkes å være motstridende til det som er hovedpunktene i forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (skolehelsetjenesten, 2018), § 1-10., og de nasjonale retningslinjene for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (2017). Forskriften og retningslinjene sier at skolehelsetjenesten skal være et lett tilgjengelig tilbud, i tillegg til at en skal kunne henvende seg der uten avtale. Ut ifra min tolkning på denne terminologien vil det si at helsesøster skal være på sitt kontor til enhver tid, hvor hun/han er tilgjengelig for at de unge skal komme innom, når som helst. På bakgrunn av dette kan det antas å være bedre for de unge å ha et avtalesystem med helsesøster, slik at de ikke slutter å oppsøke han/henne, dersom de møtes av en låst dør (Telljohann, Price, Dake & Durgin, 2004; K. S. Waldum-Grevbo & Haugland, 2015). Dette kan tenkes å bli et dilemma da dette er i strid med de nasjonale retningslinjene for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (2017).

I min studie gav helsesøstrene uttrykk for at det var for få ressurser til å møte ønske om tilgjengelighet. På lik linje med min studie påpeker Waldum-Grevbo og Haugland (2015) også behovet for flere helsesøsterstillinger. På den andre siden kan en stille seg undrende til dette behovet, og om økt fokus på effektivisering, tverrfaglig samarbeid kan bedre situasjonen slik den er i dag.

En betydningsfull person

I min studie fortalte helsesøstrene at de opplevde å være en viktig person for de unge, og at barn og unge ofte har en helt spesiell tiltro til dem. Helsesøstrene poengterte at det er viktig for dem at denne tilliten blir opprettholdt. For at dette skal være mulig påpekte de at det viktigste er å være synlig og tilgjengelig på skolen. Slik jeg ser det kan helsesøstrene være en betydningsfull voksenperson for de unge. Studien til Sand og Kvarme (2018) støtter opp om disse funnene hvor de fant at barn hadde behov for en betydningsfull voksenperson.

Tillit er ifølge Tveiten (2013) et vesentlig aspekt ved relasjonen. Tillit til hverandre viser seg på mange måter å ligge naturlig i møte mellom mennesker (Løgstrup, 1992). Det vil si at både de vi kjenner og dem vi ikke kjenner møter vi med grunnleggende tillit (Tveiten, 2013).

Tilliten vil derfor bare svekkes, om det er grunn for det (Tveiten, 2013). Ifølge Tveiten (2013) vil det å vise tillit bety "å utlevere seg selv" (s.83). Derfor reagerer vi sterkt når tilliten vår brytes. I forhold til barn og unge kan tillit til helsesøstre bety at de våger å vise sårbarhet og åpne seg for han/henne. Som en betydningsfull person og veileder må helsesøster vise seg denne tilliten verdig. Som Tveiten (2013) presiserer kan derfor veiledning anses som en etisk

handling.

6.2.3 Betydningen av relasjonsbygging

Relasjon

Helsesøstrene i min studie fortalte at det er viktig å ikke være moraliserende ovenfor de unge for at relasjonen skal bli god. De anså det også som nyttig at barn og ungdom blir involvert og fikk mulighet til å komme med ønsker i saker som omhandler dem. På den måten kunne tilliten bli styrket i relasjonen de har til helsesøster, men også den helhetlige relasjonen i et eventuelt tverrfaglig samarbeid. For at relasjonen, tryggheten og tilliten til barna og de unge skal bli bedre, mente helsesøstrene at det er viktig å få mer tid til å bygge denne relasjonen. Informantene mente de må få flere ressurser slik at de kan være så synlig som mulig, siden de mener at synlighet er helt avgjørende for å bygge en god relasjon.

Slik jeg forstår det er det avgjørende at helsesøstrene tar seg god tid og forsøker å forstå den unge. På samme tid kan det tenkes at barn og unge må finne løsninger for seg selv, for å fremme sin egen helse. Jeg mener derfor empowerment og teoriene rundt salutogenese står sentralt i relasjonen mellom helsesøstrene og de unge.

Ifølge Eide og Eide (1996, 2007) kan en relasjon forstås som *‘forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker’* (Tveiten, 2013, s.81). Det kan tenkes at fokus på kommunikasjon og tillit er vesentlig i relasjonen som skapes mellom helsesøster og den unge. Ifølge Aubert og Bakke (2008) er det viktig å ta hensyn til hvordan budskap sendes ut og tas imot, hvor godt en lytter, hvordan verbale utsagn brukes og hvordan ikke-verbale utsagn som kroppsspråk uttrykkes i relasjonen. Aamodt (2014) sier det tar tid å opparbeide tillit og trygghet. Det kan derfor ta tid for helsesøstrene å finne fram til hva barna og ungdommene egentlig vil ha hjelp til. Ifølge Aamodt (2014) er det viktig at helsesøstrene er oppmerksom på barna og ungdommene i deres samtaler, uten å bli emosjonelt påtrengende eller for personlig involvert. For at relasjonen skal bli god må helsesøster formidle en oppriktig og ekte forståelse av de følelser og erfaringer de unge opplever (Aamodt, 2014). Aamodt (2014) sier videre at det er viktig å ha en ikke-dømmende og en aksepterende holdning for at relasjonen skal bygges. Først da finnes det håp om å skape den nødvendige tryggheten som kan hjelpe barna og de unge til å snakke om det som er vanskelig.

Ifølge Alexander og Luborsky (1986) og Orlinsky og mfl. (1994) viser en rekke studier at kvaliteten på relasjonen er den mest robuste indikatoren vi har for å lykkes i

behandlingsforløpet. En studie gjort av Luborsky og mfl. (1997) fant at jo mer hjelpsom en helsearbeider er, jo lettere skapes relasjoner. I forhold til dette tenker jeg at det er viktig å ta stilling til at vi alle er forskjellige, også barna og de unge helsesøstrene møter. Noen vil foretrekke en mer nøytral og objektiv form for å ikke føle seg invadert av for mye støtte og empati (Bachelor, 1995). Fokus på å danne en god relasjon kan derfor tenkes å brukes strategisk for å nå spesifikke mål i arbeidet med å fremme barn og unges psykiske helse.

Veiledning

På mange måter kan helsesøstrene opptre som veiledere ovenfor de unge. Ifølge Løvlie Schibbye (2011) kan veiledning være en slags relasjonell utdanningsmetode, siden oppnådd grad av samspill kan bidra til læring. For at relasjonen skal bidra til læring, selvrefleksjon og selvavgrensning er trygghet avgjørende (Løvlie Schibbye, 2011).

“Veiledningsforholdet er altså avgjørende. Ettersom relasjoner er komplekse og mangfoldige, stilles det store krav til veilederen” (Løvlie Schibbye, 2011, s.68). Slik jeg forstår det kan helsesøstre gjennom veiledning bidra til læring om livets utfordringer og bidra til å normalisere enkelte problemer. Ved å ha fokus på barn og unges egne ressurser kan det tenkes at helsesøstre kan bidra til å gjøre de mer robuste for å håndtere enkelte utfordringer. Det viser seg å være hensiktsmessig å fokusere på forståelse, skape kontakt og empati i veiledning (Aubert og Bakke, 2008) og kan følgelig være noe helsesøstrene bør ha fokus på i møte med de unge. Ifølge Tveiten (2013) må relasjonen være i fokus gjennom hele veiledningsprosessen. For å klare å beholde dette fokuset kan helsesøstrene for eksempel eksplisitt fokusere på hvordan de virker på barna og ungdommen, og sette søkelys på hvordan man opplever hverandre. Å ha fokus på dette kan være ubehagelig og utfordrende (Tveiten, 2013). Det kan imidlertid tenkes å være utfordrende for barn og unge å sette ord på slike opplevelser. Ifølge Tveiten (2013) er det viktig at fokuspersonen, som her er den unge, føler seg trygg i relasjonen med helsesøsteren.

6.3 Betydningen av anerkjennelse

6.3.1 Betydningen av å bygge på barn og unges styrker og fokusere på mestring –

Empowerment

Mestring og resiliens

Helsesøstrene i min studie opplevde at barn og unges evne til å mestre utfordringer og motgang i livet er svært forskjellig. Slik jeg ser det er barns motstandsdyktighet ovenfor ytre

påkjenninger individuelt. I møte med helsesøstrene fikk jeg et inntrykk av at mange barn og unge fikk den hjelpen de trengte, uten at det gikk bedre for dem. På den andre siden klarte andre seg bra etter å ha mottatt hjelp. Det kan derfor tenkes at det ikke finnes noen fasit på hvordan en best mulig kan hjelpe de unge som sliter psykisk.

Ifølge Lønne (2008) handler mestring om menneskers evne til å forholde seg til de påkjenninger og utfordringer en møter i livet. Dette omfavner hvilke *“ferdigheter, kunnskap og holdninger en har som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner”* (Lønne, 2008, s.141). I forhold til barn og unge kan mestring si noe om deres opplevelse og beredskap til å takle de samlede utfordringene som er knyttet til oppveksten og ungdomstiden, og omhandler derfor ikke et konkret problem eller en situasjon, men noe mer kompleks (Lønne, 2008). Mestring har derfor både en sosial, psykologisk og fysisk dimensjon (Lønne, 2008).

“Ung i Norge” (Heggen & Øia, 2005) var et stort prosjekt som undersøkte hvordan ungdom mestret sentrale utfordringer. Prosjektet undersøkte utfordringer knyttet til relasjon til foreldrene, om de hadde nære venner, om de visste hvem de kunne søke hjelp hos, hvordan de hadde det i skolesammenheng eller i fritiden sin, hvordan de klarer seg på skolen og om de planla å ta høyere utdanning. Forskernes formål var å få en oversikt over ungdoms mestring, og kom fram til denne modellen for sammenhengen mellom bakgrunn, arenatilknytning og mestring:

Sosial bakgrunn	Tilpasning/atferd på ulike arenaer	Mestring/marginalisering
Klasse Kjønn Bosted	Skole Familie Jevnaldermiljø	Kroppsilde Sosialt selvbilde Karakterer Utdanningsplaner Rusmidler Asosial atferd Psykiske plager

“Ungdom i endring” - mestring og marginalisering av Kåre Heggen og Tormod Øia, Abstrakt forlag AS 2005

Modellen viser at det er viktig å se individet i sin sosiale sammenheng. Det vil si at en i større grad må se mestringsbegrepet i et livsløpsperspektiv hvor en ser sammenheng mellom

hvordan en som barn har løst problemstillinger og hvordan en gjør det som voksen. Heggen og Øia (2005) mente derfor at om en lærer å mestre utfordringer som barn, øker det sannsynligheten for at en også mestrer vanskeligere situasjoner som voksen.

Helsesøstrenes jobb kan tenkes i stor grad å handle om å hjelpe barn og unge med å øke deres motstandsdyktighet ovenfor påkjenninger. Motstandsdyktighet kan i denne sammenhengen sees i tilknytning til begrepet resiliens. Ifølge Masten (2001) er resiliens en gruppe fenomen som er karakterisert som positivt utfall på tross av alvorlige trusler mot tilpasning og utvikling (Ruud, 2011, s.81). Studier på resiliens ønsker å undersøke hva som gjør at personer mestrer stress, og klarer seg bra på tross av belastninger og risiko (Ruud, 2011). I forhold til barn og unges psykiske helse ser vi at noen klarer seg godt tross slike belastninger (Ruud, 2011). Slike erfaringer kan gi kjennskap til hvilke områder det er hensiktsmessig å fokusere på i arbeid med barn og unge som har opplevd store belastninger (Ruud, 2011). Det kan tenkes at større kjennskap til disse områdene blant helsesøstrene kan styrke de unge til å tåle og til å mestre vonde opplevelser.

Etter min mening er resiliens en interessant teori da den snur det tradisjonelle synet som en ofte ser i faglitteratur og forskning som omhandler senskader etter ulike påkjenninger. Resiliens handler om å ha økt fokus på årsakene til god helse under påkjenninger og risiko heller enn å fokusere på belastningene (Ruud, 2011). Hvorvidt et barn utvikler seg til å bli resilient, er avhengig av flere faktorer (Ruud, 2011). Faktorer som kan påvirke barnets resiliens er knyttet til individuelle faktorer, familien eller nettverket (Luthar, 2003; Masten, 2001; Rutter, 2000; Waaktaar & Christie, 2000; Werner, 2000). Ved å fokusere på resiliens ønsker en å undersøke hvorfor barnet eller ungdommen ikke utvikler psykiske problemstillinger tross vanskelige forhold. Ruud (2011) forklarer dette ved å ha søkelys på ressurser kontra skader. Slik jeg forstår det står derfor resiliens i nær tilknytning til Antonovskys (1987) teori om salutogenese som også fokuserer på hva som bidrar til god helse.

Salutogenese

Helsesøstrene fortalte at de forsøker å gi barn og unge noen verktøy slik at de lettere skal finne sine egne ressurser. De nevner videre at dette kan gjøres ved å fokusere på mestring og empowerment. Enkelte av helsesøstrene i min studie mente at livsmestring burde være en

naturlig del av skolen. Helsesøstrene påpekte at barn og unge har svært ulike forutsetninger og mente derfor at mer søkelys på livsmestring i skolen kunne hjelpet mange. Helsesøstrene nevner også at dette kunne gitt de unge økt følelse av kontroll. Slik jeg ser det er det vesentlig å motivere de unge til å finne løsninger for seg selv. Jeg tenker derfor at fokus på de unges ressurser er hensiktsmessig.

Ifølge Lønne (2008) er det viktig å ha fokus på mestring i behandling av, eller i samtale med, personer med psykiske lidelser. Siden barn og unge ofte ikke har rukket å tilegne seg god kompetanse på hvordan livet er, og hva som er normalt og ikke, kan helsesøstrene møte på utfordringer i møte med dem (Lønne, 2008). På den andre siden nevner Lønne (2008) at barn og unge ofte har god kunnskap om områder som forsterker og opprettholder avvik. Barn og unge har ofte en rekke følelser som kan være med på å hindre god mestring (Lønne, 2008). Ifølge helsesøstrene i studien min og Lønnes studie (2008) kan faktorer som depresjon, angst, skyld og skam, lav selvfølelse og stress være med på å hindre mestringsfølelse. Jeg mener derfor at det bør være et mål i seg selv å redusere disse følelsenes innflytelse på barnet eller ungdommen.

Antonovskys (1987) teorier rundt salutogenese kan sees i sammenheng med dette. Hensikten med dette begrepet er å vektlegge og forklare utviklingen av god helse, da det er avgjørende for hvordan vi klarer oss i livet og vår opplevelse av sammenheng og mening. Antonovsky (1987) bruker begrepet "sense of coherence" eller "opplevelse av sammenheng" til å belyse hvordan en kan mestre utfordringene en møter i livet, på en måte som ikke har negativ innvirkning på helsen. Ifølge Antonovsky (1987) omfatter begrepet tre faktorer: forståelighet, overkommelighet og mening. Det kan derfor tenkes at det er vesentlig for barn og unge å få en forståelse av hvilken situasjon de er i. Dette kan de gjøre ved å bli bevisst på egne ressurser for å kunne mestre de kravene og belastningene de utsettes for, men også finne mening med å investere tid på å håndtere utfordringene de står ovenfor. Ruud (2001) støtter seg til Antonovskys (1987) tre faktorer om opplevelse av sammenheng. Hun mener det er ulike faktorer som må være tilstede for å kunne hjelpe de unge med å oppleve sammenheng i livet. Gjennom disse faktorene mener hun at en kan styrke deres evner til å mestre belastninger. Ruud (2011) påpeker at kommunikasjonen med en voksenperson er meningsfullt. Videre poengterer hun at det er viktig at denne voksenpersonen hjelper den unge til å finne mening i det de har opplevd og erfart. Det siste punktet er at barn og unge skal ha noen "knagger" å

henge hendelser og opplevelser på. I sammenheng med min studie mener jeg helsesøsteren kan fungere som denne voksenpersonen som hjelper de unge med å få oversikt over egne tanker og hjelpe de med å fokusere på det som er viktig for dem. Helsesøstrene kan på denne måten også hjelpe de unge til å bli bedre kjent med seg selv og finne en indre motivasjon som kan bidra til å fremme helsen.

Antronovskys teori om salutogenese kan derfor tenkes å være en god teori for helsesøstre å ta i bruk i møte med barn og unge. Ved å ta i bruk denne tankegangen kan helsesøstrene hjelpe de unge å bli mer bevisst sitt iboende potensial. Spørsmålet er bare om helsesøstrene har nok fokus på det i dag, og har nok ressurser, kompetanse og tid til å forholde seg til en slik tankegang?

6.3.2 Betydning av tidlig innsats

Tidlig innsats og samfunnsøkonomi

Helsesøstre i min studie mente at tidlig innsats var ett av de viktigste forebyggende tiltakene for å fremme bedre psykisk helse blant barn og unge. Ifølge helsesøstrene i min studie burde det være mer fokus på samarbeidet med barnehagene, slik at de kunne bistå med informasjon til barnehageansatte, men også foreldre om psykiske problemstillinger, risikofaktorer og tegn blant barna. Helsesøstrene påpekte at det per i dag er for lite ressurser til å kunne bistå barnehagene med dette arbeidet. På den andre siden fortalte helsesøstrene at de i noen tilfeller kunne samarbeide med andre instanser og oppdage skjevutvikling allerede fra barnehagen. Likevel var det ofte de ikke klarte å hjelpe eller bidra til en endring for barnet. Dette kan skyldes ulike faktorer, som blant annet barnets evne til å håndtere ytre påkjenninger, som beskrevet under resiliens.

Ifølge Holte (2012) forventer samfunnet økt kompetanse på forebyggende tiltak som bedrer den psykiske helsen i befolkningen og ikke bare enkeltindivider. Han mener at det kommer til å stilles høyere krav til kommunepsykologer og spesialister i samfunnspsykologien spesielt (Holte, 2012). Per i dag er helsearbeidet i Norge kostbart og høyspesialisert på syke, ifølge Holte (2012). Disse synspunktene støttes av blant annet samhandlingsreformen (omsorgsdepartementet, 2008-2009) lov om folkehelsearbeid (fhl, 2011) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (hol, 2011).

Holte presenterte i sin artikkel en studie fra 30 europeiske land som stadfester at psykiske lidelser koster Europa mer enn noen annen sykdomsgruppe (Wittchen et al., 2011). På bakgrunn av dette har derfor mange land gjennomført psykisk helsereformer. I 2012 vedtok blant annet WHO sin første resolusjon om psykisk helse (WHO, 2012). Videre i Holtes forskningsartikkel påpekte han at den beste profitable investeringen for staten antakeligvis er å satse på gode barnehageansatte. Videre stilte han seg undrende til hva vi egentlig mener med å forebygge psykiske lidelser. Samhandlingsreformen (omsorgsdepartementet, 2008-2009) legger vekt på å overføre behandling og rehabilitering av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, men det er neppe det vi mener er forebyggende helsearbeid, ifølge Holte. Innen psykisk helse betyr forebygging å redusere antall nye tilfeller av sykdom – før de oppstår (Holte, 2012). Settes det i gang tiltak når folk allerede har blitt syk er dette behandling (Mrazek & Haggerty, 1994). Et forebyggende tiltak er derfor bare virksomt om antall nye tilfeller blir redusert enn om vi ikke satte inn tiltaket (Gillham, Shatte & Freres, 2000). Ifølge Holtet (2012) må vi i Norge stille oss undrende til hva som er landets viktigste ressurser. Landets viktigste ressurser er ikke fisk og olje, det er den mentale kapitalen, mener han (2012, s.2) Med den mentale kapitalen mener Holtet (2012):

“innbyggernes samlede mulighet til å utvikle trygghet, selvstendighet og kreativitet, bruke sine følelser, tenke smart, koordinere sin atferd, danne sosiale nettverk og mestre utfordringer.”
(s.2).

Dette er spennende og viktig tenkning og noe som kan ha overførbarhet til funnene i min studie. Helsesøstrene nevnte ulike tiltak i forbindelse med blant annet skolevegringstiltak som de opplevde styrket elevene og hadde god innvirkning på elevens utvikling. Det kan også tenkes at dette kan ha positiv innvirkning på de unges fremtid. Slik jeg ser det er skolevegring et viktig moment å ha fokus på, da stort skolefravær kan ha katastrofale følger for elevene og deres fremtid. Det kan også tenkes at skolevegring og psykisk sykdom blant unge kan påvirke deres familier og samfunnsøkonomien. Med dette mener jeg at psykisk sykdom kan føre til manglende ressurser i form av arbeidskraft.

Det mest logiske ville vært og prioritert de sykdommene som truer samfunnet økonomisk, ifølge Holte (2012). De årlige samfunnskostnadene for psykiske lidelser i Norge er omkring

60-70 milliarder kroner (Finansdepartementet, 2009-2010). Det vil si at psykiske sykdommer belaster Norge mer enn noen annen sykdomsgruppe (Holte, 2012). Psykiske lidelser har en 50 prosent høyere samfunnskostnad enn kreftsykdom, og en 50 prosent høyere samfunnskostnad enn hjerte sykdom. Psykiske lidelser står også for 40 prosent av sykefraværet og 40 prosent av uføretrygdkostnadene (Holte, 2012). For hver person som er uføretrygdet på grunn av psykisk lidelse taper Norge 21 arbeidsår. Det viser seg at depresjon, angst og alkoholmisbruk er de lidelsene som er dyrest, hvor depresjon alene står for halvparten av disse kostnadene. Det vil si at ingen sykdom koster samfunnet mer enn depresjon (A. Mykletun & Knudsen, 2009; Wittchen et al., 2011) Depresjon og angst er ifølge helsesøstrene problemstillinger som går igjen hos ungdommene.

På bakgrunn av funnene i Holtes artikkel er det urovekkende å se hvilken innvirkning dette har på samfunnsøkonomien. Holte (2012) poengterer at vi ennå ikke har effektive forebyggende tiltak for tunge psykiske lidelser som schizofreni, bipolare lidelser og anoreksi mfl., og at vi bør satse på det vi kan forebygge og det vi vet kan ha effekt. Han poengterer her at vi kan forebygge de dyreste sykdommene: depresjon, angst og alkoholmisbruk (Wagenaar, Salois & Komro, 2009). For å forsvare en slik tankegang nevner Holtet (2012) de forebyggende tiltakene av fysiske sykdommer, og hvordan de har vært en suksess (Folkehelseinstituttet, 2011). Gevinsten på disse tiltakene skyldes ikke helsetiltak mener Holtet (2012). Gevinsten ligger i å tenke langsiktig og at vi må bruke samme virkemidler for å forebygge psykisk helse også (Holte, 2012). Viktige stikkord blir ifølge Holte (2012) å fokusere på familie, familiekompetanse, barnehage, skole, venner, belastnings-mestring, arbeid og psykologisk kunnskap.

Ifølge Sylva et al. (2011) bør en i større grad tenke lønnsomhet framfor å prioritere de som har det vanskeligst. Som et eksempel på dette nevner de at en bør ha større fokus på blant annet barnehagens langtidsvirkning på barns psykiske helse. Den psykiske helsen til barnet avgjøres i stor grad av barnehagens kvalitet (Sylva et al., 2011). En annen studie av Pianta, Barnett, Burchinal og Thornburg (2009) støttet opp om denne tankegangen hvor gode barnehager lønner seg, både for barnets psykiske helse og for samfunnet.

Ifølge Folkehelseinstituttet et al. (2011) kan selv de lette psykiske problemene gi stor risiko for psykisk sykdom senere i livet. Derfor kan det tenkes at psykiske vansker bør håndteres tidlig. Videre poengterte Folkehelseinstituttet et al. (2011) for at forebygging skal ha stor

effekt, må hovedfokuset rettes mot arenaer utenfor helsevesenet, siden helse i stor grad blir påvirket av forhold utenfor helsetjenestens kontroll. For unge er det her snakk om barnehagen og skolen, i all hovedsak. Ifølge de nye retningslinjene for skolehelsetjenesten (skolehelsetjenesten, 2018) bør derfor helsesøstrene konsentrere seg om å oppdage psykiske plager og lidelser blant barn og unge som et ledd i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. På den andre siden kan det være nødvendig med nye retningslinjer for skolen som også sier noe om det tverrfaglige samarbeidet med helsesøstrene.

6.4 Det tverrfaglige samarbeidet og dens utfordringer

6.4.1 Samarbeidet med skolen, foreldre og ulike instanser

Skolen

Helsesøstrene i min studie påpekte at et godt tverrfaglig samarbeid er avgjørende for deres arbeid med barn og unges psykiske helse. Imidlertid opplevde de mange utfordringer i henhold til dette samarbeidet. Flertallet av helsesøstrene opplevde å samarbeide godt med lærerne, sosiallærerne og utekontaktene på skolen, men at ulikt regelverk byr på problemer. Det kan derfor stilles spørsmål ved om de er fornøyd med det samarbeidet som er nå? Som intervjuer fikk jeg en forståelse av at helsesøstrene hadde en stor velvilje til å samarbeide tverrfaglig, men at de ulike retningslinjene var problematisk. Slik jeg ser det sier retningslinjene av 2017 mye om hvordan samarbeid med skolen bør være, men jeg stiller meg undrende til om disse retningslinjene er for omfattende per i dag. Det kan også tenkes at en må ha økt tilrettelegging for dette samarbeide helsesøstrene er pålagt. Slik jeg forstod helsesøstrene var det personavhengig om samarbeidet med skolen var godt. Det kan også tenkes at helsesøstrene bruker mye ressurser og tid på å ta initiativ til dette samarbeidet.

Sand og Kvarme (2018) fant i sin studie at de viktigste samarbeidspartnerne på skolen er lærerne og rådgiver. Videre fant de at det er avgjørende for skolehelsetjenesten å ha et samarbeid med skolen for å fange opp og hjelpe elever som er i risikozonen, eller som allerede har utviklet psykiske helseutfordringer. Sand og Kvarme (2018) fant videre at elevene på skolen hadde behov for tett oppfølging, tilrettelegging, både faglig og personlig. Ifølge Sand og Kvarme (2018) innebar dette å ha et godt tverrfaglig samarbeid rundt den unge. Her nevnes eksempler som samtaler, tett samarbeid mellom skole, foresatte og eventuelt andre instanser som for eksempel utekontakter og BUP (Sand og Kvarme, 2018). Ifølge Sand og Kvarme (2018) kan det gjøres ulike tiltak for å bedre situasjonen til barn og

unge som er i risiko, eller som har utviklet psykiske problemstillinger. Det kan for eksempel gjøres tilrettelegging på skolen for å redusere uhelse og stress for eleven. Eksempelvis kan dette gjøres ved å redusere lekser og finne alternative løsninger for muntlige framføringer. Noen elever kan også trenge noen ekstra pauser i løpet av skoledagen (Sand og Kvarme, 2018).

Studien gjort av Waldum-Grevbo (2018) undersøkte om de nye retningslinjene for skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017) ble fulgt av helsesøstrene. Helsesøstrene i denne undersøkelsen beskrev på lik linje som funnene i Sand og Kvarme (2018) og min studie at samarbeidet med skolene er varierende. Waldum-Grevbos studie (2018) beskrev også at noen av helsesøstrene opplevde godt samarbeid med skolen hvor de både tok del i blant annet elevtjenesten sammen med rådgivere, PPT og ungdomsveileder. I Waldums-Grevbos og min studie reagerte derimot mange av helsesøstrene på ordlyden i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (skolehelsetjenesten, 2018). Denne forskriften sier at helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom 0-20 år skal omfatte:

«bistand og undervisning i gruppe/klasse/foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det».
(§ 6c.)

I henhold til at skolen ikke har lovverk som sier noe om dette temaet opplevde helsesøstrene at det ofte er opp til dem og deres engasjement om de får til et samarbeid med skolen. Helsesøstrene i begge studiene opplevde det derfor som utfordrende å komme i posisjon i skolen.

Den 23.mars 2018 kom det en proporsjon til stortinget om forslag til lovvedtak om endring i opplæringsloven (Prop 52, 2017-2018). Endringen foreslo å gjøre skolen pliktig til flerfaglig samarbeid. Ifølge Waldum-Grevbo (2018) ble loven vedtatt, men har ennå ikke trått i kraft. Det kan tenkes at det tverrfaglige samarbeidet med skolen blir bedre når denne loven blir gjeldende.

Foreldre

Helsesøstrene i min studie fortalte at barn og ungdom ofte opplevde press fra foreldrene og ulike hold for å være flinke på skolen, og på andre arenaer utenfor skolen.

I studien til Sand og Kvarme (2018) ble viktigheten av et godt samarbeid med foreldrene poengtert. Et slikt samarbeid kan hjelpe foreldrene med å forstå hvordan barnet deres har det og hjelpe foreldrene til å tilrettelegge i hjemmet og på fritiden (Sand og Kvarme, 2018). Tilretteleggingen kunne for eksempel innebære å få redusert treninger og andre fritidsaktiviteter. Sand og Kvarme (2018) fant at det var viktig å finne en god balansegang for de unge, og ta høyde for at de også trenger å koble av og hvile. Helsesøstre Sand og Kvarme (2018) intervjuet opplevde at de gjennom samtaler kan kartlegge hvordan press og stress påvirker barn og unge. Det kan tenkes at helsesøstrenes samtaler med barn og unge kan hjelpe foreldrene å få innblikk i hva barna deres trenger for å få det bedre.

Utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet

Helsesøstre i min studie opplevde ulike utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet. Dette kunne være utfordringer knyttet til for dårlig samarbeid med andre tverrfaglige instanser hvor blant annet beliggenhet og store avstander til hverandre kunne være til hinder. Noen av helsesøstre opplevde det også utfordrende om de ikke hadde kontor i nær tilknytning til lærerne og samarbeidspartnerne på skolen. Det viste seg at mangel på effektivt samarbeid også påvirket barnas trygghet til de ulike instansene. Det var også tydelig blant helsesøstre at de ønsket seg flere ressurser og flere stillinger for å oppleve å strekke til i sitt arbeid.

Waldum-Grevbo (2018) påpekte i sin studie at skolehelsetjenestens beliggenhet på skolen ofte er til hinder for samarbeid. Disse funnene er derfor overførbare til min studie. På bakgrunn av dette kan det diskuteres om lokalisasjonen av skolehelsetjenesten bør omorganiseres i fremtiden og ha en felles gitt standard for alle landets kommuner, slik at de unge får et så likt tilbud som mulig.

Studien til Waldum-Grevbo (2018) fant at det er et stort forbedringspotensial for at skolehelsetjenesten skal nå de anbefalte normaltallene. Årsverkskartleggingene fra 2015 og 2016 (Helsedirektoratet, 2016; K. S. Waldum-Grevbo & Haugland, 2015) viste at skolehelsetjenesten har størst avvik (Helsedirektoratet, 2010b) i barneskolen og at variasjonen mellom kommunene og fylkene da det gjaldt helsesøstrenes tilstedeværelse var stor. Helsesøsterårsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har økt med 252 årsverk totalt siden 2015 (K. Waldum-Grevbo, 2018) uten at det finnes noen oversikt over hvor disse helsesøstre jobber. Anbefalte normaltall for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble

utarbeidet i 2010 (Folkehelseinstituttet et al., 2011) men er ikke justert i henhold til oppgavene i de nye retningslinjene.

En helsesøster i full stilling kan følge opp maksimalt 300 elever i barneskolen eller 550 elever i ungdomsskolen (K. S. Waldum-Grevbo & Haugland, 2015). Ifølge en kartlegging (K. S. Waldum-Grevbo & Haugland, 2015) gjort av LaH NSF's utdanningsutvalg, utdannes det for få helsesøstre for at vi skal kunne møte behovet for helsesøstre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fremover (NSF, 2017). På den andre siden viser studien min og Waldum-Grevbos (2018) studie at helsesøstrene merker en positiv utvikling i forhold til tilstedeværelse fra sentralt hold etter de nasjonale satsningene på skolehelsetjenesten tredde i kraft i 2017. Helsesøstrene fortalte at det har blitt betydelig bedre etter at skolehelsetjenesten har mottatt midler fra Helsedirektoratet for å styrke skolehelsetjenesten (Waldum-Grevbo, 2018). De opplevde nå i større grad enn tidligere å bli ansett som en ressurs, men at det fortsatt finnes et stort forbedringspotensial for økt tilstedeværelse og bedre tverrfaglige samarbeid.

“Når fagfolk fra forskjellige yrkesgrupper arbeider sammen mot et felles definert mål basert på egen og felles fagkunnskap, arbeider de tverrfaglig” – Galvin og Erdal (2013) (Killèn, 2013, s. 211). Ifølge Killèn (2013) blir det økt behov for tverrfaglig samarbeid jo mer helsesøstre og andre fagfolk i førstelinjen engasjerer seg i å forebygge psykososiale problemer. Det kan derfor tenkes at jo mer psykiske problemstillinger helsesøstrene blir oppmerksom på blant de unge, jo større behov har de for å samarbeide med blant annet skolen og andre instanser. Ifølge Erdal (2000); Skjerven (1996) er nært samarbeid mellom helsestasjon, barnehage og barnevern mulig, men avhenger av at den enkeltes rolle og formelle ansvar blir avklart. Det kan derfor tenkes at helsesøstres samarbeid med andre instanser også er mulig ved å ta hensyn til det Skjerven (1996) og Erdal (2000) nevner. Ifølge Killèn (2013) er det viktig at alle instansene er klar over målsettingene og problemstillingen i forkant av de tverrfaglige møtene. Dette kan øke effektiviteten av møtene også med tanke på at de tverrfaglige møtene ofte er kostbare (Killèn, 2013). Den største utfordringen med et tverrfaglig samarbeid kan ifølge Killèn (2013) være at personlige ambisjoner erstattes med faglige ambisjoner. Hovedfokuset i det tverrfaglige samarbeidet må derfor være på å hjelpe de unge og foreldrene deres (Killèn, 2013). Status i de ulike profesjonene kan skape utfordringer i samarbeidet, og det er derfor viktig at statusen jevnes ut (Killèn, 2013). *“Det forutsetter gjensidig respekt for andre profesjoner og deres arbeid og en ydmykhet i synet på forståelse”*

(Killèn, 2013, s.214). Videre nevner Killèn (2013) at kompetanseheving kan styrke det tverrfaglige samarbeidet. Hun mener det er behov for å heve kompetansen blant alle profesjoner som jobber med barn og foreldre. Samtidig mener Killèn (2013) at det må utarbeides et felles kompetanseområde om hvordan barn og unge utvikler seg i samspill med omgivelsene. Sist men ikke minst presiserer Killèn (2013) behovet for at det må legges til rette for et bevisst og symmetrisk tverrfaglig samarbeid og at det tverrfaglig samarbeid må læres.

6.4.2 Involvering av barn og unge i det tverrfaglige samarbeidet

Brukermedvirkning

Ifølge flertallet av helsesøstrene i min studie er barn og unge svært reflekterte og har et ønske om å få det bedre når de sliter psykisk. Helsesøstrene påpekte at de opplevde det som viktig for de unge å ha innvirkning i deres samarbeid. De hadde en opplevelse av at barna og ungdommen lukket seg enda mer om de ikke følte seg verdsatt og lyttet godt nok til.

Informantene presiserte videre at de unge ofte syntes det var for mange å forholde seg til om det var et tverrfaglig team rundt dem. Det kan tenkes at dette truer de unges følelse av trygghet. På den andre siden uttrykte helsesøstrene en usikkerhet om barna og de unge faktisk blir nok tatt hensyn til i det tverrfaglige samarbeidet.

I Ottawa-charteret (WHO, 1986) ble det foreslått at helsetjenesten skulle legge til rette for maktfordeling, der fagpersonen eller eksperten skulle avgi makt til pasienten eller brukeren av helsetjenesten. Dette kan forstås ved at fagpersonen er ekspert på det faglige området og pasienten eller brukeren er ekspert på seg selv. Samhandling dreier seg om å sette sammen disse ekspertkompetansene (Tveiten, 2016). Utviklingen av denne pasientkompetansen er forankret i helsefremming (Hovin, Visser, Mullen & van den Borne, 2010). Stortingsmelding 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste legger stor vekt på pasientmedvirkning i formuleringen: *“ingen beslutninger om meg, tas uten meg”*.

I Norge har det de siste tiårene blitt en økt forståelse for at tjenestemottakerne innen psykisk helsevern ikke bare skal være passive mottakere av hjelp, men at de selv skal ta del i selve behandlingsprosessen ved å klargjøre egne premisser for egen helbred (Klausen, 2016). Brukeren har fått erkjennelse om at de selv er ekspert på sin egen helse og skal derfor bli hørt og medvirke hele veien i sin behandlingsprosess (Lønne, 2008). Det er ingen tvil om at idéen

om brukermedvirkning er god, men erfaringene på brukermedvirkning så langt vil helt sikkert dekke hele skalaen fra gode til dårlige. Slik jeg ser det opplevde helsesøstrene i min studie utfordringer knyttet til taushetsplikten og utfordringer i forhold til å gi de unge råd.

Helsesøstrene påpekte derimot at det er viktig å vente til de unge er med på de endringene som bør gjøres. Likevel fikk jeg en opplevelse av at helsesøstrene noen ganger syntes det var utfordrende da de sitter inne med mye kompetanse og ofte vil ordne opp raskt og gjøre den unges situasjon bedre.

Det kan tenkes at de tverrfaglige teamene blir overveldende for den unge på den måten at det blir en ujevn maktfordeling. Kanskje kan den unge føle seg nærmest presset til å gjøre endringer uten at det blir gitt nok tid til en vurdering om dette er hva den unge selv ønsker. Et viktig moment i den individuelle brukermedvirkningen er at brukeren selv skal være med i alle samtaler som berører selve behandlingsopplegget (Lønne, 2008). Det blir her viktig å ta stilling til at barn og unge skal ha en økende grad av medbestemmelse i helsespørsmål etter hvert som de blir eldre.

Brukermedvirkning kan ses i to sentrale dimensjoner. Den første er *demokrati*, hvor en vektlegger pasientens medbestemmelse. Den andre er *kvalitet*, hvor en vektlegger betydningen av at tjenesten tilpasses den enkelte pasient for å bli best mulig (Lønne, 2008). Det kan derfor anses som viktig for helsesøstrene å få tilbakemelding på hvordan den unge opplever deres møter for å kunne øke kvaliteten og effekten av samtalene. Med tilbakemelding underveis i behandlingen er det også lettere at brukerne får til den endringen han/hun ønsker (Lønne, 2008).

Brukerorientering er et ideal som representerer et politisk og etisk basert verdivalg som kan oppfattes som et sentralt element i moderniseringen av offentlig virksomhet (Willumsen, Ødegård & (red.), 2014). Det er i dag forventet at den offentlige forvaltningen setter brukernes behov i sentrum ved utforming av tjenestetilbudene (Willumsen og Ødegård, 2016). Kjellevold (2005) nevner fire sentrale krav som kan resultere i idealet om brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene: 1) Tjenestene skal være individuelt tilpasset, 2) Tjenestene skal være samordnet, 3) Tjenestene skal gi rom for medvirkning og 4) Tjenestene skal være tilgjengelige. Dette kan forstås som at det stilles visse krav til både tjenestenes utforming og tilgjengelighet og til samspillet med brukeren(e) (Willumsen og

Ødegård, 2016). En mye brukt definisjon på brukermedvirkning er: *“de som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet”* (Rønning & Solheim, 1998, s. 31; sosialdepartementet, 1996-1997 (1996)) Denne definisjonen gir uttrykk for at pasienter og brukere skal involveres i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Sett i sammenheng med barn og unge og deres vei mot bedre psykisk helse bør de tas hensyn til i det tverrfaglige samarbeidet.

7.0 AVSLUTNING

7.1 Oppsummering av funn og konklusjon fra studien

Studien har vist at helsesøstrene i skolehelsetjenesten opplevde å være en viktig person for barn og unge i forbindelse med å fremme elevenes psykiske helse. Helsesøstrene har en opplevelse av at de unge har en helt spesiell tiltro til dem. Videre poengterte helsesøstrene viktigheten av å være tilgjengelig og være et lavterskeltilbud for elevene, men opplever utfordringer i forhold til tilgjengeligheten med tanke på knappe ressurser, lite tid og lokalisasjon av deres kontorer. Videre viste studien at helsesøstrene anser lærerne som gode ressurspersoner å samarbeide med. Samtidig opplevde helsesøstrene utfordringer knyttet til dette samarbeidet da det per i dag er for lite formalisert og effektivt, ifølge dem. Helsesøstrene kunne derfor ønske at de oftere ble invitert inn i skolen. Det var tydelig at helsesøstrene kunne ønske seg å i større grad fokusere på helsefremmende og primærforebyggende arbeid.

Studien viste betydningen av en trygg voksenperson i livet til barna og ungdommen. Helsesøstrene påpekte at et trygt hjem og ansvarsfulle foreldre eller annen voksenperson hadde stor betydning for barnas psykiske helse.

Sist men ikke minst stilte helsesøstrene seg undrende til i hvilken grad barn og unge blir tatt hensyn til og hørt, spesielt i forhold til det tverrfaglige samarbeidet.

7.2 Implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning

Resultatene fra studien kan bidra til økt forståelse for helsesøsteryrket og hvilke utfordringer de møter i det forebyggende- og helsefremmende arbeidet av psykiske problemstillinger blant barn og unge. Resultatene kan også få betydning for nåværende praksis, ved å gi innspill og forslag til tiltak som kan bidra til utvikling av bedre og mer effektiv helsesøsterpraksis. Økt søkelys på disse faktorene kan igjen gi samfunnsmessige gevinster i form av et mer effektivt tilbud med høyere kvalitet, samt gi samfunnsøkonomisk gevinst. Videre kan det også bidra til empowerment, hvor empowerment er assosiert med helsegevinster, gode og trygge tjenestetilbud og arbeidstilfredshet (Kennedy, Hardiker & Staniland, 2015). Arbeidstilfredshet menes i denne sammenhengen med helsesøstrenes følelse av å være tilgjengelig for barna og de unge, og på den måten få en følelse av mestring i deres arbeidshverdag. Økt fokus på barn og unge kan også øke de unges mestringskompetanse ved å få hjelp til å bli bevisst sine egne gode ressurser.

Etter å ha gjennomført studien sitter jeg igjen med en opplevelse av hvilken betydning helsesøstrenes rolle har for å fremme barn og unges psykiske helse. På den andre siden opplever jeg å ha manglende kunnskap om lærernes rolle i forhold til de unges psykiske helse. Fra starten av ønsket jeg å gjøre intervju med både helsesøstre, lærere og de unge selv, for å få et mer helhetlig bilde av det som skulle studeres. Dette ble for omfattende for en masteroppgave og det ble derfor valgt å sette søkelys på helsesøstre og stille en del spørsmål til dem som omhandlet barnas helse. Mitt ønske var å få innsyn gjennom helsesøstre i hvordan de unge forholdt seg til deres psykiske helse, men også hvordan de forholdt seg til helsesøstre og det tverrfaglige samarbeidet. Jeg kunne som et alternativ til de individuelle intervjuene jeg gjorde hatt fokusgruppeintervju med en blanding av helsesøstre og lærere, eller helsesøstre, lærere og de unge. Dette kunne bydd på utfordringer med tanke på ulik forståelse, kunnskap og yrkesgrupper. Sist, men ikke minst kunne det å intervju barn og unge bydd på utfordringer med tanke på forskningsetikk.

Det hadde også vært interessant og gjort en studie med barn og/eller ungdom slik at en hadde fått innsyn i deres perspektiv. Dette kunne vært gjort som en kvantitativ studie for å bevare anonymitet på best mulig måte, og med hensyn til forskningsetikk. Kvalitativ tilnærming hadde også vært interessant, men da måtte en gjort helt andre etiske vurderinger. Videre studier bør også utforske hvilke faktorer som fremmer samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen som ledd i å fremme elevenes psykiske helse, da jeg ser et behov for økt formalisering og tilrettelegging for et tverrfaglig samarbeid. Dette tror jeg kan bidra til økt kvalitet på skolehelsetjenesten i fremtiden.

LITTERATUR

- Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS 2014.
- Aasland, D. G. (2008). *Veildeningens etiske forutsetninger*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aglen, B. S. & Olsen, M. K. (2018). Hvordan bør helsesøster-tjenestene organiseres? *Sykepleien*, 2018 106(70908)(e-70908). <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70908>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, Hillsdale, N.J. *Lawrence Erlbaum*.
- Alexander, L. B. & Luborsky, L. (1986). *The Penn helping alliance scales. I: Greenberg, L.S. og Pinsof, W.M. (red.). The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, California: US: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco, California: US: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aubert, A. M. & Bakke, I. M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bachelor, A. (1995). Clients perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 42, 323-327.
- Bakken, A. (2016). *Ungdata. Nasjonale resultater 2016, NOVA Rapport 8/16*. Oslo: NOVA. Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater>
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, (44), 542-573. Hentet fra http://bioetyka.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2014/10/06_BoorseHealthConcept.pdf
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bremberg, S. (2002). "Kan skolan minska ungdomars bruk av alkohol?", i *Andreasson, Sven (red.), Den svenska supen i det nye Europa - Nya villkor for alkoholprevention: en kunnskapsöversikt*. Statens Folkhälsoinstitut.
- Buer, L. (2018). Kyss, snap og klem. *Psykisk helse*(Issue). Hentet fra <https://psykiskhelse.no/bladet/2018/helsesista-0218>
- Dahl, B. M. (2016). Et yrke i endring (Doktorgradsavhandling).
- DeMarinis, V. (2014). *Public mental health promotion, meaning-making and existential meaning: Challenges for person-centered care of refugees in a secular, pluralistic context. I: Overland, G., Guribye, E. & Lie, B. (red.), Nordic Work with traumatised refugees. Do we really care*. Newcastle: Cambridge Scholars Press.
- Eide, H. & Eide, T. (1996). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling og konfliktløsning, etikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning. En introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10, 23-38.
- Erdal, B. (2000). *Hvordan kan samarbeid mellom helsestasjon og barnevern sikre barn tidlig hjelp* (Rapport). Bærum kommune: avd. barn og unge Rykkinn område.
- Fagermoen, M. S. (2005). *Kvalitative studier og kvalitetskriterier* Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning.

- fhl, F. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* (LOV-2017-03-03-8). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelsen%202011>
- Finansdepartementet. (2009-2010). *Storingsproposisjon nr. 1 (2009-2010). Nasjonalbudsjettet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-1-s-20092010/id580526/>
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsintervju*. København: Akademisk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Folkehelse rapporten 2010: Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/folkehelse rapporten-2010-helsetilstanden-i-norge-pdf.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. TOPP-studien*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/prosjekter/topp-studien-prosjektbeskrivelse/>
- Folkehelseinstituttet, Major, E., Dalgard, O., Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., ... m.fl. (2011). *Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (2011:1). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var--psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
- Fonagy, P. & mfl. (2002). *Affect regulation, mentalisation and the development of the self*. New York: Other Press.
- Forsberg, Starrin, B. & (red.). (1997). *Empowerment som tankemodell*. Stockholm: Forlagshuset Gothia.
- Foster, K. (2010). You'd think this roller coaster was never going to stop': Experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3143-3151.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. & al., e. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 2010;376(9756):1923–58.
- Gamst, T., K.M. (2011). *Profesjonelle barnesamtaler: Å ta barn på alvor* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361.
- Gillham, J. E., Shatte, A. & Freres, D. (2000). Preventing depression: A review of cognitivebehavioral and family interventions. *Applied & Preventive Psychology*, 9, 63–88.
- Glistrup, K. (2006). *Hvad børn ikke ved ... har de ondt af: Familiesamtaler om psykiske lidelser* (2. utg.). København: Hans Reitzels.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, R., Hall, C. M. & Hayward, D. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Springer US*. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Greenberg, M. T. & Riggs, N. R. (2015). *Prevention of mental disorders and promotion of competence. I Thapar, A., Pine, D. S., Leckman, F. J., Scott, S., Snowling, M. J. & Taylor, E. (Red.), Rutter's child and adolescent psychiatry*. Chichester: Wiley.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akedemisk.
- Haugland, S. & Grimsmo, A. (2009). *Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I S. Haugland og N. Misvær (red.). Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Heggen, K. & Øia, T. (2005). *“Ungdom i Endring” - mestring og marginalisering* Abstrakt forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2010a). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle-engelsk-IS-1846-bokmal.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010b). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

- Helsedirektoratet. (2016). Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kartlegging-av-arsverk-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom
- Hentet 03.10.2018 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018). Samhandlingsreformen. Hentet 29.01.2019 fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- helsedirektoratet, S.-o. (2003). *Helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. IS- 1154. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/is-1154_2619a.pdf
- Henriksen, Ø. (1999). *Forebygging, fellesskap og forandring. En rapport om utforming og utprøving av et rusforebyggende program i ungdomsskolen*.
- Hjemdal, O. (2009). *Measuring protective factors for adults and adolescents: The development of two resilience scales* NTNU, Trondheim.
- Hjälmhult, E., Wold, B. & Samdal, O. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i «Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler». *Vård i Norden*, 22 (63), 42-46. <https://doi.org/10.1177/0107408302200108>
- hol, H.-o. o. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2018-12-20-113). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunal%20helse%20og>
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, nr. 7, 693-695. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=268860&a=4
- Hovin, C., Visser, A., Mullen, P. D. & van den Borne, B. (2010). *A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education* Patient Education and Counseling.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.) Abstrakt forlag.
- Karlsson, B. & Oterholt, F. (2010). *Fenomener i faglig veiledning* Oslo: Universitetsforlaget.
- Kennedy, S., Hardiker, N. & Staniland. (2015). Empowerment an essential ingredient in the clinical environment: A review of the literature. *Nurse Eeducation Today*, 35(3), 487-492. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.014>
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Behavior Research*, 43, 207-222.
- Killén, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner: Forebygging er alles ansvar* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*, 2003;60(7):709-17.
- Kjellelvold, A. (2005). *Hensynet til brukeren - idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten. I: Brukernes medvirkning* Universitetsforlaget.

- Klausen, R. K. (2016). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Senter for omsorgsforskning, nord Senter for omsorgsforskning.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kvitrud, M. (2018, 14.juni). Helsesista: Tale (38) sa opp jobben for å leve av Snapchat: Veldig skummelt. KK (Issue). Hentet fra <https://www.kk.no/jobb/tale-38-sa-opp-jobben-for-a-leve-av-snapchat--veldig-skummelt-69900376>
- Laiho, A. (2010). Academisation of nursing education in the nordic countries. *Higher Education*, 2010;60(6):641–56.
- Langeland, E. (2012). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksiskap*. . Bergen: Fagbokforlaget.
- Leahy, M. A. (2015). Children of mentally ill parents: Understanding the effects of childhood trauma as it pertains to the school setting. *International Journal of Educational Research*, 71, 100-107.
- Luborsky, L. & mfl. (1997). The Psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twentytwo therapists and seven patients samples. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Luthar, S. S. (2003). Resilience and vulnerability. Adaption in the context of childhood adversities. *Cambridge University Press*.
- Løgstrup, K. E. (1992). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.
- Lønne, A. H. (2008). *Å leve med ungdom med psykiske lidelser* Legeforlaget AS.
- Løvlie Schibbye, A. L. (2011). *Læringsprosesser i veiledning belyst ved utvalgte relasjonsbegreper*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Masten, A. S. (2001). *Ordinary magic: Resilience processes in development* American Psychologist.
- Mathisen, A. P. (2014). *Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter* Oslo Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/sec1>
- Meld., S. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*.
- Meld., S. (2014-2015). *Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter* Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Moen, Ø. L. (2018). Helseøsters utfordringer med psykisk uhelse i skolen. *Sykepleien*, 2017 105(64615)(e-64615). <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64615>
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorder: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: National Academy Press.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser* (2009:4). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid - Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nergård, I., Källsmyr, K., Borg, M. & Bratvold, B. (2014). *Lære for Livet. I: Voksne for Barn*.
- Nordahl, T., Sørli, M. A., Manger, T. & Tveit, A. (2003). *Alvorlige atferdsvansker. Effektiv forebygging og mestring i skolen. Veileder for skolen* Læringscenteret.
- Nordenfelt, L. (1987). *On the nature of health. An action-theoretical approach* D. Reidel Publishing Company.
- NOU 2003:4. (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Oslo: Stortinget.

- NSF. (2017). Helsesøsterstillinger og utdanning av helsesøstre. En kartlegging av behov for helsesøsterstillinger og helsesøsterutdanning. Rapport nr. 2. *Landsgruppen av helsesøstre NSF*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3545775/10501/Det-utdannes-for-faa-helsesostre>
- Ogden, T. (2006). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen* Gyldendal Akademisk.
- omsorgsdepartementet, H.-o. (2008-2009). *Samhandlingsreformen* (St.meld. nr. 47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Orlinsky, D. A. & mfl. (1994). *Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. I: Bergin, A.E. og Garfield, L. (red.). Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Pianta, R. C., Barnett, W. S., Burchinal, M. & Thornburg, K. R. (2009). The Effects of Preschool Education: What We Know, How Public Policy Is or Is Not Aligned With the Evidence Base, and What We Need to Know Psychological Science in the Public Interest. *Psychological Science*, 10, 49-88.
- Polit, F. P. & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods* (7. utg.). The United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, F. P. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Prop 52, L. (2017-2018). Endringer i opplæringslova, friskolelova og folkehøgskolelova (plikt til å tilby intensiv opplæring og plikt til fleirfagleg samarbeid m.m.) (2017-2018). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-52-l-20172018/id2594304/>
- Rannestad, T., Haugan, G. & mfl. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (1. utg.) Cappelen Damm akademisk.
- Rannestad, T., Haugan, G. & mfl. (2016). *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (1. utg.) Cappelen Damm akademisk.
- Regjeringen. (2017). Samarbeider om unges psykiske helse. Hentet 27.02.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/samarbeider-om-unges-psykiske-helse/id2540244/>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). Psykisk helse i Norge. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/psykisk_helse/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Rutter, M. (2000). *Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rønning, R. & Solheim, L. (1998). *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sand, T. I. & Kvarme, L. G. (2018). Slik kan helsesøstre oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom. *Sykepleien*. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70421>
- Schancke, V. A. (2005). Forebyggende og helsefremmende arbeid - fra forskning til praksis. En kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger. *Nordnorsk Kompetansesenteret – Rus ved Nordlandsklinikken., Nr. 1/2005*.
- Skjerven, E. (1996). *Metodeutvikling - tidlig hjelp: Et samarbeid mellom helsestasjoner, barnevernet og barnehagene fra 1.9.92 til 1.11.95* (Sluttrapport). Bærum/Bekkestua distrikt.
- skolehelsetjenesten, F. o. h.-o. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584#KAPITTEL_1
- Smeby, J.-C. & Vågan, A. (2007). *Fra utdanning til arbeid. I: Alsvåg H, Førland O, red. Engasjement og læring – fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- sosialdepartementet, A.-o. (1996-1997 (1996)). *St. meld. nr. 34 (1996-1997). (1996). Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede og veien videre* (Meld. St.

- nr.34). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20162017/id2524407/>
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465.
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn : Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sylva, K., Meluish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., Taggart, B. & m.fl. (2011). Pre-school quality and educational outcomes at age 11: Low quality has little benefit. *Journal of Early Childhood Research*, 9, 109-124.
- Telljohann, S. K., Price, J. H., Dake, J. A. & Durgin, J. (2004). Access to school health services: differences between full-time and part-time school nurses. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 20(3):176-81.
- Tellnes, G. & red. (2017). *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Trondsen, M. (2012). Living With a Mentally Ill Parent. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188.
- Tveiten, S. (2006). *The Public Health Nurses' Client Supervision*. Oslo: Doctoral Thesis, University of Oslo.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning- mer enn ord ...* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk, Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. & Boge, K. (2014). *Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområde og praksiser? S. Tveiten & K. Boge (Red.), empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - nye perspektiver* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Van der Kolk, B. A. C., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. & (red.). (1996). *Traumatic stress- The effect of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford.
- von Soest, T., Mossige, S., Stefansen, K. & Hjemdal, O. (2010). A validation study of the resilience scale for adolescents, (READ). *Journal of Psychopathological Behavioral Assessment*, 32, 215-225.
- Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider. Håndbok i resiliencegrupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J. & Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104, 179-190. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x>
- Waldum-Grevbo, K. (2018). Helsesøster: Følger du de nye, nasjonale anbefalingene? *Sykepleien*. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70773>
- Waldum-Grevbo, K. S. & Haugland, T. (2015). En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 10(4):352-60. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/en-kartlegging-av-helsesosterbemanningen-i-skolehelsetjenesten>
- Werner, E. E. (2000). *Protective factors and individual resilience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (2012). WHO Sixty-fifty world health assembly WHA65.4. (2012). The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Hentet fra www.who.int/mentalhealth/Bufret
- Willumsen, E., Ødegård, A. & (red.). (2014). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Winton, C. A. (2003). *Children as caregivers : Parental and parentified children*. Boston: Allyn and Bacon.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. & m.fl. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European*

Neuropsychopharmacology, 21, 655-679. Hentet fra
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X11001726?via%3Dihub>

Ytterhus, B. (2012). *Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K (Red.), Barn som pårørende.* Oslo: Abstrakt Forlag.

Zachrisson, H. D. (2009). *Attachment in middle and late hildhood. Measurement validation and relation to mental health problems. Doktoravhandling* University i Oslo, Oslo.

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness; investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 354-359.

Vedlegg 1 - Intervjuguide

Erfaringer helsesøstre har med helsefremmende og forebyggende arbeid av psykiske lidelser blant barn og unge i alderen 5-16 år

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke erfaringer har helsesøstre med å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år? Og hvordan fungerer dette arbeidet i dag?
2. Hvordan opplever helsesøstre at det tverrfaglige samarbeidet fungerer for å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år?
3. Hvilke erfaringer har helsesøstre med hva barn og unge selv sier er nødvendig for at de skal få en bedre psykisk helse?
4. Hva mener helsesøstrene er nødvendig for å bidra til god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år?

Intervjuguide – Individuelt intervju

INTRODUKSJON	<ul style="list-style-type: none">• Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn, formål)• Klargjøre fokus på Empowerment og brukerperspektivet• Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet• Gi informasjon om opptak• Sjekk at informanten har skrevet under informertsamtykke• Spør informanten om noe er uklart og om vedkommende har noen spørsmål• Start opptak
1. Hvilke erfaringer har helsesøstre med å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år? Og hvordan fungerer dette arbeidet i dag?	<ul style="list-style-type: none">• Hva opplever du barn og unge strir mest med i dag? Hvilke situasjoner møter dere mye av?• Hva mener du er god forebygging? Hvorfor er dette god forebygging?• Hva gjør dere som helsesøstre når det helsefremmende og forebyggende arbeidet fungerer best?• Kan du fortelle om noen spesifikke tiltak som har fungert og hvorfor fungerte det? Forbedringspotensialer?

	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle om noen tiltak som har blitt iverksatt som dere opplevde ikke fungerte? Hvorfor fungerte det ikke? • Hvordan mener du de politiske føringene og retningslinjene fungerer i praksis? • På hvilken måte tror du økt fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid kan påvirke fremtiden til barna og ungdommene dere møter?
<p>2. Hvordan opplever helsesøstre at det tverrfaglige samarbeidet fungerer for å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan opplever du som helsesøster det tverrfaglige samarbeidet med for eksempel skolen, psykologer, leger, BUP og barnevernet på godt og vondt? • Hvordan påvirker dette samarbeidet ditt arbeid? • Hva sier barna og de unge om hvordan de opplever det tverrfaglige samarbeidet? • Opplever dere som helsesøstre at barna og de unge blir hørt/tatt hensyn til i dette samarbeidet?
<p>3. Hvilke erfaringer har helsesøstre med hva barn og unge selv sier er nødvendig for at de skal få en bedre psykisk helse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opplever du at barna og de unge er engasjert i hvordan deres behov møtes og helse fremmes? • Hvilken erfaring har du med at barna og de unge kan medvirke til å fremme god helse for seg selv? • Hvilke utfordringer gir dette deg som helsesøster? • Hva opplever helsesøstre at barna og de unge selv sier at er viktig for dem, hva som gir dem bedre, evt. dårligere psykiske helse? • (Ut i fra barn og unges forutsetninger hvilke faktorer opplever du som helsesøster må være til stede for at barn og unges psykiske helse skal fremmes?)
<p>4. Hva mener helsesøstrene er nødvendig for å bidra til god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Som helsesøster, hva mener du er nødvendig i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant barn og unge? • I forhold til andre arbeidsoppgaver helsesøstre har, hvordan opplever du ressursene til arbeid med psykisk helseproblematikk blant barn og unge?

	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan opplever du din egen, og dine kollegaers kompetanse når det gjelder psykisk helse? • Er det noe annet dere savner i arbeidssituasjonen for å bidra til god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år?
AVSLUTNING	<ul style="list-style-type: none"> • Spørre informanten om det er noe som mangler eller som bør legges til • Takke for intervju og engasjement • Stoppe opptak • Si noe kort om prosessen videre

Intervjuet i stikkordsform:

Introduksjon	<p>Tema Hensikt og formål Empowerment og brukerperspektiv Bruk og taushetsplikt Info om opptak Informert samtykke Uklarheter og spørsmål</p>
Spørsmål 1.	<p>Problematikk i dag Hva er god forebygging? Hva fungerer? Tiltak Forbedringspotensialer Politiske retningslinjer og føringer Effekt</p>
Spørsmål 2.	<p>Tverrfaglig samarbeid Hvordan påvirkes ditt arbeid av samarbeidet? Barn/unges innflytelse på det tverrfaglige samarbeidet</p>
Spørsmål 3.	<p>Barn/unges engasjement Erfaring med brukermedvirkning Utfordringer Hva må være til stede?</p>
Spørsmål 4.	<p>Hva er nødvendig? Ressurser Kompetanse? Arbeidssituasjonen</p>
Avslutning	<p>Noe som mangler? Forstått informanten rett? Stoppe opptak</p>



Oslo, 26.02.2018

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Erfaringer helsesøstre har med å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål om å delta i et forskningsprosjekt som omhandler barn og ungdoms psykiske helse. Studien utføres av en masterstudent ved Oslo Metropolitan University, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved fakultet for helsefag ved studieprogram Empowerment – helsefremmende arbeid. Studiens hensikt er å undersøke og beskrive hvilke erfaringer helsesøstre har med å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år. I den forbindelse inviteres du som helsesøster til å delta i et kvalitativt intervju for å dele dine erfaringer.

Forskningsspørsmål:

- 1. Hvilke erfaringer har helsesøstre med å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år? Og hvordan fungerer dette arbeidet i dag?*
- 2. Hvordan opplever helsesøstre at det tverrfaglige samarbeidet fungerer for å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år?*
- 3. Hvilke erfaringer har helsesøstre med hva barn og unge selv sier er nødvendig for at de skal få en bedre psykisk helse?*
- 4. Hva mener helsesøstrene er nødvendig for å bidra til god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år?*

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamling foregår ved personlig kvalitativt intervju. Tidsrammen på intervjuet er mellom 50-90 minutter. Intervjuet vil basere seg på tematikken beskrevet over. Intervjuet foregår sammen med masterstudenten, ingen flere. Samtalen tas opp på lydfil, og vil danne grunnlag for analyser og publisering av vitenskapelig artikkel.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Personopplysninger og lydfiler vil bli behandlet konfidensielt. Kun forsker og forskers to veiledere tilknyttet prosjektet vil få tilgang til datamaterialet og transkribert datamateriale blir anonymisert slik at personopplysninger og/eller eventuelle sensitive opplysninger ikke fremkommer i publisert materiale. Personopplysninger og lydfiler vil bli oppbevart i låsbart skap ved utdanningsinstitusjonen. Studien skal etter planen avsluttes i mai 2018, med forbehold om endringer. Alt datamateriale skal være slettet innen mai 2019.



Frivillig deltakelse

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

Dersom du har spørsmål vedrørende studien eller deltakelse kan jeg kontaktes per e-post: s311330@stud.hioa.no eller telefon: 48171450.

Ansvarlig veileder for studien er førstelektor Ragnhild Flittie Onstad, ragnhildflittie.onstad@hioa.no, og ekstern veileder førsteamanuensis Arnhild Lauveng post@arnhildlauveng.com.

Studien er meldt og anbefalt av Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Jeg håper med dette du ser viktigheten av studien og ønsker å delta.

Med vennlig hilsen,

Ingjerd Iren Leiros

Masterstudent i Empowerment – helsefremmende arbeid

HiOA, studiested Kjeller

Vedlegg 3 – Tilbakemelding fra NSD

The screenshot shows a web browser window displaying the NSD Meldeskjema (Data Collection Form) for research. The URL is <https://pvo.nsd.no/meldeskjema/LfhipTHuDSlgZD58NLWBANbDTBRyUERV/1>. The page title is "Meldeskjema" and the header includes "NSD PERSONVERNOMBUDET FOR FORSKNING".

The form is currently on the "1. Intro" step. A modal dialog box is displayed in the center of the screen with the following text:

IKKE MELDEPLIKTIG

Du har oppgitt at hverken direkte eller indirekte personopplysninger skal registreres i prosjektet. Dersom det ikke registreres personopplysninger, vil prosjektet falle utenfor meldeplikten. Det er da ikke mulig å sende inn skjema til personvernombudet. Les mer [her](#).

The background form contains the following questions and options:

Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger? Ja Nei

Hvis ja, hvilke?*

Annet

Annet, spesifiser hvilke*

Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?* Ja Nei

En person vil være [indirekte identifiserbar](#) dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.

NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.

The bottom of the browser window shows the Windows taskbar with the date 23.10.2018 and time 10:51.

Samtykke til deltakelse i studien

Erfaringer helsesøstre har med å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år. Jeg har mottatt informasjon om studien og er villig til å delta i et kvalitativt intervju i forhold til betingelser som er beskrevet i informasjonsbrevet.

(Sted, dato)

(Signatur prosjektdeltaker)

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering_Prioritering.

Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.

Forskningsprosjekt - tittel:	Helsesøstres erfaringer med å fremme god psykisk helse blant barn og unge
Prosjektleder:	Ragnhild Flittie Onstad
Prosjektnr NSD (hvis aktuelt):	622452
Prosjektnr REK (hvis aktuelt):	
Prosjektnr i UBW (Agresso) (hvis aktuelt):	
Prosjektets formål (kort beskrivelse):	Studien ønsker å undersøke hva helsesøstre mener har betydning for å fremme god psykisk helse blant barn og unge i alderen 5-16 år, og hvilke utfordringer som finnes i dette arbeidet.
Antall registrerte informanter :	8
Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter)	Helsesøstre
Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler lagres:	Koblingsnøkkel er kryptert og passordbeskyttet og oppbevares i låst og brannsikket skap ved OsloMet, SHA, Kjeller
Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?	Master student XX og veilederne

Dokumentet skal lagres i arkivsystemet P360. Slik gjør du det:
 1) Trykk på 360° øverst på høyre side i menylinja, etter at du har fylt ut skjemaet.
 2) Logg på P360.
 3) Trykk: Lagre som nytt dokument i P360. Det åpnes et vindu/sak i P360. Velg "Notat uten oppfølging".
 4) Fyll ut saksnummer som gjeldt ditt fakultet/sentra og tittel på dokumentet. (Se egen bruksanvisning).
 5) Trykk "Fullfør".

Saksnr i P360:
 HV: 18/12622
 LUI: 18/10490
 SAM: 18/11207
 SPS: 18/11221
 SVA: 18/11208
 TKD: 18/09703

Nr.	Kategorier	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikoelement	Eksisterende tiltak	Risikonivå			Nye tiltak
							S	K	Risiko	
	Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.	Benytt nedtrekksmeny (drop down).	Hva kan skje?	Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?	Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet). Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon. Fyll ut kolonnene til høyre, om eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak, basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i	Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.	Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy. Risiko generes automatisk som resultat av sannsynlighet og konsekvens.			Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
EKSEMPEL	Datainnsamling	Lydopptak	Mister diktafon på vei fra informant til kontoret.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	Konfidensialitet (At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende)	Overføre informasjon fra diktafon til annen lagringsenhet etter hvert intervju.	2	3	5	Kryptere diktafon. Vurder å bruke mobilapp.
					Integritet (At informasjon ikke blir endret utilsiktet eller av uvedkommende)			0		
					Tilgjengelighet (At informasjon er tilgjengelig ved behov)	Samme som for konfidensialitet.	3	4	7	Gjøre nytt intervju
1	Datainnsamling	Intervju		Uvedkommende kan kjenne igjen opplysninger i filen, da den ikke er tilstrekkelig avidentifisert. Tap eller tyveri av fil lagret på bærbart utstyr	Konfidensialitet	Bærbart utstyr skal oppbevares trygt og innlåst etter at det brukt. Innsamlede data lydfiler på diktafon transkriberes og avidentifiseres umiddelbart etter intervju. Lydfiler oppbevares innlåst på kryptert minnepinne. Lydfilene slettes så raskt som mulig.			2	
					Integritet	Infomasjon skal ikke endres unødig ved avidentifisering			2	
					Tilgjengelighet	Filer skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende. Det er kun studenten og veilederne som skal ha tilgang til de transkriberte intervjufilene.			2	

2	Datainnsamling	Lydopptak	Koblingsnøkkel er ikke forsvarlig sikret	Koblingsnøkkel som avslører personidentifiserende data (navn, telefonnummer) avsløres og bidrar til at informanter identifiseres	Konfidensialitet	Lydopptak lagres på en ekstern harddisk. Harddisken krypteres og oppbevares separat i et skap og uten tilgang for uvedkommende. Lydfiler transkriberes umiddelbart og minnepinne oppbevares i låsbart skap og de slettes etter avtale med OsloMets rutiner. Koblingsnøkkel oppbevares i et annet låsbart skap sammen med signerte informerte samtykkeskjemaer (som oppbevares i lukkede konvolutter) på OsloMet.			2	
					Integritet	Informasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende			2	
					Tilgjengelighet	Koblingsnøgkelen er det kun			2	
3	Analyse	Intervjukoding		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Hver informant avidentifiseres ved transkripsjon slik at det ikke blir mulig å identifisere enkeltpersoner i teksten			2	
					Integritet	Infomasjon vil ikke endres vesentlig og vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende			0	
					Tilgjengelighet	Det er kun veileder som vil ha tilgang til informasjon, gjennom at koblingsnøkkel oppbevares ved OsloMet (se over).			2	
4	Analyse	Transkribering		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Den som har gjennomført intervjuer og transkriberer intervjuene avidentifiserer informasjon slik at data som kan skape gjenkjennelse (f.eks navn, sted, tid, sjelden diagnose) fjernes. Kun OsloMets PC brukes og denne må være frakoblet nettverk			2	
					Integritet	Infomasjonen vil ikke endres og kommer ikke til å være tilgjengelig for uvedkommende			0	
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som vil ha tilgang til tekstene			2	
5	Analyse	Andre		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Ingen andre enn student og veileder(e) skal ha tilgang til transkriberte tekster. Alt materiale som analyseres er avidentifisert. Tekstanalysen gjøres manuelt evt ved hjelp av digitale programmer (som Nvivo) av studenten og studentens veileder(e).			2	
					Integritet	Infomasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende			0	
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen			2	

6	Avslutning	Slette	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Lydfiler lagres på kryptert hardisk som oppbevares innelåst hos studenten. Lydfiler transkriberes (og avidentifiseres) på en Pc som ikke er koblet til nettverk. Disse destrueres ved prosjektslutt. Koblingsnøkkel lagres innelåst et annet sted enn lydfilene, og slettes så raskt den ikke har noen verdi etter datainnsamling og i tråd med OsloMets vedtak.			2	
				Integritet	Informasjon vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende og vil ikke <u>endres</u>			0	
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen			2	
7	Avslutning	Anonymisering	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	I den ferdige masteroppgaven vil ikke informanternes identitet kunne bidra til gjenkjenning. All presentasjon av informanter er <u>anonymisert</u> .			2	
				Integritet	Informasjonen vil ikke endres og kommer ikke til å være tilgjengelig for <u>uvedkommende</u>			0	
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen			2	
8	Avslutning	Lagringskrav etter prosjektslutt	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Innhold på minnepinner/ hardisk og kodenøkkel slettes etter avtalt tid med OsloMet. Informerte samtykkeskjemaer makuleres etter avsluttet prosjekt.			2	
				Integritet	Informasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for <u>uvedkommende</u>			0	
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder(e) som har tilgang til informasjonen			2	
9	Teknisk	Andre	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Transkriberingen av kvalitative data var på PC'er ikke koblet til internet. Datainnsamling på dette prosjektet var før den nye personvernloven trådte i kraft og regler ble endret ved OsloMet. Prosjektet er godkjent fra NSD og de rammer de satt for beskyttelse av personvern opplysninger i dette prosjektet.			2	
				Integritet	Informasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for <u>uvedkommende</u>			0	
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen			2	

Vedlegg 6 – Analysetabell, eksempler fra analysen

Hovedkategori	Subkategori	Meningsbærende enheter
Betydningen av stabilitet og trygghet Eksempler på koder: Utrygghet i seg selv Utrygge familierelasjoner Konflikter i hjemmet Normalisere det å være ung Press Skilsmisser Ansvarsfulle foreldre Oppfølging/Kontinuitet Gode lærere Gode venner	S1. Utrygghet og dens påvirkning på barn og unges psykiske helse	<p><i>S1: "Og at (liten pause), veldig mange av de barna og unge som jeg er i kontakt med, de har det vanskelig hjemme. Det er liksom, på en måte hovedoverskriften, som jeg opplever det. De strever hjemme, og det, for dem til også, og ha det vanskelig på skolen. Ja. Så jeg synes det er en, eh, og det er urovekkende mange som har store konflikter i familien. Og det virker ganske sterkt inn på dem, selvfølgelig (forståelsesfull væremåte)."</i></p> <p><i>S1: "... også er det ekstremt mange som jeg føler har foreldre som på en måte, ikke kan støtte dem på riktig måte. At, uten at det er omsorgssvikt. Men jeg bare tenker at foreldre gjør så mye rart, de tar så mange rare valg (ler litt oppgitt), eller de, ja mangler kunnskap, em, de er ikke til stede, de velger kanskje heller å kjøpe materielle goder i stedet for å gi en klem. Mye, ja, jeg har mye frustrasjon ovenfor hvordan foreldre kan være da. Og tenker at foreldreveiledning hadde vært veldig bra."</i></p>
	S2. Betydningen av tillitt og tilstedeværelse	<p><i>S2: "Jeg tenker det er noe av det mest grunnleggende at de tenker at jeg er en person de kan ha tillitt til, som de kan eh, komme tilbake til, hvis de har behov."</i></p> <p><i>S2: "Altså det er noe med det å være en voksen blant disse ungdommene også som, em og ta de på alvor som jeg tenker er utrolig unikt med skolehelsetjenesten, og kjempe viktig at vi faktisk er til stede hver dag."</i></p> <p><i>S2: "jeg synes det er veldig viktig at vi er til stede da, det er liksom det viktigste på en måte, at vi ikke bare sitter på kontoret, men at vi går ut i gangene og er litt til stede, jeg har tro på det, at vi er synlige og snakker om ting, bygge en relasjon ja, jeg har veldig sånn tro på det og ufarliggjøre helsesøstre, at det er like naturlig å gå til helsesøstera som å gå til noen andre på en måte."</i></p>
	S3. Betydningen av relasjonsbygging og ha trygge nettverk	<p><i>S3: "... at vi fremstår som gode voksne som de kan ha tillitt til, eh og komme, og at vi sier noe om det i alle møter, at de er velkommen, og at de kan, ja, stole på oss da, som trygge voksne da, fordi vi ser at det er veldig mye ustabilitet i samfunnet, og på skolen, veldig mange lærere som slutter og begynner og, vikarer. Eh, og det ser jeg veldig godt, hvis det er et trinn hvor det er veldig mange vikarer en periode, så kommer det veldig mange barn. Som søker trygghet hos meg."</i></p>

