



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for helse og omsorgsfag

**Helsesykepleiers muligheter og begrensninger til å fremme helse til skolebarn  
som lever i familier med vedvarende lav inntekt**

En intervjustudie

Maria Karlsen

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag. HEL-3903. Mai 2021. Antall ord: 22160

## Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	3
1.2	Hensikt og formål .....	4
1.3	Problemstilling.....	5
1.4	Avgrensning og begrepsavklaring .....	5
1.4.1	Avgrensninger .....	5
1.4.2	Begrepsavklaring.....	6
2	Tidligere forskning .....	7
2.1	Nordiske studier.....	7
2.1.1	Foreldreperspektiver.....	7
2.1.2	Tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten .....	8
2.2	Internasjonale studier.....	9
2.2.1	Helsesykepleiers rolle .....	9
2.3	Kildekritikk.....	10
3	Teoretisk utgangspunkt .....	12
3.1	Sosiale ulikheter i helse .....	12
3.2	Helsefremmende arbeid .....	13
3.2.1	Empowerment .....	14
3.2.2	Salutogenese.....	14
3.3	Forebyggende arbeid .....	16
3.4	Helsesykepleiers ansvarsområder og rammer i skolehelsetjenesten .....	16
3.4.1	Samarbeid i skolehelsetjenesten.....	17
4	Metode.....	19
4.1	Valg av metode .....	19
4.1.1	Hermeneutikken og forforståelsen .....	19
4.1.2	Utvalg og rekruttering av informanter.....	22

4.1.3	Intervjuform .....	24
4.1.4	Intervjuprosessen.....	25
4.1.5	Analyseprosessen .....	26
4.1.6	Valg av analysemetode.....	27
4.2	Forskningsetiske overveielser.....	31
4.2.1	Troverdighet .....	32
4.2.2	Pålitelighet.....	32
4.2.3	Gyldighet.....	33
4.2.4	Overførbarhet .....	34
5	Presentasjon av resultater .....	35
5.1	Å skape en relasjon.....	35
5.1.1	Et skambelagt tema .....	35
5.1.2	Tillit og trygghet.....	37
5.1.3	Helsesamtale.....	38
5.2	Samarbeid i praksis.....	39
5.2.1	Tverrfaglig samarbeid .....	39
5.2.2	Erfaringer med bruk av frivillige og kommunale tilbud .....	41
5.2.3	Når samarbeidet mangler .....	42
5.3	Helsesykepleiers arbeidsområder .....	43
5.3.1	Syn på eget arbeidsområde.....	43
5.3.2	Kartlegging.....	44
5.3.3	Leders ansvar.....	46
6	Diskusjon.....	47
6.1	Muligheter og begrensninger i relasjon .....	47
6.1.1	Skam blant barn og unge i vedvarende lav inntekt .....	47
6.1.2	På lag med foreldrene.....	49
6.1.3	Fritidsaktiviteter kan fremme helse.....	51

6.2	Muligheter og begrensninger i det tverrfaglige samarbeidet.....	53
6.2.1	Barn med sammensatte hjelpebehov .....	53
6.2.2	Helsesykepleier som bindeledd mellom offentlige og frivillige tjenester.....	55
6.2.3	Samarbeid i skolen, muligheter i helsefremmende skoler?.....	57
6.3	Organisering av helsesykepleiers arbeidsområder .....	59
6.3.1	Kartlegging i fra helsestasjonen til skolehelsetjenesten.....	59
6.3.2	Helsesykepleiers ansvarsområde.....	61
7	Avslutning .....	63
7.1	Oppsummering .....	63
7.2	Oppgavens begrensninger.....	63
7.3	Videre forskning .....	64
7.4	Relevans for praksis.....	65
	Referanseliste .....	66
	Vedlegg 1 .....	79
	Vedlegg 2 .....	81
	Vedlegg 3 .....	84
	Vedlegg 4 .....	85
	Vedlegg 5 .....	87

## Tabelliste

Tabell 1	Utvalg kommuner og arbeidsted .....	22
Tabell 2	viser eksempler på koder, kategorier og et tema.....	29
Tabell 3	Problemstilling, tema og kategorier .....	30

## Forord

Endelig er siste ord skrevet, og punktum satt. Å skrive en masteroppgave har vært en lærerik og faglig reise. Jeg har følt meg privilegert som har fått tid for meg selv til å gjøre et dypdykk i et tema som engasjerer meg. Likefullt har det vært en ensom tid i et samfunn som har vært preget av usikkerhet og restriksjoner for sosial kontakt.

Jeg vil benytte dette forordet til å takke de som har hjulpet meg igjennom denne prosessen.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til alle helsesykepleierne som har delt sin kunnskap og satt av tid til intervju med meg. Deres erfaringer og faglige refleksjoner rundt tema utgjør det empiriske grunnlaget for studien. Deres stemmer er viktige! Uten dere hadde ikke denne studien kommet til.

Videre vil jeg takke min veileder, Anne Clancy ved UiT Norges Arktiske Universitet. Takk for faglig og konstruktive tilbakemeldinger i skriveprosessen. Din støtte og ditt engasjement rundt studien har vært av stor betydning for å nå målet. Tusen takk for god veiledning.

Avsluttende er det på sin plass å takke min «heiagjeng» hjemme. Sofie, Nilas, Amund, Sandra og Ronny. Mine prioriteringer det siste året har gått på bekostning av dere. Takk for deres tålmodighet og støtte.

Maria Karlsen

Tromsø, mai 2021

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Denne studien har tatt utgangspunkt i en økende samfunnsutvikling, der sosiale helseforskjeller rammer barn og unge. Barn og unge som lever i familier med vedvarende lav inntekt er i risikogruppe for utvikling av fysisk og psykisk helseplager. Helsepsykepleier favner alle barn 0-20 år og er i en unik posisjon til å fremme og forebygge helse i barnebefolkningen. Denne studien vil utforske hvordan helsepsykepleier arbeider med å fremme helse til skolebarn som lever i familier med vedvarende lav inntekt.

**Problemstilling:** Hvilke muligheter og begrensninger har helsepsykepleier til å fremme helse til skolebarn som lever i familier med vedvarende lav inntekt?

**Teori:** Perspektiver rundt helsefremmende arbeid, tverrfaglig samarbeid og helsepsykepleiers ansvar i skolehelsetjenesten utgjør teorier som er brukt for å svare på problemstillingen.

**Metode:** Det er utført seks kvalitative intervjuer med helsepsykepleiere i fire ulike kommuner i Norge om deres arbeide rundt barn som lever i vedvarende lav inntekt. Deltakernes beskrivelser blir sett i lys av et hermeneutisk perspektiv. Kvalitativ innholdsanalyse er brukt for å analysere det innsamlete datamaterialet.

**Resultat:** Datamaterialet viser til at helsepsykepleier i skolehelsetjenesten opplevde begrensninger med å komme i posisjon til å kunne støtte barn og foreldre som lever med vedvarende lav inntekt. Skam og tabu rundt økonomi ble ansett som hemmende faktorer. Resultatdelen viser at igjennom en tillitsfull relasjon og igjennom individuelle helsesamtaler kunne helsepsykepleierne være en samtalepartner for barn og foreldrene i deres livssituasjon. Helsepsykepleierne hadde også muligheter til å henvise videre til hjelp via NAV og frivillige tjenester. Lærerne er ansett som en viktig samarbeidspartner for å fremme helse og forebygge sykdom i skolen. Uklart ansvarsforhold i det tverrfaglige samarbeidet og uklare grenser i helsepsykepleier ansvarsområde kan sette begrensninger i det helsefremmende arbeidet.

**Konklusjon:** Studien konkludere med at helsepsykepleier har muligheter til å fremme helse til barn og foreldre i vedvarende lav inntekt, men begrenses av et uklart ansvarsforhold. Videre må det etableres bedre samarbeidsrutiner lokalt og på tvers av sektorer. I det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet bør det legges til rette for gode samarbeidsavtaler.

**Nøkkelord:** Helsepsykepleier, lavinntektsfamilier, helsefremmende arbeid

## **Abstract**

**Background:** This study is based on recent societal developments, specifically where social health inequalities can affect children and young people. Children and young people living in families with persistently low incomes are at risk for developing physical and mental health problems. The position of the public health nurse covers all children from the age of 0-20 years and the nurse is in a unique position for promoting physical and mental health in children and youth. This study will explore how a public health nurse works to promote the health of school children living in families with persistently low incomes.

**Research question:** What challenges and opportunities does a public health nurse face regarding the health promotion of school children living in families with persistently low incomes?

**Theory:** Perspectives on health promotion, interdisciplinary collaboration and the responsibilities of the health nurse in the school health system have been used to answer the study question.

**Methodology:** Six qualitative interviews were conducted with health nurses in four different municipalities in Norway about their work with children living on persistently low incomes. The participants' descriptions are considered from a hermeneutic perspective. Qualitative content analysis is used to analyse the data.

**Results:** Data indicates that health nurses in the school health service encounter challenges to be in a position to support children and parents who live on a persistently low income. Shame and taboo around family finances are considered limiting factors. The results show that through a trusting relationship and individual health conversations, the health nurse has the opportunity to be a good partner for children and their parents regarding their life situation. The health nurse also has the opportunity to make referrals for further help and assistance from NAV and volunteer services. Teachers are considered an important partner for health nurses in health promotion and illness prevention in schools. An unclear division and definition of responsibilities in the interdisciplinary collaboration, and unclear boundaries regarding the health nurse's area of responsibility can place restrictions on health promotion.

**Conclusion:** This study concludes that a public health nurse has the opportunity to promote health to children and parents with persistently low income, but this opportunity is restricted when responsibilities are poorly defined. Better routines for co-operation must also be established locally and across sectors. Good collaboratory agreements should facilitate interdisciplinary and cross-sectoral co-operation.

**Keywords:** Public health nurse, low-income families, health promotion.



# 1 Innledning

I denne masteroppgaven ønsker jeg å studere helsesykepleiers muligheter og begrensinger til å fremme helse til skolebarn som lever i familier med vedvarende lav inntekt.

De fleste barn i Norge vokser opp i trygge omgivelser, med gode forutsetninger for utvikling og utfoldelse både i skolen og på fritiden (Barn-likestilling og inkluderingsdepartementet, 2015). Norge er blant landene i verden med høyest levestandard og med små helseforskjeller (Folkehelseinstituttet, 2018; Clancy et al., 2013). Velferdsstaten fronter at alle barn skal ha de samme mulighetene til å skape sin egen fremtid. Dette ved å oppleve god omsorg, trygt bomiljø, deltakelse i sosialt felleskap og med stabile vennskap i oppveksten (Departementene, 2020).

Igjennom det helsefremmende og forbyggende arbeidet i kommunen skal helsesykepleier ivareta den fysiske og psykiske helsen til barn og unge i alderen 0-20 år (Forskrift om helsestasjon og skolehelsetjenesten, 2018). Et grunnleggende mål for helsesykepleiers arbeid er at barn og ungdom skal ha så god helse som mulig ut fra egne forutsetninger og situasjon (Helsedirektoratet, 2017). I politisk satsning, i kommunal virksomhet og i media har helsesykepleier fått oppmerksomhet som en viktig bidragsyter mot å utjevne sosiale helseforskjeller og barnefattigdom (Departementene 2020; Løken, 2015; Tromsø kommune, 2018).

Andel barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt har over tredoblet seg, fra 3% i 2001 til 11,3% i 2018 (Statistisk sentralbyrå, 2018). I 2019 viser tallet 115 000 barn, det er 4000 flere barn enn året før (Statistisk sentralbyrå, 2021). I rapporter og litteratur beskrives familiers fattigdom gjennom uttrykk i at barna sjeldnere er deltakende i jevnaldreaktiviteter, ikke er på ferier og deltar i mindre grad av sosiale sammenkomster (Bekken et al., 2018; Fløtten, 2009). Utenforskap og frafall i skole er også konsekvenser (Departementene, 2020).

Barn av foreldre som er eneforsørgere, foreldre med ikke-vestlige innvandrerbakgrunn, foreldre med fysisk eller psykisk sykdom, foreldre med ingen eller lav utdanning, foreldre med mange barn og foreldre som er utenfor arbeidslivet er familier som er utsatte for å oppleve vedvarende lav inntekt (Statistisk sentralbyrå, 2019a).

Forskning viser til at både barn og foreldre bruker strategier for å skjule sin situasjon (Martnes, 2012). Skam og tabu er således nært knyttet til økonomiske utfordringer (Barnlikestilling og inkluderingsdepartementet, 2015). Forskjeller i inntekt og levekår henger også sammen med forskjeller i helse. Norges barnebefolkning rapporterer større helseforskjeller (Haug, 2020). Ungdata-rapporten fra 2019 viser det samme; sosial bakgrunn er av stor betydning for hvordan barn og unge vurderer egen helse. Ungdom med lav sosioøkonomisk bakgrunn var mindre fornøyde med egen helse enn ungdom med høy sosioøkonomisk bakgrunn. Andel som rapporterte om helseplager, har økt over tid (Bakken, 2019). Dette gjenspeiler seg også i en stor nordisk studie (Torsheim et al., 2018). Flere norske studier viser at barn som lever over tid i familier med lav inntekt usettes for flere belastninger både fysisk og psykisk enn andre barn (Bøe, 2015; Hyggen et al., 2018).

I en rapport fra helsestasjon og skolehelsetjenesten av Landsgruppen av helsesykepleiere NSF, ble det beskrevet at sosial ulikhet i helse og barn i vedvarende lav inntekt er et av utfordringsbildet helsesykepleiertjenesten har fremover (LaH, 2015). I 2020 gav Ungdomspanelet innspill til regjeringens strategi plan for barn i lavinntektsfamilier. Et av deres ønsker var at helsesykepleier skulle spørre mer om familiens økonomiske situasjon (Ungdomspanelet, 2020). Leder for landsgruppen av helsesykepleiere, Ann Karin Swang har også utalte seg rundt utviklingen som gjelder barn i lavinntektsfamilier, hun viser til at helsesykepleierne er klare for tiltak mot barnefattigdom, men at helsesykepleiertjenesten trenger hjelp i form av samarbeid for å få dette til. Lederen forteller videre at helsesykepleierne ofte møter barn som lever i vedvarende lavinntekt, men ser det som utfordrende å få gjort noe med dette. Tilstedeværelse og tillit mellom helsesykepleier og barnet var viktige momenter for å kunne arbeide rundt utfordringen (Amdahl, 2019).

Den pågående Covid-19-pandemien har påvirket familieøkonomien i Norge ytterligere. Det rapporteres at familier med lavt utdanningsnivå og lav inntekt har vært mer utsatt for jobbtap og permitteringer det siste året, noe som har forsterket utfordringene for disse familiene (Departementene, 2020).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Befolknings helseutfordringer endres over tid og dette medfører nye innsatsområder i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Dahl, 2020a). Helseesykepleierfaget har tidligere hatt utspring i en tradisjonell medisinsk forebyggingsmodell med identifisering av risikofaktorer og infeksjonsbekjempelse som hovedfokus (Glavin & Helseth, 2009). I dag er fokuset mer rettet mot en helsefremmende praksis i tråd med empowerment-ideologien, der helseesykepleier skal bidra til at den enkelte eller familien tar selvstendige valg og mestrer miljøet og situasjonen de er i (Dahl, 2020a). Tjenesten skal sådan bidra til en helsefremmende livstil, med å styrke foreldrenes mestring i foreldrerollen og fremme barns læring og utviklingsmiljø (Forskrift om helsestasjon og skolehelsetjenesten, 2018). En forutsetning for å oppnå alle arbeidsoppgavene tjenesten har, er igjennom tverrfaglig samarbeid (Dahl & Blidheim 2020c)

I dagens samfunn ser man mer sammensatte helseutfordringer i helseesykepleiers arbeid. Der utfordringer knyttet til det å leve i et samfunn med hverandre er av større betydning (Glavin & Helseth, 2009). Samfunnet er i dag preget av en økning i sosiale forskjeller. Lønns og inntektsforskjeller har økt i Norge og det er flere barnefamilier enn tidligere som er inntektsfattige (Arntzen et al., 2016).

En ser derfor store forskjeller innen livsvilkår i ulike grupper av barnefamilier (Haug, 2020). De sosiale ulikhetene forsterker også forskjellene i helsetilstanden til barnebefolkningen og skaper ulike forutsetninger for barnets oppvekstvilkår og fysiske og psykiske helse (Arntzen et al., 2016). Oversikt viser at Norge har større helseforskjeller enn mange andre europeiske land (Folkehelseinstituttet, 2018).

I 2011 kom folkehelseloven som skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011). Helseesykepleier spiller en sentral rolle i det kommunale folkehelsearbeidet. En sterk anbefaling fra nasjonale retningslinjer fordrer helseesykepleier i skolehelsetjenesten til å ha en oversikt over elevens helsetilstand (Helsedirektoratet, 2017).

Det å vokse opp i familier som lever i stress rundt egen økonomi er forbundet med manglende skoleprestasjoner, fravær, adferdsvansker og vansker med sosioemosjonell utvikling (Hyggen et al., 2018).

Trass i at det jobbes på politiske nivåer for å hindre vedvarende lavinntekt, er samfunnet avhengig av at det parallelt arbeides i de instansene som er i kontakt med barn og deres familie (Bøe & Zachrisson, 2016). Helseesykepleier kan være en viktig bidragsyter for å endre mekanismer som gjør at vedvarende lavinntekt medfører negative konsekvenser for barnets utvikling og er i en unik posisjon til å fremme helse for barn og foreldre. Helseesykepleier har tidlig og jevnlig kontakt med barn og deres familie, og er dermed i posisjon til å styrke familier som opplever en utfordrende livssituasjon (Glavin & Helseth, 2009; Helsedirektoratet, 2017).

Som nyutdannet helseesykepleier har jeg stilt meg undrende til hvordan barn og unge i familier med vedvarende lav inntekt har det. Jeg har stilt meg spørsmål om hvordan jeg som helseesykepleier skal forholde meg til de økende helseforskjellene i barnebefolkningen, og hvordan jeg kan fremme helse til noen som står i en utfordrende livssituasjon. Jeg observerte i mitt arbeid på helsestasjonen at vi hadde rutiner for å motta informasjon om foreldrenes utdanningsnivå og status for arbeid ved første møte med familiene. Dette ble journalført, men informasjonen så ikke til å brukes i det videre arbeidet på helsestasjonen. I skolehelsetjenesten opplevde jeg også å se store forskjeller. Selv om skolene fremmet «gratisprinsippet», ser ikke dette ut til å bidra videre inn til mindre forskjeller (Folkehelseinstituttet, 2018). Lærerne fortalte også om mangel på utstyr og kvalitet på klær som svært varierende blant barna. Samfunnsutfordringene har sådan vekket min nysgjerrighet til hvordan egen yrkespraksis bør være.

## **1.2 Hensikt og formål**

Hensikten med denne oppgaven er å få innsikt i hvordan helseesykepleier i skolehelsetjenesten arbeider rundt barn og foreldre med vedvarende lav inntekt. Ny kunnskap og søkelys på lavinntektsfamilier vil kunne ha relevans for det faglige arbeidet tjenesten har i dag. Formålet er å skape diskusjon og refleksjon i praksisfeltet rundt barn i lavinntektsfamilier. Studien vil kunne bidra med ny innsikt om hvordan helseesykepleier kan arbeide rundt en samfunnsutvikling som omhandler barnebefolkningen.

### **1.3 Problemstilling**

Det er flere interessante innfallsvinkler rundt tematikken. Jeg har valgt å utforske temaet videre med følgende problemstilling;

*«Hvilke muligheter og begrensninger har helsesykepleier til å fremme helse til skolebarn som lever i familier med vedvarende lav inntekt?»*

Hensikten med problemstillingen vil være å belyse ulike aspekter med helsesykepleier arbeid rundt barn i vedvarende lav inntekt. Målet med studien har ikke vært å komme frem til en absolutt sannhet. Jeg har derfor gått bredt ut i søk etter kunnskap rundt erfaringer knyttet til helsesykepleiers muligheter og begrensninger i arbeidet rundt denne gruppe barn.

### **1.4 Avgrensning og begrepsavklaring**

#### **1.4.1 Avgrensninger**

Jeg har avgrenset problemstillingen til kun å omhandle skolebarn på barn og ungdomsskole. Det har vært et bevisst valg å utelukke videregående skole. Dette med bakgrunn i oppgavens omfang og barnets alder. Det må presisere at jeg er bevisst på det aldersspennet barn 6-16 år representerer, og at barns kognitive utvikling har noe å si for opplevelsen av å leve i vedvarende lav inntekt. Intervjuguiden tar derfor utgangspunkt i erfaringene helsesykepleier ser av sine muligheter og begrensninger til barnegruppen i grunnskolen.

«Å fremme helse» i problemstillingen viser til mål om helsesykepleiers muligheter og begrensninger i det helsefremmende arbeidet i skolehelsetjenesten rundt barn i vedvarende lav inntekt.

Helsesykepleier skal jobbe på individ, gruppe og befolkningsnivå. Siden studien har et utforskende design har man derfor vært åpen for hvordan helsesykepleier arbeider på individ, gruppe, og befolkningsnivå i sitt arbeid i skolehelsetjenesten vedrørende barn i vedvarende lav inntekt.

Som helsesykepleier vet en ikke hvem som lever i familier med vedvarende lavinntekt. Problemstillingen tar derfor utgangspunkt i de som gir uttrykk for økonomisk belastende livssituasjon og hva helsesykepleier kan gjøre i sitt arbeid til barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt.

### 1.4.2 Begrepsavklaring

Det finnes ulike definisjoner for mål av vedvarende lav inntekt. De vanligste er foreslått av EU og OECD, Organisasjon for økonomiske samarbeid og utvikling (Kristoffersen, 2019). I Norge har det vært vanlig å bruke førstnevnte, der det betegnes som vedvarende lav inntekt dersom man bor i en husholdning som over tre år har en inntekt på under 60 prosent av medianinntekten i Norge (Kristoffersen, 2019; Statistisk sentralbyrå, 2018). Median inntekten regnes ut ifra bruttonasjonalinntekt per innbygger. I 2019 var dette 539 800 kr i en familie med to voksne og to barn (Statistisk sentralbyrå, 2019b).

Fattigdomsbegrepene har vært oppe for omfattende drøfting både i offentlige dokumenter og i forskningen (Kristoffersen, 2019). Lavinntektsfamilier, barnefattigdom, og barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt har blitt brukt synonymt (Kristoffersen, 2019). Jeg har valgt å bruke begrepet ”barn i familier med vedvarende lav inntekt” når jeg beskriver barn og unge i denne oppgaven. Da dette er et begrep som blir brukt i litteraturen.

Et skille som gjøres internasjonalt er skillet mellom *Absolutt* fattigdom og *relativ* fattigdom. *Absolutt* fattigdom kan innebære å ikke få dekket grunnleggende behov som vann og klær. I Norge er det i midlertidig begrepet *relativ* fattigdom som blir brukt i befolkningen. Begrepet omfatter mennesker som opplever å ha betydelig mindre, sammenlignet med andre i det samfunnet man lever i (Kristoffersen, 2019).

Ifølge rapporter og strategier er det knyttet skam og stigma til å ha utfordrende økonomi (Departementene, 2020; Kirkens Bymisjon & Respons Analyse, 2019). Det er derfor viktig for meg å presisere at ordvalg i oppgaven og i problemstillingen er nøye formulert slik at oppgaven ikke skal virke støtende på eller stigmatisere noen grupper.

Uavhengig av begrep og definisjoner, handler vedvarende lav inntekt om mer enn en utfordrende økonomisk situasjon. Det handler om mangel på forutsigbarhet, valgmuligheter og trygghet.

Studien omtaler barn i familier med vedvarende lav inntekt som en homogen gruppe ut ifra hva litteratur viser til (Departementene, 2020). Jeg vil derfor presisere at dette er mennesker med ulike bakgrunner, livshistorier og årsaker til en utfordrende økonomi situasjon.

## 2 Tidligere forskning

I arbeidet med å finne relevant forskning har jeg søkt i databasene PubMed, Svemed+, helsebiblioteket og Idunn. Søkeord som ble benyttet var; public/school health nurse, child, social inequality, poverty, school, low income families, health promotion, health visitor, helsesykepleier, barn, lavinntektsfamilier, samarbeid, helse, ulikhet i helse, skole, helsefremmende arbeid, i ulike kombinasjoner med sammenbindinger AND og OR. Jeg har også gjort enkelte fri-søk. Det har vært utfordrende å finne relevant forskning knyttet til helsesykepleiers rolle og barn i vedvarende lav inntekt. Siden studien omhandler en norsk kontekst og samfunn, har jeg i hovedsak forsøkt å søke norsk og skandinavisk forskning, men jeg har også inkludert relevante internasjonale studier.

### 2.1 Nordiske studier

#### 2.1.1 Foreldreperspektiver

Bøe (2015) viser til to ulike modeller for sammenheng mellom barns psykiske helse og familieøkonomi i rapporten om *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling*. Den ene modellen, kalt Familiestressmodellen, viser til at en utfordrende økonomisk situasjon skaper stress hos foreldrene som påvirker deres oppdragerstil negativt. Familieperspektivet, som er den andre modellen, viser til foreldre som ikke har muligheter til å investere i familien sammenlignet med andre. Eksempler på dette kan være tid, aktiviteter, bøker, bolig og mat. I en stor norsk panelstudie viser det seg at foreldre i lavinntektsutvalget opplevde markant dårligere helse enn foreldrene i kontrollutvalget, særlig når det gjelder psykiske symptomer og selvrapportert allmenntilstand (Elstad, 2010). Martnes (2012) viser til at foreldrene opplever seg fattigere enn barna, de prioriterer barna deres først og skjuler sine bekymringer. Foreldre som kjenner på konstant bekymring rundt økonomi forteller om redusert livskvalitet (Martnes, 2012).

Jeg har inkludert den overnevnte forskningen, da jeg opplever det som relevant at man har kjennskap til ulike utfordringer foreldrene i lavinntektsfamilier kan ha, da dette har direkte betydning for barnas oppvekstmiljø. Barn er helt avhengig av at noen forsørger dem, og har dermed ingen eller liten grad av mulighet for å påvirke sine sosiale forutsetninger og rammer (Fløtten, 2009).

### **2.1.2 Tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten**

Fylling og Henriksen (2020) har utforsket hvordan helhetlig tilbud i velferdstjenester for barn og unge fungerer i praksis. I denne studien var helsesykepleier intervjuet omkring erfaringer rundt det helhetlige samarbeidet i kommunen. Studien viste blant annet at samarbeid og koordinering på systemnivå, var vanskelig å gjennomføre selv om dette var pålagte oppgaver. Ressurser til arbeid innenfor den enkelte tjeneste tok tid og organisatoriske barrierer vanskeliggjorde et samarbeid på tvers av tjenestene.

I en randomisert, kontrollert studie, der hensikten var å undersøke hvilken effekt økt helsesykepleier ressurs i mellomtrinnet hadde å si for å styrke et fysisk og psykisk læringsmiljø for elevene. Viste studien funn av at helsesykepleier spiller en sentral rolle i skolen ved å bringe inn helsefaglige perspektiv i det flerfaglige samarbeidet (Federici et al., 2020).

I en intervjustudie gjort av Hjälmhult et al., (2002) omkring helsesykepleiers og skolens samarbeid for en helsefremmende skole. Var konklusjonen fire ulike aspekter for et fungerende samarbeid. Skolen inkluderte helsesykepleier om hun var tilgjengelig, dette var bunnet i positivt samarbeid. Når helsesykepleier ikke var tilgjengelig stagnerte samarbeidet. Når skolen var tilgjengelig, men ikke inkluderte helsesykepleier, var det et negativt samarbeid. Når skolen ikke inkluderte og helsesykepleier ikke var tilgjengelig var det ingen samarbeid (Hjälmhult et al., 2002).

Reuterswärd og Lagerström (2010) utførte en kvalitativ studie omkring helsesykepleiers syn på en mulighet for helsefremmende arbeid i skolen. Alle helsesykepleierne i studien mente de arbeidet med helsefremmende arbeid på individuelt nivå med obligatoriske helsesamtaler, men manglet tiltak på system nivå. For at helsesykepleier skulle arbeide helsefremmende i skolen på individ og systemnivå, mente de at de var avhengig av tre aspekter for dette: organisering, støtte og kunnskap. Organisering gikk ut på at skolen måtte kjenne til helsesykepleiers rolle. Støtte tilsa at helsesykepleierne og skolens personell hadde felles forståelse for hva som gav dårlig helse og hva som fremmet helse i skolen. Helsesykepleier opplevde mangel på teorier og metoder i sitt program rundt det generelle helsefremmende arbeid, dette inngikk i aspektet om kunnskap.



Samarbeid er ifølge teorien et viktig aspekt for å fremme helse til barn i vedvarende lav inntekt (Departementene, 2020; Hansen et al., 2020). Den overnevnte forskningen kan vise ulike aspekter for muligheter og begrensninger helsesykepleier har i sitt arbeider rundt samarbeid i skolehelsetjenesten.

## **2.2 Internasjonale studier**

### **2.2.1 Helsesykepleiers rolle**

En Canadisk intervjustudie undersøkte ulike perspektiver helsesykepleiere hadde til sin rolle knyttet til barn og familiefattigdom. Studien viste et større gap mellom deres nåværende praksis og mulighetene de anså i sin rolle. I deres nåværende rolle rundt barnefattigdom fokuserte de på individnivå, de fulgte obligatoriske programmer, de tilrettela tilgang til sosialtjenester og andre samfunnsressurser. Helsesykepleierne beskrev sine muligheter for å spille en rolle slik: Mer fleksibilitet i det obligatoriske programmet, herunder å se familiens behov, ha et større samarbeid med lokalsamfunnet, ha økt engasjement og en talsmann som formidler til helsemyndighetene for en styrkning rundt organisering av arbeidet rundt barn og familiefattigdom (Cohen & McKay, 2010)

En kvalitativ intervjustudie gjort av helsesykepleiere i Storbritannia viste funn av to ulike synspunkter for hvordan helsesykepleier anså muligheter for å redusere ulikhet i helse i befolkningen. En del helsesykepleiere foreslo en befolkningstilnærming med, med søkelys på forebyggende strategier, andre foreslo tilnærminger med fokus på å styrke sårbare individer til å forbedre sin egen helse. Studien viste også funn av at det var lettere for helsesykepleiere å forstå hvordan de i sitt arbeid skulle jobbe på individnivå med å utjevne sosiale forskjeller (Mabhala, 2015).

Wickman et al., (2016) argumenterer for at helsepersonell som jobber med barn og unge, må engasjere seg innen politikk og ta til orde for flere rettferdige velferdsformer for barn som lever i lav inntekt. Forfatterne mener helsepersonell har en nøkkelrolle i å kunne gjennomføre forskning som undersøker sammenhengen mellom barnefattigdom og helse. De mener universelle mål som når alle er en løsning. Her for eksempel; foreldreprogram som fokuserer på sosiale behov. På samfunnsnivå mener de helsepersonell kan arbeide for et større samarbeid og en større forbindelse mellom blant annet allmennlege, skoler og sosialtjenester. Dette for å støtte og hjelpe foreldre med å få tilgang til tjenestene de har krav på. I tillegg

mener de helsepersonell må arbeide for å redusere stigma knyttet til bruk av disse tjenestene (Wickman et al., 2016).

I en studie kalt «Seen but not heard» om barn i fattigdom argumenterer Simpson et al.,(2017) for at det kan være mulig å redusere ulikhet ved å organisere en mer lyttende praksis omkring barn i lav inntekt. Praksisen vektlegger å aktivt lytte til barna, dette mente forskerne ville gi personellet en bedre forståelse for barnas situasjon og deres hjelpebehov. Mulighetene i aktiv lytting var blant annet argumentert med å bygge motstandskraft hos barnet, dette ved å anerkjenne deres situasjon.

En studie i Nord-Irland, hadde som mål å studere helsebesøkende sin forståelse av begrepet familiefleksibilitet og familiens motstandsressurser. Helsebesøkende personell er en videreutdanning i hjemmesykepleien og har til hensikt å styrke helse og redusere helseforskjeller gjennom en proaktiv, universell tjeneste for alle barn i aldersgruppen 0-5 år og for risikogrupper i befolkningen. Studien viste funn av at dårlig økonomi over tid truet motstandsressursene familien satt med. Helsebesøkende som kunne støtte barnefamilier med et tidlig inn perspektiv, var derfor av stor betydning for familiene (Wallace et al., 2018).

### **2.3 Kildekritikk**

Jeg har forsøkt å være kritisk til forskningen jeg har lest og tenkt prinsippene rundt troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet i inkluderingen av forskning. Det har derimot vært utfordrende og finne forskning direkte knyttet til problemstillingen. Det kan stilles spørsmål vedrørende relevans av å ha tatt med forskning på feltet i fra canadiske, amerikansk og engelske forhold inn i en norsk kontekst. Like fullt ser jeg relevans av disse, da dette omhandler muligheter og begrensninger knyttet til arbeid rundt barn i lav inntekt, som muligens kan settes inn i en norsk helsesykepleier kontekst.

Likeså så kan det stilles spørsmål til at flere av studiene er over 10 år gammel. Der den eldste studien er i fra 2002, om helsefremmende skoler og samarbeid med lærere. Forskingen om samarbeid med lærerne kan anses som like relevant i dag, da samarbeid må arbeides med kontinuerlig for å fungere. Artikkene av Wickman et al., (2016) og Wallace et al., (2018) tar for seg helsesykepleiers rolle rundt mindre barn enn skolealder, samtidig anses disse for relevante da hjelpen rundt barn i vedvarende lav inntekt må komme tidlig inn, og kan slik sett gi et bilde for hvordan helsesykepleier kan arbeide vedrørende denne gruppe barn. Studien til

Simpson et al., (2017) tar for seg en annen yrkesgruppe som arbeider med barn i lav inntekt. Denne er tatt med da den belyser en mulig samtalepraksis for barn i lav inntekt. Noe jeg mener kan relateres til en helsesykepleier praksis.

### **3 Teoretisk utgangspunkt**

I dette kapitlet vil jeg presentere det teoretiske grunnlaget. Det vil først gjøres rede for hvordan sosial ulikhet i helse kan forstås. Videre beskrives det helsefremmende arbeidet, her vil begrepene empowerment og salutogenese inngå. Jeg vil så beskrive forbyggende arbeid, før jeg avslutter med aspekter rundt helsesykepleiers ansvarsområde og det tverrfaglige samarbeidet i skolehelsetjenesten.

#### **3.1 Sosiale ulikheter i helse**

Sosial ulikhet i et samfunn, handler om en ujevn fordeling av goder og ressurser. Penger er en ressurs som gir tilgang til goder. En skjevfordeling av rikdom fører til skjevfordeling av goder som klær, bolig, mat og opplevelser (Folkehelseinstituttet, 2018).

Sosial ulikheter i helse knyttes ofte til forskjeller i inntekt, utdanning og sosial status (Ihle & Sudmann, 2014.). Helseforskjellene opptrer innenfor og mellom land, også mellom kommuner og bydeler (Folkehelseinstituttet, 2018). Selv i velstående land som Norge, ser man forskjeller mellom den rikeste og den nest rikeste. Når grupper i samfunnet sammenliknes, finner man systematiske forskjeller i helse. Det vil si, jo lengre utdanning og høyere inntekt man har, jo bedre helse. Et slikt trappetrinnmønster ses igjennom hele den sosiale stigen, der helsen blir bedre for hvert trinn opp man tar, også kalt helsegradienten (Folkehelseinstituttet, 2018). Verdens helseorganisasjon omtaler dette som sosial urettferdighet og sosial ulikhet i helse blir anerkjent som en av de største utfordringene vi har innenfor folkehelse i dag (Folkehelseinstituttet, 2016).

Et av helsesykepleiers overordnede formål er å redusere ulikhet i helse for barnebefolkningen (Forskrift for helsestasjon og skolehelsetjenesten, 2018). Arbeid mot sosiale ulikhet i helse handler om å bidra til at alle, uansett lag skal oppnå samme helse og levealder. Siden sosial ulikhet i helse er sosialt skapt er det derfor mulig å gjøre noe med dette (Helsedirektoratet, 2018).

### 3.2 Helsefremmende arbeid

Det helsefremmende arbeidet tar sikte på å fremme prosesser og styrke beskyttelsesfaktorer som fører til god helse. En helsefremmende tilnærming vektlegger hva som gjør folk i stand til å være friske og ha god livskvalitet (Garsjø, 2018).

Verdens helseorganisasjon beskriver det helsefremmende arbeidet som «en prosess som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (WHO, 1986).

Det helsefremmende arbeidet er basert på en ideologi som har røtter fra 1980-tallet og vært initiert av Verdens helseorganisasjons arbeid for å fremme helse (Garsjø, 2018). En felles plattform for det helsefremmende arbeidet ble utarbeidet i Ottawa-charteret i Canada i 1986 (WHO 1986). Og bygger på en erkjennelse av at helse skapes av befolkningen selv, der de arbeider, bor og lever. Charteret utarbeidet fem områder for det helsefremmende arbeidet. Disse var:

1. Å skape en helse rettet samfunnspolitikk.
2. Å skape støttende miljøer.
3. Å styrke lokalsamfunnenes muligheter for handling.
4. Å utvikle personlige ferdigheter.
5. Å reorientere helsetjenestene i en helsefremmende retning (WHO 1986).

Dette understreker at det helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer, og med lokalmiljøet rundt oss (WHO 1986). Folkehelsearbeid og helsefremmende arbeid har sådan nær tilknytning (Folkehelseloven, 2011; Helsedirektoratet, 2017).

I følge Dahl (2020b) ble det også løftet frem tre sentrale begreper i Ottawa chartret som skulle beskrive kjernekompetansen og kjerneaktivitetene i det helsefremmende arbeidet. Det ene begrepet er beskrevet som «enable» som betyr «å sette i stand til» For eksempel formidle kunnskap slik at foreldre i vedvarende lav inntekt kan settes i stand til å ta sunne helse valg for barna sine. Det andre er beskrevet som «mediate» som betyr «Å megle» å viser til å forhandle mellom grupper eller sektorer for å fremme helse. Eksempelvis kan dette være sektorovergripende samarbeid som kan gi barnefamilier helsefremmende boforhold. Det siste begrepet blir beskrevet som «advocate» som betyr «å gjøre seg til talsperson for» som handler om å gjøre seg til talsperson for å sikre noen god helse (Dahl, 2020b).

Sentrale begreper innenfor det helsefremmende arbeidet er empowerment og salutogenese.

### **3.2.1 Empowerment**

WHO (1998) definerte empowerment som; «en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse» (WHO, 1998).

Definisjonen viser til prosesser både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå.

Gjennom empowermentprosessen skal menneske oppnå større kontroll over eget liv (Tveiten, 2007). En forutsetning for positiv utvikling og kontroll over eget liv, er bevissthet rundt egen situasjon. En bevissthet i hvordan man kan påvirke omgivelsene og deltakelse til å definere egne behov og problemer (Tveiten, 2007). Empowerment kan defineres som bemyndigelse eller myndiggjøring (Kvarme, 2007). Bemyndigelse kan oppnås ved at den andre i møtet er støttende, bygger opp deres autonomi for å motvirke maktesløshet. Mens myndiggjøring mener Kvarme (2007) handler om å støtte menneske til å se egne ressurser, slik at deres kraft og iboende styrke fremmes til å takle det som kan være utfordrende.

Empowerment-tenkningen handler om brukervedvirkning og vektlegger maktfordeling, fra fagfolk til brukeren (Tveiten, 2019). Der brukeren er ekspert på et liv og helsepersonellet er ekspert på det aktuelle fagfeltet. For å kunne hjelpe den andre til å føle mestring og få økt helse må den som veileder, her helsesykepleier, ta utgangspunkt i brukers behov og støtte brukers ressurser (Tveiten, 2007; Tveiten, 2019).

Mestring kan oppnås når brukeren kjenner at hen har kontroll over påkjenninger og krav som hen stilles overfor. Helsesykepleier trenger derfor bevissthet og kunnskap til å forstå problemer brukeren står i, dette krever aktiv deltakelse av helsesykepleier (Kvarme 2007).

### **3.2.2 Salutogenese**

Det salutogene perspektivet har nær tilknytning til begrepet helsefremming (Lindstrøm & Eriksson). Og handler om hva som skaper god helse, fremfor å ha fokus på begrensninger og årsaker til uhelse (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Den salutogene tenkningen står derfor noe i kontrast til det tradisjonelle sykdomsperspektivet der man skiller det syke fra det friske (Antonovsky, 2012). Aaron Antonovsky (2012) er grunnleggeren bak teorien salutogenese, han mente tenkningen nødvendigvis ikke handlet om å bli frisk fra sykdom eller utfordringene man sto i, men om å finne hvilke faktorer som kan bedre helsen (Antonovsky, 2012). Teorien

har fokus på mestringsressurser i den enkelte, og at disse skal fremmes fremfor å fokusere på ulike stressfaktorer som fører til sykdom. Antonovsky (2012) beskriver at alle mennesker vil oppleve ulike stressfaktorer (stressorer), som må håndteres. Stressorer som for eksempel svak økonomi kan påvirke i patogen retning (Antonovsky, 2012).

Et nøkkelbegrep i teorien om salutogenese er begrepet «opplevelse av sammenheng», også kalt OAS. OAS defineres av kjernekomponentene: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky 2012). Lindstrøm og Eriksson (2015) beskriver menneske med en sterk OAS, vil oppleve livet som begripelig, håndterbart og meningsfylt (Lindstrøm & Eriksson, 2015).

Ifølge Antonovsky (2012) vil en person med en sterk OAS ha en indre trygghet og tillit til at man har indre ressurser i seg selv og ressurser i omgivelsene til å bruke og gjenbruke ressursene sine på en helsefremmende måte. Inngående vil komponenten «begripelige» handle om i hvilken grad man opplever stimuli som man utsettes for av indre eller ytre miljø, som kognitivt forståelig. At man kan sette det man opplever i en forståelig sammenheng. Den andre komponenten omhandler «håndterbarhet». Som vil si hvilke ressurser personen har tilgjengelig for å håndtere krav man stilles ovenfor. Med tilgjengelig menes ressurser man har kontroll over selv eller som kan kontrolleres av en annen, som for eksempel helsepersonell, foreldre, venner eller myndighetene. Den tredje komponenten er meningsfullhet, og er ifølge Antonovsky (2012) et motivasjonselement. Som kan ses i sammenheng med drivkraften til livet. Der utfordringen man står ovenfor er verdt å bruke krefter, engasjement og innsats på. I denne komponenten finner en mening i det vanskelige og gjør sitt beste for å komme ut av situasjonen. Antonovsky (2012) var klar på at svak økonomi kunne anses som en stor stressor i menneskets liv og at god økonomi fungerte som en motstandsressurs.

Ifølge Lindstrøm og Eriksson (2015) må begrepet «opplevelse av sammenheng» ses på som en livsinnstilling og kan ikke ses uten sammenheng til begrepet «Generelle motstandsressurser». Motstandsressursene i mennesket er knyttet til deres kapasitet og person. Der både materielle og ikke materielle kvaliteter er av betydning. Penger, boplass, intelligens og religion er eksempler på dette (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Lindstrøm og Eriksson (2015) var av den oppfatning av at fire generelle motstandsressurser må være tilgjengelig for å utvikle en sterk OAS. Disse er; meningsfylte aktiviteter, kontakt med indre følelser, tanker og sosiale relasjoner. Disse ressursene må brukes på en måte som gagnar helsen.

### **3.3 Forebyggende arbeid**

Begrepet forebyggende og helsefremmende arbeid blir ofte brukt sammen for å favne om både det forebyggende- og det helsefremmende arbeidet i helsesykepleiers praksis (Garsjø, 2018). Og kan forstås som å forebygge sykdom og å fremme helse. Tilnærmingene er komplementære i den forstand at man trenger begge i arbeidet rundt barn og familier. Det forebyggende arbeidet handler i midlertidig om å forhindre negative og uønskede fenomener (Garsjø, 2018). I denne sammenheng innebærer det å redusere sykdom, skader og sosiale problemer (Kvarme, 2007). Det forebyggende arbeidet tar sikte på å gripe inn i årsaker og prosesser før det utvikles problemer (Garsjø, 2018).

Ifølge Garsjø (2018) er det vanlig å dele det forebyggende arbeidet i primær, sekundær og tertiære forebygging. Der primær forebyggingen har til hensikt å rette forebyggingen mot en hel befolkning, før det har oppstått problemer som for eksempel ulykkesforebygging. Sekundær forebygging er tiltak rettet mot en sårbare grupper som allerede har utviklet problemer eller sykdom. Mens tertiær forebygging rettes mot enkelt individer som har en skade der målet er å hindre forverring av problemet.

Det kan derfor være spesielt viktig å sette søkelys på barn og unge som lever i risiko for å utvikle sosiale problemer og sykdommer, slik det kan være for barn som lever i familier med lav inntekt (Bøe & Zachrisson, 2016). Et hjelpebehov bør derfor avdekkes så tidlig som mulig (Kvarme, 2007).

Mens det helsefremmende arbeidet har helse, velvære og livskvalitet som mål, har forebyggende arbeid risikoadferd og å forhindre og minske konsekvenser av sykdom som mål. Det forebyggende og helsefremmende arbeidet kan sådan kombineres og utfylle hverandre (Garsjø, 2018; Kvarme, 2007).

### **3.4 Helsesykepleiers ansvarsområder og rammer i skolehelsetjenesten**

Helsesykepleier er en sykepleier med videreutdanning i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med barn og unge 0-20 år. Helsestasjon og skolehelsetjenesten skal fremme gode helsevalg, livskvalitet og mestring (Dahl & Blindheim 2020c). I tilfeller hvor det avdekkes skjevutvikling og sykdom skal helsesykepleier iverksette endringstiltak og henvise videre ved behov (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleier har et bredt ansvarsområdet og skal utøve helsefremmende, sykdoms-forebyggende og endringsfokusert arbeid på individ-, gruppe-,



system- og samfunnsnivå (Forskrift om helsestasjon og skolehelsetjenesten, 2018). I skolehelsetjenesten inngår formålet med å bidra til «å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skader, utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt» (Forskrift om helsestasjon og skolehelsetjenesten, 2018). Dette igjennom program for skolehelsetjenesten, som blant annet inneholder tverrfaglig samarbeid, helsesamtaler, helseundersøkelser, vaksiner og gruppetilbud (Helsedirektoratet, 2017).

Skolehelsetjenesten er et frivillig og lavterskel tilbud og favner alle barn i kommunen (Dahl & Bindheim, 2020c). Helsepsykepleier representerer dermed den yrkesgruppen i helsevesenet som har mest direkte kontakt med barn, unge og deres familie (Glavin et al., 2007).

Skolehelsetjenesten er frontet som et sted hvor en kan snakke om utfordringer i hjemmet, vanskelige følelser og tanker rundt egen fysisk og psykisk helse (Dahl & Bindheim, 2020c). Ifølge nasjonale retningslinjer skal skolehelsetjenesten ha rutiner for samarbeid med relevante kommunale og statlige tjenester med formål om å fremme helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

### **3.4.1 Samarbeid i skolehelsetjenesten**

I de nasjonale retningslinjene for skolehelsetjenesten står det at skolehelsetjenesten skal omfatte samarbeid med skolen om tiltak som fremmer godt psykososialt, arbeids og læringsmiljø for elevene (Helsedirektoratet, 2017). I skolehelsetjenesten samarbeider helsepsykepleier tett sammen med lærere og spesialpedagoger (Misvær, 2014). I tillegg er fastlege, barnevernstjenesten, fysioterapeuter, psykologer, PPT og NAV viktige samarbeidspartnere (Glavin & Erdal, 2018). Det oppleves at elevers helseproblemer ofte er sammensatte, dette gjør at barnet trenger koordinerte tjenester ut ifra sitt behov (Glavin & Kvarme, 2003).

Skolen er utpekt som den viktigste arenaen for forbyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge. Skolehelsetjenesten har derfor en unik rolle som helsetjeneste, da tjenesten befinner seg i samme bygg som elevene har sin hverdag (Misvær, 2014).

En grunnleggende forutsetning for et godt samarbeid mellom helsepsykepleier og skolen er tilgjengelighet. Det er avgjørende at helsepsykepleier er tilgjengelig for elever, foreldre og lærere. Likeså at skolen inkluderer helsepsykepleier i arbeidet (Misvær, 2014). Faktorer som

påvirker til et godt samarbeid er kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver, kompetanse, ressurser og mulighet for felles planleggingstid (Glavin & Erdal, 2018).

Ifølge Glavin og Kvarme (2003) skal det tverrfaglig samarbeidet bidra til at tjenesteapparatets samlende kompetanse utnyttes. På tvers av profesjoner og fag kan en sikre bedre kvalitet i arbeidet rundt brukeren, der de ulike profesjonene vil kunne gjøre en helhetsvurdering ut ifra sin kompetanse og sitt kjennskap til familien eller barnet. Samarbeid som er satt i system der det vedlikeholdes og jevnlig vurderes med henhold til målsetninger, innhold, resultater og organisering vil være et godt utgangspunkt for å lykkes (Glavin & Kvarme, 2003).

## **4 Metode**

I dette kapitlet inngår beskrivelse av hvordan jeg gikk frem for å samle inn data, behandling av data og hvordan jeg arbeidet med datamaterialet igjennom valgt analysemetode. I kapitlet inngår følgende; Beskrivelse av valg av metode, hermeneutikken og forforståelsen, utvalg og rekruttering av informanter, intervjuform, intervjuprosessen, analyseprosessen, og analysemetode. Videre vil etiske betraktninger bli beskrevet.

### **4.1 Valg av metode**

Oppgavens problemstilling viser til ønske om å få en større forståelse for hvilke muligheter og begrensinger helsesykepleier har til å fremme helse til skolebarn som lever i familier med vedvarende lav inntekt. Ifølge Malterud (2017) vil en kvalitativ tilnærming passe godt når individets tanker og meninger skal utforskes. Problemfelt og problemstillingen innfallsvinkel har vært retningsgivende for valg av metodisk tilnærming.

Gjennom bruk av en kvalitativ metode, kan det oppnås økt forståelse av hvilke særtrekk og sammenhenger som er i det aktuelle forskningsfeltet, dette beskriver Matlerud (2017) som levende kunnskap i en naturlig sammenheng. Datamaterialet som samles inn ved bruk av kvalitativ metode kan være fra observasjoner eller intervju. Begge tilnærmingene gir informasjon om menneskelige egenskaper som opplevelser, holdninger og erfaringer (Malterud, 2017). En kvalitativ metode vil gi forståelse av fenomenene som studeres, snarere enn en forklaring (Malterud, 2017). Jeg har valgt å gjøre semistrukturert individuelle intervju med helsesykepleiere for å øke min forståelse for helsesykepleiers tanker og erfaringer rundt skolebarn som lever i familier med vedvarende lav inntekt.

#### **4.1.1 Hermeneutikken og forforståelsen**

Jeg har valgt hermeneutikken som vitenskapeteoretisk perspektiv, for å tolke og forstå helsesykepleierenes beskrivelser i å fremme helse til skolebarn som lever i familier med vedvarende lav inntekt.

I følge Thornquist (2003) er hermeneutikk som forskningsmetode et kjent perspektiv innen kvalitativ metode. Hermeneutikken skal i korthet hjelpe oss til å forstå hvordan man forstår verden. Malterud (2017) mener dette kan være meningsinnholdet i kontekst mellom mennesker man befinner seg sammen med. Det kan være i kulturell eller sosial kontekst, men også i mikroperspektiv som situasjon og miljø (Malterud, 2017). Teorien var i første omgang bygget på forståelse og fortolkning av tekster, i senere tid også muntlig tale og samhandling (Thornquist, 2003). Ifølge den tyske filosofen Hans Georg Gadamer (2012) handler forforståelsen om å klare å stille seg åpen for noen andres oppfatning og la den forståelsen fortelle oss noe.

Ifølge Thornquist (2003) danner forforståelsen utgangspunktet for forståelse. Ingen forståelse starter helt objektivt, vår bakgrunn og våre erfaringer er med oss inn i konteksten vi skal tolke. Forforståelsen er den stilltiende forståelsen vi har av oss selv, forståelsen av vårt liv, samhandling med mennesker og verden rundt oss. Selvforståelse, erfaringsposisjoner og kulturell forforståelse er en del av denne forforståelsen. Dette danner tolkningsgrunnlaget vårt bevisst eller ubevisst. Forforståelsen er derfor ikke statisk. Personlig og faglig bakgrunn vil være en del av prosessen ved å forske, og i etablering av ny forståelse og kunnskap (Thornquist, 2003).

Da jeg startet med prosjektet hadde jeg allerede gjort meg opp noen betraktninger rundt skolebarns helse som lever i familier med vedvarende lav inntekt. Denne forståelsen var på bakgrunn av det jeg hadde sett igjennom nyhetsbildet, forskning og hvordan statistikker om hvordan barn og voksnes helse påvirkes av sosioøkonomiske forhold. Min arbeidserfaring la også grunnlaget for den forståelsen jeg gikk inn i prosjektet med. Jeg har arbeidet to år som helsesykepleier i skolehelsetjenesten og på helsestasjonen. Samfunnsutfordring som gjelder barn i lav inntekt har vært økende de siste 20 år (Statistisk sentralbyrå, 2018). Jeg har derfor blitt nysgjerrig og usikker på hvordan jeg i mitt arbeid skulle forholde meg til de sosiale helseforskjeller i barnebefolkningen. Jeg opplevde sjelden at vi samtalte omkring aspekter ved det å være foreldre og barn i vedvarende lav inntekt i mitt arbeid, og har tenkt av den grunn at dette ikke er en utstrakt problemstilling helsesykepleiere møter. Samtidig viser statistikken det motsatte. Bildet er også nyansert, da det er store kommunale variasjoner i familier som lever med inntektsfattigdom.

I tillegg til å være masterstudent er jeg også mor, sykepleier, helsesykepleier, medmenneske og en samfunnsborger som er opptatt av rettferdighet. Noe som gjør at jeg har erfaringer som

vil påvirke forforståelsen ytterligere. Samtidig har disse erfaringene gitt meg motivasjon for å starte prosjektet i utgangspunktet, noe som Malterud (2017) ser på som nyttig for forskningsprosessen.

Mine betraktninger som jeg gikk inn i prosessen med, beskriver Malterud (2017) som ryggsekken man har med seg inn i prosjektet (2017). Gadamer (2012) mener at man må se forbi egne innebygde meninger i møte med en ny tekst, og ta innover seg det som virker fremmed (Gadamer, 2012). Jeg har gjennomgående forsøkt å være bevisst på hva som har vært med i min ryggsekk før prosjektet, dette ved å være oppmerksom på at forforståelsen kan være styrende, og ødeleggende om man søker bekreftelse på det man allerede vet istedenfor å søke ny kunnskap (Gadamer 2012; Malterud, 2017). Bevissthet rundt egen forforståelse og det å være så nøytral som mulig har vært krevende. Intervjuene har vært en læringsprosess, der man hele tiden har måtte justere seg med tanke på egen forforståelse, slik at jeg var åpen for ny bagasje. Det å være bevisst på at bagasjen som man har med seg vil påvirkes av måten man samler og tolker datamaterialet har vært viktig. I følge Gadamer (2012) kan vi bare tolke oss selv, verden vi er i, og de overleverte tekstene fra fortiden ved at vår tolkning er innenfor en tolkningshorisont. Spørsmål man stiller seg, hvilken begreper man bruker og forutsetninger vi har, bestemmes av tolkningshorisonten. Tolkningshorisont kan sådan endres og utvides ved å se vekk fra det det nære, ikke bort fra det, men sette det i en større sammenheng. Gammel og ny forforståelse kan så smeltes sammen å bli en ny forforståelse. Dette kaller Gadamer horisontsammensmeltning (Gadamer, 2012).

Min forforståelse har blitt utfordret igjennom hele oppgaveprosessen. Det har dukket opp andre innfallsvinkler og synspunkter enn min forforståelse tilsa. Forforståelse har sådan vært i bevegelse igjennom hele forskningsprosessen, og jeg har måtte tenke nytt, gått tilbake, endre igjen, og tilpasset både problemstillingen og teoretisk plattform for å forstå det som ble funnet. Jeg har også opplevd å måtte gå tilbake i de ulike lydopptakene og lese over de transkriberte intervjuene flere ganger. Denne måten å jobbe på kan ses i sammenheng med den hermeneutiske spiral av Gadamer referert i Thornquist (2003). Der man beveger seg fra helhet til deler i søken mot ny innsikt. En bevegelse mellom forståelse-forforståelse og fortolkning (Thornquist 2003). Der helheten forstås på bakgrunn av delene, men samtidig kan ikke de enkelte delene forstås uten helheten. På den måten er man stadig i bevegelse mellom deler og helhet, og ved å se de i sammenheng kan man få en ny og dypere forståelse av det man undersøker (Thornquist, 2003).

#### 4.1.2 Utvalg og rekruttering av informanter

Problemstillingen om helsesykepleiers muligheter og begrensinger til å fremme helse til skolebarn i familier med vedvarende lav inntekt fordrer et helsesykepleierperspektiv. Jeg så det derfor hensiktsmessig å søke helsesykepleiere som relevante informanter til forskningsintervjuene.

Jeg valgte å gjøre et strategisk utvalg for å rekruttere deltakere til de semistrukturerte intervjuene. Litteraturen beskriver utvalget som strategisk, når det velges deltakere som kan gi god informasjonsstyrke om temaet og som kan belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017). Inklusjonskriteriene for å delta i denne studien var at informantene var utdannede helsesykepleiere, videre at de arbeidet som helsesykepleier med skolebarn, og det var også ønskelig med ulik arbeidserfaring, ansiennitet, og ulike arbeidsteder. Jeg var åpen for å inkludere både store og små kommuner i prosjektet. Ved å ha ulike inklusjonskriterier tenkes det at det gir stemmene både variasjonsbredde og mangfold (Malterud, 2017). I denne studien er inklusjonskriteriene fulgt. Én deltaker arbeider ikke på skole, men med skolebarn i en flyktninghelsetjeneste. Jeg valgte å ta med helsesykepleieren i flyktninghelsetjenesten, da jeg mente hen har både informasjonsstyrke og erfaring rundt temaet. Ifølge Rosberg (2017) er det et poeng med ulikheter i et utvalg, da dette kan bidra til refleksjon rundt noe som kan virke diffust hos en deltaker, men som kommer tydeligere fram hos en annen. Variasjonen kan sådan tvinge forskeren til en større ettertanke rundt det fenomenet deltakerne snakker om (Rosberg, 2017). Det ble i alt inkludert seks informanter til prosjektet, fra fire ulike kommuner. Deltakerne har arbeidserfaring som helsesykepleier ifra 3-28 år.

*Tabell 1 Utvalg kommuner og arbeidsted*

Kommuner over 50.000 innbyggere: 2
Kommuner under 10.000 innbyggere: 2
Helsesykepleier i barneskole: 3
Helsesykepleier på ungdomsskole: 2
Helsesykepleier i flyktninghelsetjeneste: 1
Ansiennitet: 3-28 år

De ulike kommunene helsesykepleierne arbeider i, strekker seg i fylker fra Vestfold og Telemark i sør til Troms og Finnmark i nord. Informantene arbeider i kommuner med et befolkningstall på ca. 3000 tusen til 80 000 tusen innbyggere. Tre av informantene har fast arbeidsplass på barneskole, mens en arbeider i en flyktninghelsetjeneste med barn mellom 0-20 år, og to arbeider på ungdomsskole. Noen av de som arbeider på barneskolen har også erfaring fra ungdomskolen og motsatt. Én av informantene har vært med i et prosjekt som spesifikt retter seg mot barn i lavinntektsfamilier og en annen kommune holder på med et prosjekt der de samarbeider med andre kommuner og frivillige rundt tematikken. Ifølge Malterud (2017) skal ikke antallet informanter være for stort da datainnsamling og bearbeiding av data er en tidkrevende prosess. Samtidig må materialet gi tilstrekkelig grunnlag for analysearbeidet.

Rekrutteringsprosessen var en mer omfattende og krevende oppgave enn jeg hadde forestilt meg og en global pandemi lettet ikke rekrutteringsarbeidet nevneverdig. Jeg valgte i første omgang å gjøre meg kjent med omfanget av hvilke kommuner som har størst andel barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt. Dette kartla jeg ved bruk av en søker-monitor på Bufdir som viser et statistisk bilde over situasjonen for de ulike kommunene i Norge (Barn-ungdom og familiedirektoratet, u.å). Videre startet jeg innsamling av data ved å utforme et skriv til enhetsleder med forespørsel om hjelp til rekrutering av deltakere, og et eget skriv til potensielle informanter om prosjektet (Se vedlegg 1 og 2). Skrivene ble sendt til enhetsleder over e-post. Det ble i alt forespurt elleve kommuner om deltakelse til prosjektet. Jeg fikk positiv tilbakemelding hos fire kommuner. Tre av kommunene har en høyere prosent andel barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt, mens en har under landsgjennomsnittet. Jeg fikk navn og telefonnummer på e-post av leder, på de helsesykepleierne som kunne tenke seg å være med på intervju og jeg kontaktet de ut ifra denne informasjonen.

Bakgrunnen for at jeg valgte å søke helsesykepleiere i kommuner med en høyere andel av barn som lever i vedvarende lav inntekt enn landsgjennomsnittet, var tanken om at helsesykepleierne i disse kommunene kunne ha mer erfaring rundt tema. Informanten i fra flyktninghelsetjenesten ble inkluderte etter kjennskap om studiens formål, og må derfor ses på som et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017).

### 4.1.3 Intervjuform

De ulike intervjuformene må ses i sammenheng med intervjuets formål (Kvale & Brinkmann, 2015). I dette forskningsprosjektet så jeg det som sagt hensiktsmessig å snakke med helsesykepleiere, da ønsket var å utforske deres muligheter og begrensninger omkring arbeidet rundt barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt. Covid-19 pandemien utfordret derimot innsamlingen av datamaterialet, da jeg hele tiden måtte forholde meg til ulike sentrale regler og anbefalinger om antall kontakter. Da smittesituasjon lokalt i ulike kommuner stadig var i forandring, var det uforutsigbart å avtale reising og intervjusituasjon (Folkehelseinstituttet, 2020). Etter noen overveielser besluttet jeg i samråd med veileder, at individuelle datastøttede intervjuer også ville kunne gi svar på problemstillingen.

Jeg valgte å gjennomføre individuelle semistrukturerte intervju over «Teams» som digital plattform. Da UIT's retningslinjer om digitale intervju var under utarbeiding brukte jeg UIO sine retningslinjer for datastøttede intervju, for lagring og gjennomføring (Universitetet i Oslo, 2017). De digitale intervjuene ble gjennomført ved at man opprettet Teams-profil og innkalte hver informant etter avtale. Det ble lastet ned diktafon app på mobil som ble koblet til et sikkert nettskjema (Universitetet i Oslo, 2017). Internett gav muligheter til å søke over store geografiske områder. Fylker og kommuner jeg ikke ville ha hatt mulighet til å inkludere med tanke på tid og økonomi ble derfor inkludert, dette ser jeg på som en styrke i prosjektet.

Det finnes ulike former for intervju over internett. Thagaard (2018) omtaler intervjuer over internett, der forsker og deltaker møtes samtidig, som synkroniserte intervjuer. Jeg stilte spørsmålene og informantene responderte spontant på spørsmålene. Slike synkroniserte intervjuer har ifølge Thagaard (2018) flest likhetstrekk med ansikt-til-ansikt intervju, da det gir mulighet for direkte respons (Thagaard, 2018). Jeg erfarte at det både var fordeler og ulemper med digitale intervjuer. Informantene beskrev det som positivt at det var enkelt for dem å finne tid til samtale når jeg innkalte til møte, de kunne sitte på sine kontor og gjøre intervjuet mellom arbeidsoppgavene sine ble sett på som noe positivt. Samtidig så jeg at et digitalt intervju førte til at jeg mistet noe av informantens gester og kroppsspråk, da jeg kun så ansiktet til informanten. Dette var jeg oppmerksom på kunne ha betydning for tolkningsprosessen videre.



#### 4.1.4 Intervjuprosessen

Det ble utformet en intervjuguide som inneholdt fem tematiske kategorier (Vedlegg 4).

Hensikten var å utarbeide relevante spørsmål til helsesykepleierne med bakgrunn i prosjektets problemstilling om hvilke muligheter og begrensninger helsesykepleier har til å fremme helse til skolebarn i familier med vedvarende lav inntekt.

Jeg valgte å gjøre et prøveintervju over Teams med en sykepleier som jeg kjente personlig. Prøveintervjuet fikk meg til å endre en del på spørsmålsformuleringene, samtidig som jeg fikk forsøke å uttale spørsmålene på dialekt, for å høre hvordan det ble naturlig for meg å stille de i en intervjusituasjon. Videre fikk jeg høre hvordan lyden og kvaliteten digitalt ville oppleves og hvordan opptaket hørtes ut i ettertid. Det at det var en person jeg kjente godt gjorde intervjukonteksten annerledes enn den ville ha gjort med en fremmed, samtidig anser jeg det som nyttig for den praktiske erfaringen og for å erfare hvordan lagring i nettskjema fungerte.

Ved første ordinære intervju erfarte jeg at jeg var opptatt av å følge intervjuguiden trass i at informanten min hadde mye å fortelle. Malterud (2017) beskriver viktigheten av å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert om en ønsker å bidra til nye aspekter ved problemstillingen. Ved neste intervju var jeg dermed bevisst på å la informanten beskrive det hen mente før jeg stilte oppfølgingsspørsmål. Jeg erfarte videre ved å lytte gjennom de to første intervjuene, at jeg speilet mye av det informantene sa. Selv om informanten beskrev situasjonene mer inngående, ble det også en del gjentakelse. Dette tok jeg lærdom av til neste intervju.

Ifølge Tjora (2017) inneholder det kvalitative intervjuet tre faser; Oppvarming, refleksjon og avrundning.

Innledningsvis hadde jeg en kort introduksjon av meg og bakgrunn for prosjektet, videre samtalte vi om at informantene hadde mottatt samtykkeskjema og jeg gjentok delen om konfidensialitet i informasjonsskriv, i tillegg gjorde jeg informanten oppmerksom på bruk av båndopptaker. Etter hvert kunne informanten fortelle om seg selv og sin erfaring. Jeg forsøkte å skape en så trygg ramme som mulig gjennom et digitalt intervju, da jeg opplevde at vi ikke fikk snakket løst og fast som man ofte gjør ved et fysisk møte. Jeg stilte spørsmål forholdsvis tidlig om hva informanten tenkte når hen fikk en slik forespørsel om temaet. Jeg opplevde at dette spørsmålet løsnet litt på stemningen, og at samtlige startet å snakke mer åpent om sine betraktninger. Kvale og Brinkmann (2015) hevder at de første minuttene er viktige for videre

dialog, der intervjupersonen får en oppfatning av hvem hen skal legge fram sine opplevelser til.

Ifølge Tjora (2017) er refleksjonsdelen en viktig del av intervjuet. Det er her man går i dybden på delene av forskningstemaet. Jeg hadde utformet noen spørsmål der jeg ønsket beskrivelse av situasjoner i møte med barn/foreldre, og fortellinger i fra arbeidet til helsesykepleierne. Jeg erfarte at jeg stilte disse spørsmålene på ulike tidspunkter i intervjusituasjonen ut ifra hva informanten hadde å fortelle. Jeg så også at jeg ble bedre og bedre på å tåle «pinlig» stillhet uten at jeg kom med raske oppfølgingsspørsmål. Erfaringene jeg fikk for hvert intervju er i samråd med det Kvale og Brinkmann (2015) sier om at intervju ikke følger en eksplisitt trinn i en regelstyrt metode, og at man derfor lærer seg intervjuferdigheter ved å intervju.

Avslutningsvis avrundet jeg alle intervjuene med å forsøke å oppsummere det vi hadde snakket om samt å høre om det var noe mer de hadde reflektert over som ikke var kommet opp i samtalen. Noen hadde da en del kommentarer til det som allerede var sagt og ville utdype ytterligere, mens en ønsket å poengtere det hen oppfattet som det viktigste i denne samtalen. Til slutt avklart vi kontakten videre. Intervjuene varte alle i 45-60 minutter.

#### **4.1.5 Analyseprosessen**

Etter hvert intervju startet transkripsjonsarbeidet. Jeg hørte over lydfilens innhold, og samtalen ble omgjort til en sammenhengende tekst. Det var tiltenkt å skrive notater under intervjuene, men jeg erfarte at det var vanskelig å gjøre notater mens jeg intervjuet, da jeg allerede kjente på en avstand ved å samtale igjennom en dataskjerm. Og jeg ønsket ikke større distanse med å se ned for å skrive.

Ifølge Malterud (2017) vil ikke samtaler omgjort til tekst kunne presentere virkeligheten fullt ut. Teksten vil kun gi et indirekte bilde av det som ble sagt og gjort i møtet. Likefullt skal transkripsjonen gi et så lojalt bilde av det opprinnelige materialet som mulig. I denne sammenhengen forsøkte jeg hele tiden å være bevisst på egen forståelse om meningsinnholdet i intervjuene. Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv, dette lå det læring i. Jeg ble, slik Kvale og Brinkmann (2015) beskriver, oppmerksom på hvordan min egen praksis var under intervjuene. Ved å gjøre dette selv, gav det meg en mulighet til å bli kjent med materialet på en annen måte. Malterud (2017) mener dette åpner opp for å oppdage svakheter ved dataene, i

tillegg kan en gjengi momenter som kan klargjøre meningsinnholdet i teksten bedre. Dette erfarte jeg da jeg underveis måtte endre på intervjuguiden etter andre intervju. Intervjuene ble omgjort fra tale til tekst på bokmål. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er en mening delvis skapt av hvordan den kommuniseres, det vil si at stemmen eller en underforstått følelse kan komme til uttrykk i teksten når man transkriberer. Jeg valgte derfor å merke teksten i intervjuene med å skrive «stillhet», «sukk», «latter» og ord de la trykk på med uthevet skrift der det ble brukt. Dette for å forstå den underliggende betydningen i settingen.

#### **4.1.6 Valg av analysemetode**

Ulike analysemetoder ble vurdert, men jeg valgte til slutt å analysere datamaterialet ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse. Analysen ble gjort ved bruk av sykepleierforskere Berit Lundman og Ulla Hällgren Graneheim (2004) sin beskrivelse av metoden. Analysemetoden ble valgt fordi den var detaljert beskrevet for hvert «trinn» i prosessen og materialet kunne visualiseres tydelig i tabeller som gjorde at materialet var enklere for meg å forstå. Kvalitativ innholdsanalyse baserer seg på erfaringskunnskap, som uttrykkes gjennom beskrivelser og tolkninger på ulike abstraksjons- og tolkningsnivåer, og hører dermed til det hermeneutiske paradigmet (Graneheim & Lundman, 2004).

Graneheim og Lundman (2017) bruker begreper som induktiv, deduktivt og abduktivt i tilnærming av tekstmaterialet, hvilken tilnærming man bruker avgjøres ut ifra hva man ønsker å studere. I denne oppgaven var det hensiktsmessig å bruke en induktiv tilnærming da tilnærmingen kjennetegnes ved å søke etter menneskers erfaringer; slik jeg gjorde i intervjuene om helsesykepleiers muligheter og begrensninger i å fremme helse til skolebarn som lever i vedvarende lav inntekt.

Etter transkriberingen leste jeg over intervjuene flere ganger, skrev i margin og gjorde meg tanker om teksten. Dette for å få en oversikt over helheten. Allerede i transkriberingsprosessen hadde man sett konturer av mulige temaer som gikk igjen.

Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er det to former for innhold i teksten; det manifeste og det latente. Slik jeg forstår Graneheim og Lundman (2004) er det manifeste det åpenbare og tekstnære i materialet. Det latente medfører at det gjøres en tolkning av det som sies implisitt. Og under de ulike analysetrinnene «løftes» tekstens innhold til et høyere abstraksjonsnivå.

Overgangen fra de kondenserte meningsenhetene til kategorier og tema, kan ses på som den latente delen, der det opprinnelige materialet skal tolkes.

I det kommende vil jeg beskrive hvordan jeg gikk frem i analyse av intervjumaterialet;

Etter å ha fått en oversikt over materialet startet jeg med å finne *meningsbærende enheter*.

Slik jeg tolker Graneheim og Lundman (2004) er meningsenheter en meningsbærende del av teksten. Dette kan være ord eller setninger i intervjuene som relaterte til samme mening. Et eksempel av meningsbærende enhet jeg fant i tekstmaterialet var når helsesykepleier snakket om hvordan man skulle skape relasjon. Eksempel: «*jeg tror du må bli kjent med de og de må bli trygge på deg, hvis det skal komme opp noe om økonomi*»

Ved andre trinn av analysen forsøkte jeg å gjøre den meningsbærende enheten mer håndterbar ved å *kondensere* den til en mindre tekst uten at sentrale poeng i de meningsbærende enhetene ble borte. Ved å kondensere den tidligere nevnte meningsenheten fikk jeg følgende kondensert meningsenhet: «*Må bli kjent for at de skal bli trygge*»

Ved tredje trinn laget jeg en *kode* på de ulike kondenserte meningsenhetene, dette er en kort beskrivelse av det kondenserte innholdet. Her kan innholdet løftes opp til et høyere nivå (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg forstår det slik at man her setter en etikett på en eske for å kort vise til eskens innhold. Følgende kode ble satt på den kondenserte meningsenheten: «*Trygghet skaper åpenhet*».

Ved fjerde trinn vurderte jeg likheter i kodene. Her er abstraksjonsmuligheter større og her dannet det seg *kategorier* som henviser til *hva* dette handlet om. Kategoriene svarer til hva innholdet i kodene viser. Eksempel på kategori ble her «*Tillit og trygghet*».

Til slutt skulle tema dannes for å samle innholdet i kategoriene. Temaet til denne kategorien ble «*Å skape relasjon*». Temaene svarer på det underliggende og latente i teksten.

Tabellen nedenfor viser et eksempel på *et* tema med kategorier og koder.

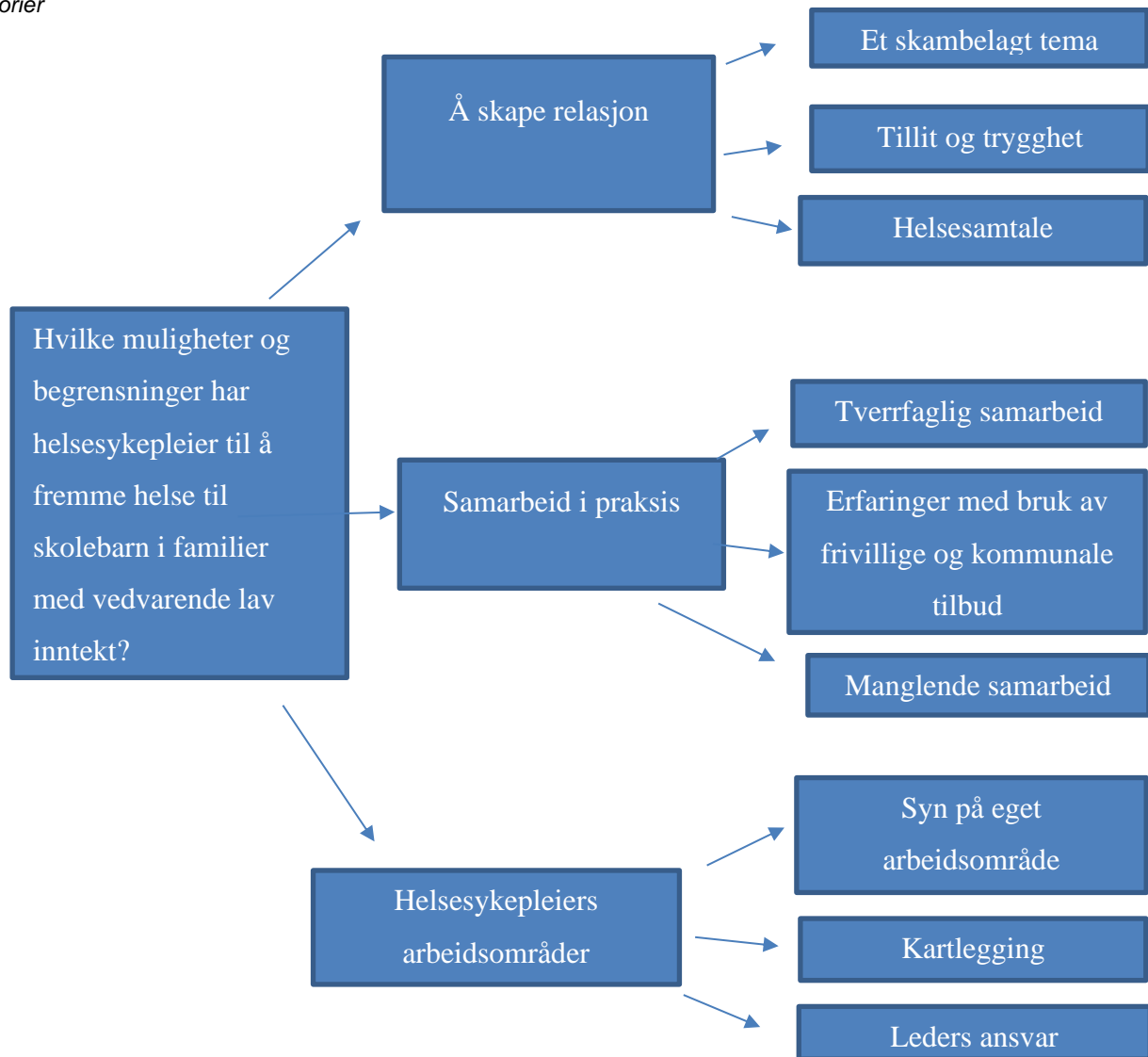
Tabell 2 viser eksempler på koder, kategorier og et tema

Tema	Å skape relasjoner		
Kategori	Et skambelagt tema	Tillit og trygghet	Helsesamtale
Koder	Flaut å snakke om Smidighet i samtale Sårhet	Verdighet og respekt Trygghet skaper åpenhet Tillit	Møter alle Lav inntekt og fritid

Her vises kodene som er blitt satt som etikett for det meningsbærende og det kondenserte innholdet, dette ble til slutt tre kategorier som så ble samlet til et tema. Analysearbeidet førte til tre tema og ni kategorier totalt. Analysearbeidet tok tid og jeg måtte hele tiden veksle mellom delene i materialet og helheten. I analysearbeidet så man at helsesykepleierne sine erfaringer i arbeidet rundt barn i familier med vedvarende lav inntekt gikk inn i hverandre, det ble derfor nødvendig å ha fargekoder på materialet for å ha kontroll over at datamaterialet ikke havnet i flere kategorier.

Analysearbeidet førte frem til tre tema med tre kategorier til hvert tema. Tabellen nedenfor viser innholdet i temaene med kategorier, og studiens problemstilling.

Tabell 3 Problemstilling, tema og kategorier



Oversikt over funn med problemstilling, tema og kategorier.

## 4.2 Forskningsetiske overveielser

Ved oppstart av prosjektet, ble det sendt inn en søknad til Norsk senter for forskningsdata, NSD (vedlegg 5). Dette med bakgrunn i at prosjektet kom til å behandle personopplysninger (personopplysningsloven, 2018; NSD, 2018). Det ble i denne studien lagret og behandlet samtykkeskjema og lydopptak. Da studien skulle undersøke helsesykepleiere sine erfaringer, ble det vurdert til at prosjektet ikke trengte søknad til Regionale etiske komiteer for medisinsk- og helsefaglig forskningsetikk, da menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger ikke inngikk i studiens formål (REK, 2015). Det ble videre sendt skriftlig informasjon om studiet og samtykkeerklæring til alle informantene, som igjen ble signert før intervjuprosessen. Informasjonsskrivet inneholdt etiske krav om frivillighet og anonymisering i henhold til Helsinkideklarasjonen (vedlegg 2) (World Medical Association, 2018).

I informasjonsskrivet inngikk også opplysninger om oppbevaring av det innsamlede materialet, og at dette ville bli behandlet i henhold til retningslinjer fra NSD (NSD, 2018). Likeså om makulering av datamaterialet etter endt prosjekt og at personopplysninger ville bli holdt konfidensielt og senere slettet. Lydopptakene ble oppbevart i en låst database, «nettskjema» i henhold til UIO sine retningslinjer (NSD, 2018; Universitetet i Oslo, 2017). For anonymisering av informantene har hver informant fått hvert sitt tall i databasen, og fiktive navn i tekstmaterialet (NSD, 2018; Personopplysningsloven, 2018).

Ifølge Clancy (2011) skal etiske betraktninger og overveielser gjøres i alle ledd igjennom hele forskningsprosessen. Jeg har av hensyn til mine informanter tenkt på konsekvenser dette prosjektet kan medføre for den enkelte. Kvale og Brinkmann (2015) mener det er forskerens ansvar å reflektere over mulige konsekvenser. Både for hvordan deltakelsen har opplevdes for informantene, og hvordan stemmen deres blir fremstilt utad. Ikke bare for informantene selv, men også for gruppen de representerer (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre har det gjennom hele prosessen vært viktig at etiske aspekter har blitt ivaretatt, fra intervjuene, redeligheten i skriveprosessen med informantenes stemme, til rapportering. Studien har fulgt forskningsetiske retningslinjer fra Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2018).

#### **4.2.1 Troverdighet**

I kvalitativ forskning er troverdighet et overordnede begrepet for pålitelighet, gyldighet og overførbarhet. Vurderingen av troverdighet i den kvalitative metoden innebærer i hvilken grad forskeren har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare (Ellingsen & Drageset, 2008). Kjennetegn ved dette er om studiens konklusjon er gyldig for etter prøvelse, at forskningsprosessen er grundig, systematisk og pålitelig gjennomført og at etiske aspekter er gjort rede for (Ellingsen & Drageset, 2008).

#### **4.2.2 Pålitelighet**

Studiens pålitelighet omhandler nøyaktighet i forhold til gjennomføringen av studien (Ellingsen & Dragset, 2008). Påliteligheten kan styrkes ved at praktiske forhold blir synliggjort og at det er en mulighet for etterprøving av resultatet (Malterud, 2017). En måte for leseren å se hvordan jeg har gått fram i arbeidet med studien er at jeg i det overnevnte kapittelet har gjort rede for hvordan jeg kom i kontakt med informanter, hvordan gjennomføringen av intervjuer ble tilrettelagt og hvilke spørsmål som ble stilt i intervjuet (vedlegg 4) og hvordan jeg transkriberte og analyserte intervjuene. I tillegg har jeg gjort rede for forforståelsen. Forforståelsen er noe som kan ha påvirket studiens resultat. Graneheim og Lundman (2017) er av den oppfatning av at forforståelsen ikke kan settes i parentes gjennom forskningsprosessen. De mener imidlertid at forforståelsen kan åpne for en dypere forståelse av det man studerer. Samtidig ser jeg betydningen av det Malterud (2017) og Gadamer (2012) beskriver om å være bevisst i sin forforståelse slik det ikke stenger døren for ny kunnskap. Ved å redegjøre for min forforståelse i bakgrunn for valg av tema og i metodekapittelet, mener jeg å kunne vise åpenhet overfor leseren med å gjøre hen bevisst på dette. Det har vært viktig for meg å være så åpen som mulig i søken etter ny kunnskap. Min forforståelse har blitt utfordret gjennom hele prosessen, samtidig som jeg har latt meg overraske over hva som kom ut av resultatdelen, og dette har bidratt til en større forståelseshorisont. Studiens pålitelighet handler også om hvordan intervjukonteksten foregikk. Det at intervjuene var digitale kan ha medført at informantene oppførte seg annerledes enn ved en ansikt-til-ansikt-kontekst og må tas i betraktning.



### 4.2.3 Gyldighet

Studiens gyldighet kan anses som gyldig om det kan karakteriseres eller er representativ for andre grupper og mennesker i samme situasjon. Likeså om man har undersøkt det man har gitt uttrykk for å undersøke (Ellingsen & Dragset, 2008). Graneheim og Lundman (2017) mener valg av informanter kan ha betydning for resultatets gyldighet. Jeg har i denne studien søkt etter helsesykepleiere som arbeider i kommuner der andelen barn i lavinntektsfamilier er høyere enn landsgjennomsnittet. Bakgrunnen for dette var en tanke om at disse kommunene hadde helsesykepleiere med bredere erfaring i møte med studiens problemstilling. Fem av de seks informantene var fra kommuner der gjennomsnittet av barn i lavinntektsfamilier var relativt høyt, mens den ene informanten representerer en kommune med lavere landsgjennomsnitt. Til tross for at dette er en liten studie, ser jeg på det som en styrke at studien representere ulike erfaringer av andel barn med lav inntekt i sine respektive kommuner, da det kan beskrive variasjoner i deres forståelse av studiens problemstilling.

Et annet spørsmål ved studiens gyldighet er valg av antall informanter (Malterud, 2017). En svakhet her kan være at antallet informanter kun er seks, likeså er det ifølge Graneheim og Lundman (2017) og Malterud (2017) ikke et krav om hvor mange informanter som skal intervjues for å få en gyldighet. Man må heller ta utgangspunkt i variasjon av innholdet og om det er tilstrekkelig for et betydningsfullt datamateriale (Graneheim & Lundman 2017; Malterud 2017). Jeg mener denne studiens styrke ligger i variasjoner av erfaringer, der helsesykepleiere som er representert har arbeidserfaringer av 3-28 års varighet og at mange har større erfaring med problemstillingens spørsmål. Flere av informantene hadde også sett en utvikling i samfunnet som utfordrer andre problemstillinger i helsesykepleiers arbeid. Ved å inkludere både nyutdannede og helsesykepleiere med lang erfaring utfyller de hverandre, da de løfter fram særtrekk og variasjoner av problemstillingen, noe som gir godt grunnlag for drøftingen av resultatdelen i studien. Hensikten med kvalitative studier er ikke å generalisere på populasjonsnivå, men heller å skape refleksjon og utvide forståelseshorisonen ved å løfte datamaterialet fra et mindre utvalg til et større. Slik jeg ser det har denne studien et utvalg av helsesykepleiere med erfaring fra kommuner med høy andel barn i lav inntekt. Det kan så tenkes at deres erfaringer kan være et bidrag til kommuner som har mindre erfaringer med denne problemstillingen.

#### **4.2.4 Overførbarhet**

Graneheim og Lundman (2004) mener det er leseren som avgjør om studien har en overførbarhet til praksis. Ellingsen og Drageset (2008) mener overførbarheten handler om at forskningen gir innsikt av betydning. Et kjennetegn er ifølge Ellingsen og Drageset (2008) om leseren forstår mer enn hen gjorde før, kan det anses som et tegn på at studien har en overførbarhetsverdi. Denne studien har et større utvalg av helsesykepleiere med erfaring fra kommuner med høy andel barn i lav inntekt. Dette mener jeg kan være en styrke ved at deres erfaringer i studien kan gi et bilde av problemstillingen som kan overføres til lignende kontekster og gi diskusjon i fagfeltet. Det kan også være et bidrag til refleksjon hos skolehelsetjenesten i kommuner med mindre erfaring knyttet til problemstillingen. Ifølge Malterud (2017) skal prosessen være mulig for utfordring og innsyn, dette sier noe om transparenss i forskningen. Der resultatene skal kunne deles med andre, med hensikt i overførbarhet, også utenfor den konteksten forskningen fant sted.

## 5 Presentasjon av resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere de resultatene som fremkom av analysen. Resultatene vil bli sett i lys av problemstillingen «Hvilke muligheter og begrensninger har helsesykepleier til å fremme helse til skolebarn som lever i familier med vedvarende lav inntekt?» og oppgavens teori kapittel. Temaene i analysen vil bli presentert som hoved-overskrifter i teksten og kategoriene vil fungere som underkapittel.

Med hensyn til krav om anonymisering av informantenes stemme, har de seks informantene fått tildelt hvert sitt fiktive navn. Disse er; Tora, Kari, Nina, Marit, Hege og Janne. De fiktive navnene vil bli brukt aktivt i dette kapitlet av oppgaven. Hver kategori vil bli utdypende forklart med sitater fra informantene. Sitatene i dette kapitlet vil bli benyttet for å begrunne funnene ytterligere.

### 5.1 Å skape en relasjon

Temaet referer til kategoriene «Et skambelagt tema», «Tillit og trygghet i møte» og «Helsesamtalen»

#### 5.1.1 Et skambelagt tema

Helsesykepleieren gav uttrykk for at de sjelden eller aldri ble kontaktet av barn, ungdom eller foreldre der samtalen handlet om familiens økonomiske utfordringer som kunne utfordre barnets helse. Alle helsesykepleierne hadde derimot vært i kontakt med barn og unge som hadde begrensninger knyttet til familiens økonomiske situasjon.

Flere av informanter beskrev hvordan de tenkte at tabu og skam rundt tema kunne vær en hemmende faktor i samtalen med helsesykepleiere. Mange av informantene fortalte at de erfarte at økonomiske utfordringer, kunne holdes skjult for å beskytte barna og at barn igjen var lojale og beskyttet foreldrene sine. Og at det derfor var vanskelig å få en dialog om barna levde under økonomisk stress. Nina uttrykker seg:

[...] Også tror jeg ofte på ungdomskolen, det er liksom litt skam rundt det. Så jeg tror veldig mange ikke sier så mye om det. Jeg tror det er lettere å si noe når man er blitt større. Enn akkurat de ungdomsskoleårene for da er det veldig flaut å fortelle at mamma eller pappa ikke har råd. Og sånn er det vel egentlig gjengs over, det med fattigdom og økonomi [...]

Kari beskrev det slik:

Det spørres om den skammen er litt overført fra foreldrene, barn snapper jo også opp hva som er innfor. De forteller jo at de vil helst være som alle andre. Og det å kanskje føle på en mislykthet da, at man ikke får det helt til. Også tror jeg mange foreldre kan kjenne på en mislykthet i forhold til dette.

Helsesykepleierne beskrev et samfunn det er dyrt å leve i, der det er tabu å snakke åpent om å ikke ha nok penger. Der barn gjerne sammenlikner seg med hverandre og om foreldre som kunne føle på å ikke strekke til. Marit forteller om et møte med en mor som var utslitt av å skjule sine økonomiske bekymringer overfor barna sine slik;

[...] Hun ville ikke vise til barna at hun hadde lite penger. Så hun var veldig fortvilet overfor barna. Hun synes det var så tungt å skjule det og var fortvilet over at barna ikke gjorde noe på ettermiddagene. Jeg vet ikke om det lettet når vi ordnet det med fritidsaktivitetene for barna. Det å delta på ting med jevnaldere kan i hvert fall lette på livskvaliteten til barna [...].

Helsesykepleierne var også opptatt av at de som helsesykepleiere måtte være på tilbudssiden til foreldrene. Det at de ikke hadde like mye kontakt med foreldrene som på helsestasjonen utfordret et tettere samarbeid. Med å være på tilbudssiden mente de at helsesykepleiere ofte måtte ta en ekstra telefon å høre om de hadde tenkt på de tilbudene helsesykepleierne hadde snakket om i konsultasjoner, og at helsesykepleiere kunne være hjelpelige med søknader. Slik kunne helsesykepleiere oppnå at foreldrene takket ja til tilbudene om støtte eller praktisk hjelp.

En av helsesykepleierne fortalte om en samtale hun hadde etter å ha lest i journalen til en ny elev som ble overflyttet fra annen skole, og kjente at her var det «noe». Hun tok en telefon til familien, da fikk de satt i gang flere tiltak rundt barnet og familien som levde med vedvarende lav inntekt.

Helsesykepleierne beskrev at tilnærming i samtalen var viktig for å skape åpenhet rundt vedvarende lav inntekt. De brukte ulike fremgangsmåter i samtalen som de beskriver som; smidighet i ordvalg, vurdering av stemning, kjenne på motstand i situasjonen, og øve seg på å spørre for hvordan de snakket rundt noe som kunne være et vanskelig tema for foreldre og barn å snakke åpent om.

### 5.1.2 Tillit og trygghet

Samtlige av helsesykepleierne var opptatt av at samtalen rundt økonomiske utfordringer familien sto i måtte tas opp med verdighet og respekt. Flere så på det som vesentlig å få dannet en relasjon bygget på tillit og trygghet først, for å komme i posisjon til å hjelpe barnet og familien. Andre helsesykepleiere mente at helsesykepleiere måtte tørre å spørre barnet og familie om slike forhold.

Janne beskrev hvordan hun dannet en relasjon får å kunne støtte barnet slik:

Det er jo ofte jeg har hatt barna i samtale over tid, også lager vi en tillit og trygghet sammen. Så har jeg spurt foreldrene, og sier da at nå har jeg snakket så lenge med barnet ditt og skjønt at dere har dårlig råd. Da snakker de om det, og tar imot hjelp. Jeg ringer ikke å spør om de har dårlig råd om jeg ikke kjenner de. Det er veldig sårt.

Hege beskriver også relasjonen som viktig på denne måten;

[...] Det kommer ikke så mye opp i samtalen, dette med økonomi, det kan jeg ikke si. Men joda det dukker jo opp. I hvert fall hvis du blir litt kjent med dem. Jeg tenker du må bli kjent med dem og de må bli trygge hvis det skal komme opp. Det er nok ikke barna som er den største informanten, men med tillit og trygghet da kan det komme opp. Det er viktig. Og da kommer det ofte i form av at de har så innmari lyst til å begynne på en aktivitet, men så kan de ikke det fordi at de ikke har råd til det. Eller at de aldri er på ferier eller får ting de ønsker seg [...].

Det å bli kjent var beskrevet som viktig av flere informanter, ikke bare med barnet, men også med foreldrene. Både Hege og Janne så på det som vesentlig å bli kjent først. På den måten var det også enklere at foreldrene tok imot hjelpen. De beskrev at det nyttet ikke å ville hjelpe og «pøse» på med tilbud og støtte om det var motstand i relasjonen fra foreldrenes side.

Tora var opptatt av at helsesykepleier måtte tørre å spørre i samtaler med barn og foreldre.

Vi må rett og slett tørre å spørre ungdommene i samtaler. Hvordan de føler. Hvordan de har det og hva de trenger av penger og alt sånt, og ut ifra den biten kan vi få informasjon om hvordan vi kan bidra.

Hege påpekte at hindringene ofte lå i henne selv og at hun trodde at helsesykepleiere må forsøke å øve seg på å spørre når det gjaldt tema som kan være såre eller vanskelige å snakke om og ga eksempler som overvekt og rus.

Flere av informantene fortalte at de også ofte forsto og kjente på magesfølelsen når de snakket med barn og foreldre, at det gjaldt begrenset økonomi. De la da to og to sammen når familien samtalte rundt fuktskader og boforhold, eller når en mor hadde ansvaret for fire barn alene med lav inntekt. Da trengte ikke familiene å si ordrett at de hadde det trangt økonomisk, da forsto helsesykepleier dette, og de fikk en naturlig inngangsport til samtale rundt temaet.

Flere av helsesykepleiere var opptatt av å fortelle at de ikke kunne gjøre så mye med situasjonen familien sto i økonomisk, men det at de så på seg som en støttespiller for foreldrene og barna. Og at man kunne være en samtalepartner om store og små utfordringer. Marit sa det slik: «Jeg tenker, det en kan gjøre er jo å høre på hva de forteller oss, slik at vi får kunnskap om hva de står i».

### **5.1.3 Helsesamtale**

Ved de obligatoriske helsesamtalene fikk helsesykepleierne møtt alle barna individuelt. De obligatoriske samtalene kunne gi et oversiktsbilde av barnets og ungdommens helse og trivsel. Denne samtalen ble beskrevet som en av de vanligste inngangsportene for å få til en samtale rundt utfordringer barnet kunne kjenne på i forhold til familieforhold, herunder foreldrenes økonomiske situasjon.

Informantene opplevde at de hadde fokus på barn som lever i familier i vedvarende lav inntekt trass i at samtalen ikke hadde spesifikke spørsmål rettet mot familiens økonomi. Helsesykepleierne kom inn på utfordringer rundt økonomi med å snakke om andre temaer. I utsagnet under, fortalte Kari om hvordan hun utfører dette:

Jeg tenker at vi har et fokus på dette i de målretta undersøkelsene som vi har, og for min del så gjelder dette første og tredje trinn og da kommer jeg inn på dette via fritidsaktiviteter. Hvis de ikke driver med noe på fritiden kan man undre seg, og komme inn på det der... og så kan man utforske og si noe at det er mange barn som ikke er med på grunn av at det kan være kostbart med utstyr og slikt... og om det gjelder for det barnet?

Å spørre spørsmål rundt fritidsaktiviteter ble av flere informanter trukket fram som den mest naturlige måten å komme inn på temaet omhandlende familiens økonomiske situasjon uten å gjøre det for stigmatiserende.

Tora fortalte om sin erfaring i fra en 8.klasse samtale:

Jeg hadde en 8.klassing inne for ikke lenge siden og spurte hva hun brukte å gjøre på fritiden, hun svarte at hun gjorde ingenting. Men hun likte å sykle, men at de hadde ikke råd til sykkel, og da spurte jeg om å få ta kontakt med mor eller far for å snakke om dette og det var greit.

Det var ulikt hvordan helsesykepleier arbeidet etter de obligatoriske samtalene med barna. En helsesykepleier forsøkte å ringe alle, selv om det ikke hadde kommet fram noe i samtalen som gjorde henne bekymret for barnets helse. Dette gjorde hun for å fortelle om hvordan samtalen hadde vært og anså det som positivt å få kontakt med foreldrene. Mens mange kun ringte om de hadde en bekymring de ønsket å samtale med foreldrene om i samråd med barnet.

## **5.2 Samarbeid i praksis**

Temaet referer til kategoriene «Tverrfaglig samarbeid» «Erfaring med bruk av frivillige og kommunale tilbud» og «Manglende samarbeid»

### **5.2.1 Tverrfaglig samarbeid**

Flere av informantene beskrev barn i familier med vedvarende lav inntekt som en sammensatt barnegruppe. Barna kunne ofte ha overvektsproblematikk, psykiske utfordringer og/eller atferdsvansker. Hjelpebehovet var derfor ofte sammensatt. Det var ulikt hvem som satt i ansvar- og samarbeidsgrupper og de tok utgangspunkt i hjelpebehovet til barnet og familien når gruppen ble dannet. Helsesykepleierne opprettet aldri en samarbeidsgruppe der utfordringen kun var at barnet var i en familie med vedvarende lav inntekt. I samarbeidsgruppene var fokuset sjelden på familiens økonomiske situasjon. Barn i familier med vedvarende lav inntekt ble heller diskutert som en generell utfordring i samfunnet mellom helsesykepleiere og andre faggrupper.

Hvis det ble samtale rundt økonomi, sa flere av helsesykepleierne at de kunne komme med innspill på hva slags tilbud som var i kommunen, eller i de frivillige organisasjoner. De sa også at de ofte veiledet lærerne, om lærerne kom og ville samtale om barn eller barnegruppen. Helsesykepleierne beskrev lærerne som sin viktigste samarbeidspartner når det gjaldt å se hvem som hadde behov for ekstra støtte. Og beskrev lærerne som en sparringspartner for å se hva som rørte seg i bydelens/kommunens barne- og ungdomsgruppe.

Hege beskriver hvordan hun og lærer utvekslet tanker rundt et barns helse slik;

Det er veldig mange lærere som er flinke, som sier ifra og vil snakke med oss om dette her. Jeg hadde noen i går; jeg hadde et barn i fra en klasse som skulle ta en synsprøve. Som kunne se ut som hun så veldig dårlig. Og da må du til optiker, og det koster jo penger for briller. Så da ble jeg og lærer enige om at vi ser om foreldrene får det til, ellers så må vi se om det er noen muligheter for at noen kan hjelpe da. Eller gi de råd om hvor de kan søke støtte til dette.

Tora forteller at hun ofte veileder lærerne om hvordan de bør gå frem om de ser barn som kan leve i familier med vedvarende lav inntekt;

[...] vi har også faste møter med skolen, det er viktig for samarbeidet. Og der kommuniserer vi også hva de kan bidra med hjelp, for eksempel. At de har lagt merke til at barnet ikke har med seg matpakke, eller at de har klær av dårlig kvalitet eller forfatning. Så kan jo de ta kontakt med foreldrene [...].

Nina tenker at helsesykepleier ofte informerer og hjelper indirekte andre yrkesgrupper rundt barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt, hun beskriver det slik:

[...] Også snakker jeg med lærere og informere på skolen og på tverrfaglig møter om at det finnes støtteordninger.. Det er ofte lærerne som kommer i posisjon noen ganger. For å se at de kanskje ikke har utstyr til gym eller på skoleturer, eller at de skjønner at de har sluttet på fotball på grunn av økonomi, altså lærerne er jo ofte i en annen posisjon. Så jeg snakker mye med lærerne sånn generelt om det, og om de snakker med eleven om det, og om de synes det er greit så kan de koble på oss da. Eller eventuelt noen andre. Så det kan jo hende man når mange med å indirekte jobbe med det, for eksempel i skolen.



Flere av informantene beskrev lignende tanker rundt det Nina beskrev ovenfor. Tverrfaglig samarbeid anså helsesykepleierne som helt nødvendig om de skulle hjelpe barnet og familien da problematikken med vedvarende lav inntekt ofte var kompleks. Informantene var også opptatt av at det var avgjørende å få foreldrene med på laget, og at de opplevde at foreldrene var takknemlige for hjelp om de var kommet så langt at det var åpenhet rundt det.

Det var ulike meninger omkring hvor godt det tverrfaglige samarbeidet med skolen var. En helsesykepleier beskriver om et fungerende samarbeid mellom henne og lærerne, der samarbeidet hadde bedret seg gjennom et helsefremmende skoleprogram. Janne beskriver det slik; Vi har virkelig fått til et godt samarbeid de senere år. Tidligere var det ikke slik. Nå føler jeg de ikke bare ser elev og fag, de ser hele mennesket. Det gjør at vi jobber bedre sammen [...].

### **5.2.2 Erfaringer med bruk av frivillige og kommunale tilbud**

Alle helsesykepleierne var kjent med ulike midler og tilbud de kunne søke på i sin kommune for barn og unge som lever i familier med vedvarende lav inntekt. Samtlige av helsesykepleiere beskrev viktigheten av å sette seg inn i kommunens og de frivillige tilbudene til barn og unge som lever i familier med vedvarende lav inntekt. Dette mente informantene var en forutsetning for å kunne hjelpe barn og familier med nettverksbygging, opplevelser, fritidsutstyr, kulturtilbud som eksempler, for å lette på noen av bekymringene familien satt med.

Marit forteller om informasjon til frivillige tilbud:

Vi kan ikke alltid gjøre noe med den økonomiske situasjonen, men vi kan gi informasjonen om hvor de kan få litt hjelp. Så kan det hende at det å delta på ting gjør det bedre for barna. Vi gjør jo ikke noe med den økonomiske situasjonen med en bedre inntekt, men kanskje livskvalitet blir bedre for barna [...].

Tora fortalte at de holder på å lage en brosjyreoversikt som skal deles ut til barn og familier, om gratistilbudene som finnes i kommunen. Her påpekes viktigheten med å nå ut til alle og at helsesykepleier gir generell informasjon, slik at ingen føler seg stigmatisert og at familien på den måten kan vurdere om de tilhører en gruppe som har behov tilbudene. I en annen kommune, fortalte helsesykepleier at de skal starte å gå inn på foreldremøtene i 1.klasse for å

fortelle foreldrene hvilke tilbud som finnes i kommunen og hvor de kan søke veiledning og støtte for ulike gratistilbud. Tre av helsesykepleierne problematiserte når kommunale tilbud som hadde vært i kommunen ble avsluttet.

Janne mener det er flere tilbud i kommunene som har vært, men som nå er borte. Hun beskriver det slik: «Det er mye i kommunen som har vært som jeg synes på en måte forsvinner litt, omsorgen forsvinner litt kanskje. Det prosjektet med leirer for familier i lavinntektsfamilier er lagt ned akkurat nå, jeg håper det kommer opp igjen»

Tilbudene og prosjektmidlene omkring barn i familie med begrenset økonomi var ulik fra kommune til kommune. Alle informantene hadde erfaring med å fortelle og søke på tilbud som de hadde hjulpet foreldre og barn inn i, eller som de har oppfordret foreldre og barn til å benytte seg av. Felles for alle helsesykepleierne var at de hadde positiv erfaring med bruk av frivillige tjenester til familiene.

### **5.2.3 Når samarbeidet mangler**

Uavhengig av de ulike kommunene, hadde flere av informantene en mening omkring den Nye arbeids- og velferdsforvaltningen, heretter kalt NAV, i samarbeidet deres rundt barn i vedvarende lav inntekt. Flere informanter mente at der manglet et samarbeid med NAV og mange opplevde systemet som *for* komplisert for foreldrene. De påpekte at veien til NAV ofte var kronglete og at de selv så på systemet som vanskelig å forstå. Hege beskrev det slik

Jeg husker for noen år tilbake i tid, jeg skulle hjelpe noen med å søke støtte til tannregulering. Men det klarte vi faktisk ikke. Da var vi innom NAV, NAV vurderte at de hadde nok penger til tannregulering. Så prøvde vi med fattigdomsmidler i kommunen, men de kunne ikke brukes til det. Så den klarte jeg ikke å hjelpe de med. Og da er det jo slik at de fleste foreldre prioriterer, og får det til på en eller annen måte. Men jeg huske så godt denne mammaen som var så fortvilet og var ute etter private lån og alt mulig for å betale denne tannreguleringen.

Janne hadde tro på at et samarbeid med NAV kunne vær positivt for skolehelsetjenesten rundt blant annet barn i vedvarende lav inntekt. Hun savnet et samarbeid med NAV-systemet. Slik beskrev hun det;

[...] Også må det være NAV. Så det er egentlig stort. Det er egentlig masse mennesker som må inn for å hjelpe barn og familier i lavinntekt. Og det samarbeidet skulle vært tusen ganger bedre, i hvert fall med NAV. De har jeg aldri samarbeidet med. Jeg ser aldri noen fra NAV med på samarbeidsmøter. Jeg håper de kommer mer fram og at det blir et bedre samarbeid, for det har så mye å si, for å få hjelp. For du må jo være dobbel-norsk for å forstå de søknadene [...].

Marit fortalte at det ofte var enklere å søke støtte i lag og foreninger uten å involvere NAV. Slik beskrev hun dette; «Man kan søke klubben om å få dekket medlemsavgiften. Uten at man på en måte trenger å levere så mye dokumentasjon slik som man må med NAV»

Flere forteller at de ser en utvikling som gjør systemet mer distansert for helsesykepleierne enn tidligere. Tidligere kunne de ringe NAV. Nå var NAV mer digitalisert. Dette mente de vanskeliggjorde prosessen med et samarbeid både for foreldrene og helsesykepleier.

I en kommune, fortalte helsesykepleier, at de i hennes kommune holdte på å jobbe med en samarbeidsavtale mellom skolehelsetjenesten og NAV for å få til et bedre samarbeid rundt barn som lever i vedvarende lav inntekt.

### **5.3 Helsesykepleiers arbeidsområder**

Temaet referer til kategoriene «syn på eget arbeidsområde» «Kartlegging» og «Leders ansvar»

#### **5.3.1 Syn på eget arbeidsområde**

Det å samtale rundt vedvarende lav inntekt, ble ikke omtalt som en *må-* eller *burde* oppgave i helsesykepleiers program. De tok ofte ikke opp økonomiske forhold med barn eller foreldrene, med mindre det ble tatt opp av barnet eller foreldrene selv. Eller at det var åpenbart for helsesykepleier at dette var en større utfordring for familien. Noen av informantene sa at de prioriterte å gjøre pålagte oppgaver fra de nasjonale retningslinjene når de prioriterte arbeidet og at mangel på ressurser var et kjent fenomen i tjenesten. Åpenhet for å se etter barn som kunne leve i vedvarende lav inntekt, og ta seg *tid* til å se, var ansett som viktige faktorer for å kunne fremme helse til barnet og familien. Slik blir det beskrevet av Kari:

Ja, vi må vite om det, vi må vite om hva slags tilbud som finnes og vi må velge å prioritere det litt. For det er jo klart at dette er noe ekstra utover det vi er pålagt til å gjøre. Man må kanskje sende søknader og sånne typer ting. Så det blir jo noe ekstra, som ingen hadde straffa meg for om jeg ikke gjorde det. Så man må liksom tenke på dette som en viktig del av helheten da, at man tenker at dette vil vært bra for barnet og familien. Men det er fort å surfe forbi det.

Tidsbruk til å skrive søknader for familier, og ta telefoner til kommunen og frivillige tjenester ble nevnt som noe de gjorde utover fast program. Helseesykepleierne beskrev arbeidsområdet sitt som stort, med mange arbeidsoppgaver. Janne beskrev et tilbud de hadde hatt i samarbeid med frivilligheten for barn som lever i familier i lav inntekt slik: «[...]Nei, de synes vel ikke, vi brukte jo mange dager og timer på dette her. Så etter hvert så mente de at helseesykepleier ikke skal gjøre det. Det var ikke vår jobb å gjøre sånt».

Ledelsen ble ansett som viktig for hvordan informantene prioriterte tiden til de ulike arbeidsoppgavene og hvordan de vektla oppgavene. Slik forklarte Nina rundt sine arbeidsoppgaver rundt barn i familier med vedvarende lav inntekt.

[...] Man er jo liksom på «må- og burde»-oppgaver. Vi vil jo gjerne ha signalene ovenfra at dette er noe vi skal prioritere. Vi vet jo at dette er viktig, klart jo tidligere det er i vårt mandat, jo bedre vil det faktisk være å forsvare at vi bruker tid på det.

At det ikke sto noe om hvordan helseesykepleiere spesifikt skulle jobbe rundt barn som lever i vedvarende lav inntekt i de nasjonale retningslinjene, satte et spørsmål ved om det var deres arbeidsområde.

### **5.3.2 Kartlegging**

Møtepunkter for helseesykepleier sammen med barn og foreldre er mer begrenset i skolehelsetjenesten enn ved helsestasjonen. Ved helsestasjonen har man 14 faste konsultasjoner når barnet er 0-5 år. I skolehelsetjenesten har man to fastsatte individuelle samtaler fra første klasse til tiende klasse (Helsedirektoratet, 2017). Skolehelsetjenesten har samme journalsystem som helsestasjonen og følger barnet (Dahl & Blindheim 2020c). Flere av helseesykepleierne beskrev tidlig innsats på området som viktig i arbeidet rundt barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt.

Hege undrer seg over om det kan være muligheter for å kartlegge sosioøkonomiske forhold på helsestasjonen i løpet av de 14 møtepunktene. Dette for å lette oversikten skolehelsetjenesten skal ha over elvenes helsetilstand. Hun tenker slik;

Jeg tenker at om man får til en god kartlegging på helsestasjonen, opp igjennom. Jeg tenker ikke det skal være et direkte spørsmål, for da tenker jeg de glipper for oss, er du fattig eller rik? Det går jo ikke. Men man kan sikkert formulere gode spørsmål om familien har opplevd at økonomien har vært utfordrende, et eller annet sånt. Det er jo et tema som kan berøre som rus og vold. Og man må spørre alle, ikke bare de man tror, for man kan man jo ta veldig feil. Det er jo så mange andre spørsmål vi tar opp flere ganger fra de blir født. Det er mange standardspørsmål som vi tar opp hver gang de kommer [...].

Tora har også tenkt på muligheter for å utforske det å leve i vedvarende lav inntekt tidligere, slik at man har kartlagt dette før skolestart og for å ufarliggjøre samtalen rundt tema. Tora forteller:

Vi har i hvert fall sett at jo mer vi snakker om forskjellige ting, jo mer naturlig blir det. Jeg ser jo på bare dette med seksualitet og barn. Som vi snakker om på 2- og 4-årskontroller. Mange synes det var rart i begynnelsen, men så tar vi det jo opp igjen på skolestart, og da er det sånn «ok», dette har jo vi snakket om tidligere. Det tenker jeg man også kan med barn med vedvarende fattigdom. Man må ta det opp, det er ikke så farlig å snakke om. Det er jo til barnets beste.

Flere av informantene fortalte at de leste igjennom journalen i fra helsestasjonen ved skolestart. Samtidig så de det som vanskelig å ha full oversikt over barnas helse i skolen. Flere påpekte at tiden vi lever i nå under en pandemi, kunne fører familier ut i en annen økonomisk situasjon. Slike faktorer kunne man ikke forutse eller kartlegge på helsestasjonene. De fortalte også at skilsmisser skjer uten at de nødvendigvis får vite om det, og at det også var en vanlig risikofaktor for en begrenset økonomisk situasjon for familien.

### 5.3.3 Leders ansvar

Flere av informantene sa at de til daglig observerte sosiale ulikheter blant barn og unge. De så at utviklingen i samfunnet bar preg av større forskjeller og at barn og unge hadde ulike forutsetninger i helse fra fødselen av. Flere av helsesykepleierne i studien sa at de så på ledelsen som en naturlig representant for å videreformidle utviklingen de så i barnebefolkningen. Kari beskrev hvordan hun fremmer søkelyset på hva helsesykepleierne står i:

Vi kan jo komme med innspill ut ifra den målgruppa vi har og ser, for vi har jo en del. For i denne kommunen her, så har vi ganske stor andel som lever under fattigdomsgrensa, som lever i lavinntektsfamilier. Men så blir jo dette løfta opp mot vår leder som spiller den ballen mot politikerne, det er ikke nødvendigvis at jeg må delta politisk aktiv, men at hun må, vi må jo på en måte videreformidle det vi ser og hva som er behovet i vår målgruppe. Så må jo den ballen løftes litt høyere opp.

Helsesykepleierne var opptatt av å gå tjenestevei og hadde tiltro til at leder tok opp problemstillingene i barnebefolkningen til politikere og kommuneledelse. Hege hadde tro på at det å ha systematiske tall på hva de observerte og hadde av oppgaver, ville hjelpe ledelsen med å forstå hva som rørte seg i tjenesten og i arbeidsoppgavene som helsesykepleiere har:

[...] Men det er jo det da, vi har jo ikke noe systematikk eller noe sånne tall på ting, der burde vi kanskje hatt. Det er jo klart jeg kan jo si at det på min skole er sånn og sånn. Men jeg kan ikke gi et nøyaktig tall på at her er det 20 % av barna som lever under fattigdomsgrensa. Der kommer vi litt til kort kanskje.

Flere av helsesykepleierne førte statistikk og skrev skolerapporter årlig. En helsesykepleier forteller at hun synes «Helsesista» er tøff som går ut som talerør for barn og unge om ulike temaer, og at man kanskje bør si mer fra om hva barnebefolkningen står i selv. Mange av helsesykepleierne var enig i at de ikke hadde ressurser til å gjøre alt. De måtte prioritere og sette grenser for hva de hadde av arbeidsoppgaver. Da ble det å være talerør kanalisert til ledelsen som måtte si hvordan helsesykepleierne opplevde problemstillinger rundt barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt i skolehelsetjenesten.

## **6 Diskusjon**

I det kommende kapitlet vil jeg se nærmere på studiens resultater og belyse det med valgt teori i tillegg til relevant litteratur og forskning. Det vil bli satt søkelys på de resultatene jeg mener er viktigst i studien, og jeg har derfor endret noe på resultatenes rekkefølge i drøftingen. I overskriften om «Muligheter og begrensninger i relasjon», vil underoverskriftene: Skam blant barn og unge i vedvarende lav inntekt, På lag med foreldrene og Fritidsaktiviteter kan fremme helse, bli diskutert. Videre vil overskriften «Muligheter og begrensninger i det tverrfaglige samarbeidet» referere til diskusjon om; Barn med sammensatte hjelpebehov, Helsesykepleier som bindeledd mellom offentlige og frivillige tjenester og Samarbeid i skolen- muligheter i helsefremmende skoler? Avsluttende vil overskriften «Organisering av helsesykepleiers arbeidsområde» bli diskutert med følgende underoverskrifter; Kartlegging i fra helsestasjon til skolehelsetjenesten og Helsesykepleiers ansvarsområde.

### **6.1 Muligheter og begrensninger i relasjon**

#### **6.1.1 Skam blant barn og unge i vedvarende lav inntekt**

Helsesykepleierne i studien beskriver at de sjelden ble kontaktet av barn eller foreldre omkring familiens økonomiske situasjon, selv om situasjonen kunne utfordre barnets helse. De forteller at det å leve i vedvarende lav inntekt kunne medføre en følelse av skam hos barna og at dette kunne være en faktor som medførte at det ble snakket lite om. Å kjenne på en følelse av stigmatisering og skam rundt lav inntekt er i tråd med flere andre studier, studiene beskriver også det å skjule sin økonomiske situasjon som vanlig (Fernquist, 2013; Harju & Thorød, 2011; Simons, 2018). Behovet for å skjule sin situasjon er sammenfallende med det helsesykepleierne i denne studien opplevde; barna var lojale mot foreldrene, og snakket ikke om de økonomiske bekymringene med helsesykepleier.

Flere studier viser at barn bruker mye energi og utvikler mestringsstrategier for å skjule foreldrenes økonomiske situasjon (Fernquist, 2013; Harju & Thorød, 2011; Martnes, 2012). Barn beskytter foreldrene med å ikke spørre om penger eller aktiviteter de antar familien ikke har råd til (Harju & Thorød, 2011; Martnes, 2012). Samtidig kan barna streve med det Redmond (2008) referert i Sandbæk og Grødem (2009) beskriver som dobbelt strategier, der

barnet forsøker å mestre eget hverdagsliv med venner og samfunnets krav av både deltakelse og forventninger. I tillegg til beskyttelse av foreldrene (Sandbæk & Grødem, 2009). Empirien viser at helsesykepleierne var beviste på at barna beskyttet foreldrene sine med å ikke fortelle om familiens økonomiske situasjon. Øvreeide (2009) skriver at helsepersonellens rolle er å være bevisste på at skam og skyld ofte er nært knyttet viktige voksenpersoner og situasjoner i barnets liv. Og at det er den voksnes rolle å benevne denne følelsen i samtalen.

Helsesykepleierne i studien mente ordvalg og fremtoning var viktig i tilnærming til barnet, når det var snakk om tema som kunne oppleves stigmatiserende. Ifølge Gamst (2017) kan man ikke forvente at barn skal fortelle om vanskelige temaer som det første i møte.

Hverdagslige aktiviteter og nysgjerrighet rundt barnets interesser danner trygghet i relasjon (Gamst, 2017). Resultatdelen viser at det var viktig for helsesykepleierne å skape en trygg relasjon med barnet. De mente samtaler over tid kunne medføre åpenhet om det barna opplevde i sin livssituasjon. Simpson et al., (2017) mente personell i samtale med barn fra lavinntektsfamilier måtte være åpen for å lytte til hva barna formidlet, slik at man som personell fikk kunnskap og forståelse for barnas prioriteringer, følelser og bekymringer.

Studien viser at helsesykepleierne var oppmerksomme på barnas følelse av å være annerledes. Dette er sammenfallende med hva andre barn fra familier i lav inntekt forteller om egen situasjon (Kirkens bymisjon & respons analyse 2019; Voksne for barn; 2019).

Helsesykepleierne mente barna sammenliknet seg med andre barn og at skamfølelsen satte begrensninger i samtale med helsesykepleier. Skårderud (2006) viser til Gilbert i Gulbrantsen (2006) der skam blir beskrevet som en ufrivillig reaksjon på fornemmelsen av å være mindreverdige og miste status.

Ifølge Finn Skårderud (2006) er vi mennesker opptatt av å bli likt, vi oppfører oss, vi jakter etter annerkjennelse og aksept, og vi anstrenger oss. Vi er opptatt av hva andre mener og synes om oss (Skårderud, 2006). George Herbert Mead (1863-1931) i Aakvaag (2008) mener det er i samhandling med andre, man oppdager seg selv. Som menneske blir man påvirket av andres vurderinger og oppfatninger av selvet (Aakvaag, 2008). Øvreeide (2009) viser til viktigheten ved at barn får snakke om livet sitt og sine erfaringer med voksne, da det er avgjørende for mestring og selvforståelse (Øvreeide, 2009). Helsesykepleierne i studien så på seg selv som en støtteperson for barnet. Slettebø (2007) viser til yrkesetiske retningslinjer som forplikter helsepersonell å skape tillit til brukeren. Slettebø (2007) mener tillit er grunnlaget for å gjøre et godt faglig arbeid.



Helsesykepleiernes erfaringer med å legge til rette for en trygg og tillitsfull relasjon der barnet etter hvert åpnet seg om materielle ønsker og behov. Kan ses i sammenheng med en salutogen tilnærming. Der helsesykepleierens funksjon i situasjonen innebære å hjelpe barnet til å ha tro på egne mestningsressurser, eller vise at helsesykepleier har ressurser til å hjelpe omkring barnets utfordringer (Antovnosky, 2012). En fersk rapport om barn i utenforskap og lavinntekt viser at kun 1/10 barn tar initiativ til å fortelle lærer eller helsesykepleier om sin situasjon (Voksne for barn, 2021). Ungdomspanelet (2019) viser til ønske om at helsesykepleier skal spørre mer om familiens økonomiske situasjon. Dette er sammenfallende med hva helsesykepleierne i studien mente de hadde av muligheter for å kunne komme i posisjon til å fremme helse. Studien viser at en tillitsfull tilnærming til barn og unge kan gi en mulighet for samtale om stigma og tabu rundt barnets livssituasjon. Samtidig ses en begrensning om helsesykepleier mener det er barnets ansvar og ta opp tema. Øvreeide (2009) mener det kan være vesentlig å skape tillit til foreldrene, på den måten kan tillit mellom barnet og helsesykepleier øke.

### **6.1.2 På lag med foreldrene**

Helsesykepleierne beskrev det som avgjørende å opprette et godt samarbeid med foreldrene for å kunne komme i posisjon til å hjelpe barnet. De beskrev viktigheten med å være på tilbudssiden til familier i vedvarende lav inntekt. Utfordringen var at foreldrene sjelden tok kontakt angående deres livssituasjon. Helsesykepleierne mente en medvirkende årsak kunne være at foreldrene følte på mislykkethet.

Draugli og Onsøyen (2010) mener det kan oppleves både personlig og privat å snakke med noen om barnet sitt. Når faktorer påvirker barnets helse eller trivsel, kan mange foreldre føle seg truet ved samtale om det vanskelige. Ifølge Dahl (2016) var helsesykepleiers tidligere arbeid forbundet med kontroll og inspeksjonsoppgaver. Helsesykepleieren fremstod i en ekspertrolle. I dag vektlegges i større grad helsefremmende arbeid og empowerment-tenkningen i helsesykepleiers arbeid (Dahl, 2016). Det kan tenkes at foreldre anser helsesykepleieren som et kontrollorgan, mer enn en støtte og styrke i foreldrenes tro på seg selv i omsorgsrollen ovenfor barnet. Slik sett kan det tenkes at disse faglige endringene i helsesykepleiers arbeid nødvendigvis ikke har endret maktrelasjonene eller ført helsesykepleiere nærmere et likestilt forhold mellom seg og foreldrene. Clancy og Svensson (2010) skriver om foreldre som kan ha et ønske om å leve opp til det de tror er

helsesykepleierens forventninger og krav, noe som kan føre til at foreldrene ikke er åpen og søker støtte for sine utfordringer.

Det var viktig for helsesykepleierne i studien at ømtålige temaer ble tatt opp med verdighet og respekt, og at man opparbeidet seg tillit hos foreldrene. Dette er i tråd med NSF yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019) Tillit er vesentlig for å kunne ivareta individuelle behov og fremme helse (Helsedirektoratet, 2017). Martinsen (2005) viser til K.E Løngstrup, der tillit blir omtalt som en naturlighet i menneskelivets grunnvilkår. Mennesker møter i utgangspunktet hverandre med en grunnleggende tillit, en svekket tillit er noe man lærer av erfaring (Martinsen, 2005). Barstad og Sandvik (2015) viser at tillit øker med stigende sosioøkonomisk status. Mennesker med lavere inntekt og utdanning har mindre tillit i mellommenneskelige møter og til sentrale samfunnstjenester.

Helsesykepleierne sa at de måtte være på tilbudssiden når det gjaldt foreldre som lever i vedvarende lav inntekt. Eksempelvis en ekstra telefonsamtale eller råd om frivillige tilbud. Vatne et al., (2021) påpeker viktigheten av helsesykepleiere som er på tilbudssiden når det gjelder foreldre som kan slite i sin livssituasjon (Vatne et al., 2021). Helsesykepleierne beskrev samtidig viktigheten om å være bevisst rundt tilbud til familier. Det indikerer at det kreves faglig skjønns i situasjonen. Clancy (2020) mener skjønnet kommer til uttrykk når helsesykepleieren vurderer og tilpasser sitt tilbud til situasjonen (Clancy, 2020). Hun mener en reflektert praksis kan bidra til å utvikle klokskap i møte, der helsesykepleier må forstå egne begrensninger og tilpasse tilnærmingen til den enkelte (Clancy, 2012). Slik jeg tolker det, må det være en balansegang, der helsesykepleieren viser respekt dersom foreldre takker nei til tilbud helsesykepleieren fremmer. Kvarme (2007) argumenterer for at mennesker må ses på som en samarbeidspartner og ikke som en målgruppe som trenger hjelp. Å hjelpe foreldre til å mobilisere styrke etter hvert enkelt ønske og behov er sentralt for mestringsevnen og selvfølelsen i situasjonen, noe som er i tråd med empowerment-prinsippet (Kvarme, 2007).

Helsesykepleierne synes det å spørre om økonomi var en privatsfære som opplevdes som vanskelig å snakke om. Drugli og Onsøien (2010) skriver at samarbeidet med foreldre kan utfordres om vanskelige følelser for tema står i veien for den profesjonelle. Tveiten (2019) viser også til at hjelperen må være bevisst på egne følelser og tanker om tema i samtalen for å kunne veilede. Like fullt var det flere helsesykepleiere i denne studien som anså det å våge å spørre, som viktig for muligheten til å komme i posisjon for å fremme helse til barnet. Clancy og Svendsson (2010) viser til at ærlighet fra helsesykepleieren om vanskelige temaer ble satt

pris på av foreldrene. Studien deres viste at helsesykepleierne opplevde det som vanskelig å være direkte med foreldrene om ulike temaer. Redsel for at relasjon og tillit skulle bli brutt var utgangspunkt for usikkerheten.

Fra min studie fremkommer det at foreldrene ofte ønsket å få hjelp og støtte når man snakket åpent om økonomiske utfordringer. En salutogen tankegang innebærer at vanskelige hendelser i livet gir mulighet for vekst og læring (Eriksson & Lindstrøm, 2015). Dette forutsetter at man opplever å ha ressurser til å takle hendelsene man står overfor og har den forventning til seg selv at de kan takles (Eriksson & Lindstrøm 2015). Å snakke om livssituasjon kan åpne opp for støtte og hjelp. Samtale kan sådan aktivere mestringsressurser i familiene, slik at situasjonen oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull for den enkelte (Antonovsky, 2012). Slik sett er det å sette seg inn i situasjonen til den enkelte familie et vesentlig aspekt for muligheten for helsesykepleier til å veilede i en helsefremmende retning. Studien viser at det må legges til rette for en relasjon basert på tillit og trygghet i møte med både barn og foreldre. Og helsesykepleieren må våge å spørre om økonomi. Svarene kan gi helsesykepleieren muligheter til å fremme helse til den enkelte familie.

### **6.1.3 Fritidsaktiviteter kan fremme helse**

Helsesykepleierne ga uttrykk for at det var vanskelig å se hvilke barn som strevde med omgivelsene med bakgrunn i familiens økonomiske situasjon, nettopp fordi det ikke ble snakket høyt om. Gjennom de individuelle helsesamtalene så de en mulighet for samtale rundt individuelle behov. I helsesamtalen kunne barn gi uttrykk for drømmer om ferier, ønsker om deltakelse av fritidsaktiviteter eller materielle behov.

I de nasjonalfaglige retningslinjene er de individuelle helsesamtalene fremmet som et viktig verktøy for å fremme helse til barnet og skal gi et individuelt tilpasset tilbud til hvert enkelt barn og deres foreldre (Helsedirektoratet, 2017). Samtalen skal bidra til en dialog med barnet og foreldrene om valg, trivsel og levevaner. Samtalen skal åpne opp for brukermedvirkning, slik at barnet kan ta opp aktuelle tema (Helsedirektoratet, 2017). I de systematiske helsesamtalene ved første og åttende trinn bør helsesykepleier møte *alle* elever. Møtet med samtlige skolebarn kan dermed anses som et ledd i folkehelsearbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. I tillegg gir det helsesykepleier en mulighet til å bli kjent med den enkelte elev, samt få en oversikt over elevpopulasjonen (Folkehelseloven, 2011; Helsedirektoratet,

2017). Resultatdelen viser at helsesykepleierne har delte oppfatninger om hvordan man innleder til dialog rundt opplevelser av å leve i vedvarende lav inntekt. Mens noen helsesykepleiere så på det som vesentlig å få laget en trygg relasjon over tid for å få barnet til å åpne seg, var andre opptatt av å bruke individuelle helsesamtalene som inngangsport for behov om familiens økonomiske situasjon.

Laholt et al., (2017) har utforsket helsesykepleiernes bruk av visuelle hjelpemidler i helsesamtaler for å bygge relasjon. Bruk av film, tegninger og bilder i samtalen kunne bidra til å fremme relasjonelle aspekter i helsesamtalen. Ifølge Golsäter og kollegaer (2012) kan systematiske helsesamtaler være et nyttig redskap for å oppdage individuelle behov, samtidig kan dialogen hemmes om den blir brukt for rigid. Min studie viser at helsesykepleierne utforsket barnas opplevelse av familiens økonomiske situasjon indirekte igjennom spørsmål i helsesamtalen om fritidsaktiviteter. Bakken (2019) i Jacobsen et al., (2021) sier det er fem ganger så mange ungdommer fra familier med lav inntekt som aldri har vært med i organisert idrettstilbud (Jacobsen et al., 2021). Andre norske studier viser også at barn i lavinntektsfamilier bruker i mindre grad strukturerte fritidsaktiviteter som idrett eller annet organisasjonsliv (Bakken et al., 2016; Hyggen; 2018; Strandbu et al., 2017).

Å få delta på fritidsaktiviteter er viktig for barn og unge, og er av stor betydning for en god oppvekst (Departementene, 2020). Fritidsarenaer gir barn og unge mulighet til å utvikle sosiale kompetanse, danne vennskap og føle på et felleskap (Hyggen et al., 2018). En samtale rundt fritidsaktiviteter kan gi helsesykepleieren mulighet til informasjon om økonomiske begrensninger familien kan ha. I de individuelle helsesamtalene har dermed helsesykepleier en gylden mulighet til å fremme barns og foreldre tro på egne ressurser slik at familien tar sunne valg for egen fremtid. Dette er i tråd med det sentrale begrep om å «enable» som viser til å sette i stand, og ble beskrevet som et kjernebegrep i det helsefremmende arbeid i Ottawacharteret i 1986 (Dahl, 2020b).

Dette fordrer at helsesykepleieren er bevisst på informasjonen hen får i de individuelle samtalene. Flere av helsesykepleierne i studien hadde erfaringer med å få dannet et samarbeid med foreldrene for å få barna med i meningsfulle aktiviteter. Fritidsaktiviteter kan i denne sammenheng være en ressurs for barnet og gi opplevelse av god livskvalitet, og kan være et møtepunkt for å danne sosiale relasjoner. Dette kan anses som en orientering mot «sunnhet og helse» og kan være en motstandsressurs i utviklingen av en sterk opplevelse av sammenheng (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Studien viser til at helsesykepleiere har muligheter igjennom

de individuelle helsesamtalene til å komme i posisjon til å fremme helse til barn som lever i vedvarende lav inntekt.

## **6.2 Muligheter og begrensninger i det tverrfaglige samarbeidet**

### **6.2.1 Barn med sammensatte hjelpebehov**

Helsesykepleierne beskrev barn som lever i vedvarende lav inntekt som en kompleks og sammensatt barnegruppe, de mente utfordringene rundt disse barna ikke kunne ses isolert. De diskuterte sjelden familiens økonomi i tverrfaglige grupper, selv om dette kunne være en faktor for utfordringer familien sto i. Helsesykepleierne så ofte sammenheng mellom det å leve i vedvarende lav inntekt og andre utfordringer som adferdsvansker, psykososiale problemer og overvekts problematikk. Norske og internasjonale studier viser at overvekt, språk og lærevansker, problemer med vennerelasjonen, emosjonelle vansker og hyperaktivitet er faktorer som kan være forbundet med lav inntekt (Bekken et al., 2018; Bøe 2015; Lee et al., 2014).

At det i det tverrfaglige samarbeidet, mellom foreldre og yrkesprofesjonene, sjelden ble snakket om lav inntekt som en utfordring for barnets helse, kan tolkes dithen at yrkesprofesjonelle kan være usikre på om dette er den riktige arenaen for å ta opp en slik tematikk. Helsesykepleierne forteller at det synlige hjelpebehovet som for eksempel adferdsvansker var mer vanlig å diskutere i tverrfaglige samarbeid med foreldrene. Garsjø (2018) mener symptomene på en utfordring er det som er synlig, mens årsaken er mer kompleks. Han mener at det som synes utad er enklere å ta tak i og gjør noe med, og at man ofte ender opp med å rette søkelyset på symptomet snarere enn de komplekse underliggende årsakene til en utfordring (Garsjø, 2018). Johnson et al., (2019) viser i sin forskning at opplevelsen av å leve i vedvarende lav inntekt ikke var grunnen alene til en økt forekomst av adferdsvansker blant barn som levde i lav inntekt. Adferdsvansker kom av samlede faktorer, som manglede foreldrestøtte, vanskelige boforhold, og foreldre med helseproblemer.

Helsesykepleierne i denne studien var bevisste på at lavinntekt var ansett som en risikofaktor for andre utfordringer barnet kunne ha. Wickman et al., (2016) beskriver at helseutfordringer rundt lav inntekt må ses i sammenheng med biologiske, adferdsmessige, miljømessige og psykososiale mekanismer. Og at det derfor ikke er lett å identifisere entydig årsaker til

helseutfordringer barnet kan ha. Helsesykepleierne i studien mente samarbeid med foreldrene og andre yrkesgrupper var en mulighet for å fremme helse til barnet. En rapport fra Landsgruppen av helsesykepleiere fra 2015, viser at barn som lever i vedvarende lav inntekt er en del av utfordringsbildet helsesykepleiertjenesten har. Hvordan det skal tas opp i det tverrfaglige samarbeidet, forteller rapporten mindre om (LaH, 2015). Leder av Landsgruppe av helsesykepleier, Ann Karin Swang mener det er enkelt for helsesykepleierne i kommunene å identifisere barn som sliter med familiens økonomiske situasjon, men at det fremdeles er uklart hvordan samarbeidet skal foregå (Amdahl, 2019). Dette kan indikere at samarbeidet rundt barn i vedvarende lav inntekt fremdeles er en utfordring i tjenesten.

En viktig del av helsesykepleiers arbeid er å forebygge risiko for utvikling av sykdom og plager. Familiens og barnets behov bør derfor avdekkes så tidlig som mulig før negative konsekvenser oppstår (Kvarme, 2007). Ifølge Garsjø (2018) forutsetter dette å gripe inn i årsaker og prosesser før problemet utvikles. Kunnskap om årsaker til en negativ utvikling er derfor vesentlig for å forebygge utvikling av sykdom. Helsesykepleierne i studien forteller at de snakker om vedvarende lav inntekt som en generell utfordring i samfunnsbildet, men ikke direkte i de tverrfaglige møtene sammen med foreldrene. Dette kan anses som en begrensning i helsesykepleierens muligheter til å fremme helse og forebygge sykdom hos det enkelte barnet.

Helsesykepleierne i studien mente det måtte sitte mange ulike yrkesprofesjoner i samarbeidsgrupper for å for å kunne gi et helhetlig tilbud til barn som lever i vedvarende lav inntekt. Dette er i tråd med regjeringens strategiplan for barn i lavinntektsfamilier, som mener at barn og unge i familier med lav inntekt har sammensatte utfordringer, som ikke kan løses hver for seg. Planen belyser derfor nødvendigheten for en samtidig og samordnet innsats i fra ulike profesjoner, tjenester og forvaltningsnivåer for å kunne hjelpe barn i familier med vedvarende lav inntekt (Departementene, 2020). Myndighetene mener bevissthet og økt kunnskap om lavinntektsproblematikk i tjenester som møter barn og deres familie, samt bedre koordinerte tjenester, utgjør størstedelen av løsningen for å kunne bistå disse familiene (Departementene, 2020).

Resultatdelen viser at helsesykepleierne hadde en bevissthet rundt lav inntekt som en faktor for andre utfordringer barnet kunne stå i. Samtidig viser studien at vedvarende lav inntekt ofte ikke ble tematisert og det ble ikke snakket åpent om spørsmål vedrørende lav inntekt som en del av utfordringsbildet i samarbeidet mellom helsesykepleier, foreldre og andre profesjoner.

Det kan tenkes at det trenges kunnskapsutveksling om hvilken arena og på hvilket nivå utfordringer skal diskuteres rundt denne gruppe barn i skolehelsetjenesten. At det ikke ble diskutert i tverrfaglige grupper mente helsesykepleierne kunne ha sammenheng med at NAV-representanter ikke var en del av samarbeidet.

### **6.2.2 Helsesykepleier som bindeledd mellom offentlige og frivillige tjenester**

Samtlige helsesykepleierne hadde meninger rundt samarbeidet med sosialtjenesten, NAV. Helsesykepleierne beskrev at de ofte måtte henvise familier i vedvarende lav inntekt for videre hjelp til sosialtjenesten.

Ifølge nasjonale retningslinjer om samarbeid og samhandling, er en sterk anbefaling at skolehelsetjenesten skal samarbeide med NAV. På systemnivå kan samarbeidet praktisk bidra til temadager om for eksempel barnefattigdom. På individnivå kan samarbeidet gjelde barn som har behov for ekstra oppfølging og tidlig innsats (Helsedirektoratet, 2017). NAV for sin del arbeider etter lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen. Der formålet med loven er å bidra til at utsatte barn og unge og deres familie får et helhetlig og samordnet tjeneste tilbud (Sosialtjenesteloven, 2009). Begge tjenestene har sådant et samarbeidsansvar ovenfor barn og unge i kommunen (Helsedirektoratet, 2017; Sosialtjenesteloven, 2009). Selv om samarbeidet er nedfelt i lov og retningslinjer, forteller helsesykepleierne at de savnet et samarbeid med NAV. De så på seg selv som et bindeledd mellom NAV og familien og mente et best mulig samarbeid mellom tjenestene kunne gi de bedre muligheter for å fremme helse til barn og foreldre.

De nasjonale retningslinjene anbefaler at det bør legges til rette for lokale samarbeidsavtaler mellom helsesykepleiertjenesten og NAV (Helsedirektoratet, 2017). Glavin og Erdal (2018) mener samarbeidsavtaler forplikter deltakerne og bevisstgjøre partene om felles mål, samt formaliserer ansvar og oppgaver. Slik sett kan det tenkes at forpliktende samarbeidsavtaler er veien å gå for å opprette et samarbeid mellom skolehelsetjenesten og NAV. Dette er også i tråd med rapport fra Hansen et al., (2020) som viser til viktigheten med faste rammer i samarbeidet og helhetstenkning i arbeidet rundt utsatte lavinntektsfamilier.

Selv om samarbeidet mellom NAV og helsesykepleierne beskrives som utfordrende. Har samtlige av helsesykepleierne vært i kontakt med NAV med bakgrunn i et ønske om økonomisk støtte til barn som lever i vedvarende lav inntekt. Dette viser at helsesykepleierne i

studien forsøker å megle med andre sektorer til det beste for barna. Dahl (2020b) viser til det andre begrep «mediate», som var løftet frem i Ottawa-chartret som en av kjerneaktivitetene i det helsefremmende arbeidet. «Mediate» viser til «å megle» som kan anses som å forhandle mellom sektorer, for å fremme helse til barn og familien (Dahl, 2020b). Helsesykepleierne i studien viser også til å stå opp for brukerens rettigheter. I sine beskrivelser forteller de at de forsøker NAV, frivillige tjenester og kommunale tilbud i sin praksis til det beste for barnet og familien. Sådan kan de ses på som en advokat i søk etter videre hjelp til familiene. Det tredje begrepet i det helsefremmende arbeidet i Ottawacharteret (1986) er ifølge Dahl (2020b) å være «Advocate». I begrepet ligger det «å gjøre seg til talsperson». Dahl (2020b) mener helsesykepleierne har en sentral rolle i å være barn og unges «advokat» for å sikre barn og unge god helse (Dahl, 2020b).

Helsesykepleierne var klare på at et tettere samarbeid ville øke deres muligheter til å fremme helse og forebygge sykdom til barn i familier med vedvarende lav inntekt. Dette var i de senere år blitt vanskeliggjort av at NAV var blitt mer digitalisert. Fylling og Henriksen (2020) viser i studie om velferdstjenester blant barn og unge at distanse og spredning av ulike instanser skaper dilemma for å jobbe helhetlig til det beste for barnet (Fylling & Henriksen 2020). Tilgjengelighet er også rettet som en faktor for å få til et fungerende samarbeid (Misvær, 2014). I et forskningsprosjekt der NAV flyttet inn i skolen så de positiv effekt i form av et bedre samarbeid mellom NAV og helsesykepleieren på skolen. Dette kom av at de møttes ansikt til ansikt og kunne spørre om hverandres praksis (Pedersen, 2015). Som tidligere nevnt kan det tenkes at forpliktende samarbeidsavtaler mellom helsesykepleiertjenesten og NAV, vil kunne bidra til kjennskap av hverandres arbeid, og være et viktig ledd i helsesykepleiers muligheter til å fremme helse til barn som lever i familier med lav inntekt.

Helsesykepleierne i studien fortalte at de hadde gode erfaringer med bruk av frivillige tilbud, som i denne studien var ansett for å være en stor mulighet for helsesykepleier i det helsefremmende arbeide rettet mot skolebarn i vedvarende lav inntekt. Frivilligheten har dype røtter i det norske samfunn og har siden slutten av 1800-tallet hatt betydning for helsesykepleiertjenesten (Glavin & Kvarme 2003). Norsk kvinners sanitetsforening har hatt en sentral rolle i fremvekst av helsestasjoner i landet (Kvarme, 2020). Helsesykepleierne i studien mente samarbeid med frivillige tjenester kunne gi familiene en unik mulighet til nettverksbygging og ulike støttetiltak ved behov.



Lindstrøm og Eriksson (2015) mener tilhørighet påvirker helsen positivt. Og høre til en gruppe og få opplevelser sammen kan fremme helse til barna (Lindstrøm & Eriksson, 2015). En rapport om sosial ulikhet i helse viser at flere prosjektsamarbeid mellom frivillige tjenester, helsesykepleiertjenestene og NAV, har vært suksessfylt for familier i lav inntekt. Foreldrene i de ulike tiltakene har kjent på myndiggjøring og rapporterer om bedre helse (Bekken et al., 2018). Dahl og Orvik (2020d) viser at samfunnet står overfor flere utfordringer i årene som kommer. Et bærekraftig velferdssamfunn krever nye måter å arbeide på, også innenfor helsetjenestene (Dahl & Orvik, 2020d).

Helsesykepleierne i studien mente det var avgjørende å ha oversikt over frivillige- og kommunale tilbud i sine muligheter til å fremme helse til barn i vedvarende lav inntekt. Dette er i tråd med folkehelseloven § 4, som fastslår at kommunene har et ansvar for folkehelsearbeid og at kommunen samarbeider med frivillig sektor (Folkehelseloven, 2011). Ifølge Lindstrøm og Eriksson (2015) mente Antonovsky at mennesker med god økonomi og høyere utdanning ville ha bedre muligheter i livet. Gode mestringsstrategier anså derfor Antonovsky ikke som en individuell valgfrihet. Samfunnet hadde et ansvar for å legge til rette for mestringsstyrker og omsorg for hverandre (Lindstrøm & Eriksson, 2015).

Denne studien viser til at helsesykepleierne så muligheter for å fremme helse til barn og foreldre ved å bruke de frivillige tilbudene i kommunen. Et viktig aspekt var å ha oversikt over tilbudene i sin kommune.

### **6.2.3 Samarbeid i skolen, muligheter i helsefremmende skoler?**

Helsesykepleierne fortalte at de var avhengig av å samarbeide med lærerne i spørsmål om å fremme og forebygge helse til barna i skolehelsetjenesten. Lærerne var ifølge helsesykepleierne, i en unik posisjon til å se barn som kunne trenge ekstra støtte. Gjennom de nasjonale retningslinjene i fra Helsedirektoratet (2017) skal det legges til rette for et godt systemrettet samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen. Det ble i empirien beskrevet at møtepunkter for helsesykepleier og skole var et viktig grunnlag for samarbeid. Dette ser jeg i sammenheng med det, Hjälmhult et al., (2002) beskriver om tilgjengelighet, jevnlig kontakt og forståelse rundt hverandres arbeid som viktige forutsetninger i skolehelsetjenesten og skolens samarbeidsmuligheter for en helsefremmende praksis.

Helsesykepleierne så sine muligheter til å hjelpe barn i vedvarende lav inntekt indirekte via lærerne, dette ved å fortelle om ulike støtteordninger eller gjennom å veilede lærere rundt bekymringer. Federici med kollegaer (2020) så at helsesykepleierenes mulighet for veiledning og bistand virket forebyggende og helsefremmende i skolens læringsmiljø. Funn i deres forskning viser at samarbeidet med helsesykepleier opplevdes som svært verdifullt av skolens personell. Borg et al., (2015) viser i midlertidig til at helsesykepleier ofte inngikk i det sekundære laget rundt læreren. Dette var begrunnet med tid, og at helsesykepleier ofte var opptatt med egne lovpålagte aktiviteter. Misvær (2014) påpeker viktigheten med at skolehelsetjenesten og skolen er tilgjengelig for hverandre for et fungerende samarbeid.

Helsesykepleierne i studien beskrev at de ofte var tilgjengelig som en samtalepartner for lærerne rundt barnets helse. Et aspekt knyttet til samarbeid med lærerne angående barn i skolen, kan være bevisstheten rundt taushetsplikten. Helsesykepleiere er underlagt taushetsplikten gjennom Helsepersonelloven §21. I loven er det også krav om samtykke, der all helsehjelp skal være basert på tillatelse av barn eller foresatte (Helsedirektoratet, 2017 Helsepersonelloven, 1999). I følge Driscoll (2018) har lærere taushetsplikt om opplysninger som gjelder familien til en elev, for eksempel økonomiske forhold. Dahl & Almås (2020e) mener en viktig faktor for et godt samarbeid er å avklare hverandres krav om taushetsplikt og hvilken informasjon som kan deles mellom samarbeidspartnere. Federici et al., (2020) viser i sin studie at helsesykepleiere ofte fikk samtykke av foreldre til å samarbeide med lærerne. Helsesykepleierne i denne studien snakket i mindre grad om hvordan de overholdt taushetsplikten i samtale med lærerne.

En helsesykepleier i studien fremmet sitt samarbeid med lærerne som positivt, da skolen arbeidet etter en helsefremmende modell. Helsesykepleieren opplevde bedre samarbeidsmuligheter for en helsefremmende praksis med lærerne etter at denne var innført. Glavin og Kvarme (2003) mener skolebaserte tiltak ofte er hensiktsmessig for å skape helsefremmende skolemiljøer. Aglen et al., (2018) referer til en skolehelsetjeneste ved Nina Holmen i Trondheim kommune der de gjorde anonym elektronisk kartlegging av elevenes selvrapporterte mestringsutfordringer. Kartleggingen gav et bilde slik at skolehelsetjenesten, lærere, foreldre og elever kunne samhandle om hvilke tiltak og strategier som ville skape mestring og læring for den enkelte, i klassen, og for skolemiljøet. Slike skoletiltak kan ses i sammenheng med Tveiten (2019) sin forståelse av å legge til rette for empowerment og autonomi, der den enkelte har handlingsmuligheter til kontroll over egen situasjon som berører eget liv, her i en skole kontekst som kan fremme helse. Nordland fylkeskommune har

også et pågående pilotprosjekt for helsefremmende skoler; Frokostservering på skolen, en time ekstra aktivitet om dagen, mer helsesykepleier tid og oftere skoleturer skal gi bedre læring og skolemiljø for elvene (KS, 2021).

Helsesykepleieren i studien beskrev at lærerne «så hele menneske» etter at det helsefremmende skoleprogrammet var innført. Samdal (2009) viser til viktigheten i at skolehelsetjenesten og skolen er kjent med hverandres språk og begrepsbruk for hva som ligger i helse og helsefremmende arbeid for å kunne samarbeide på individ og systemnivå i skolen. Det kan tenkes at helsesykepleier i studien ikke følte seg alene om ansvar for elevens helse og trivsel etter at programmet var innført. Reuterswärd og Lagerstrøm (2010) fant ut at helsesykepleier og skolepersonell, som hadde felles forståelse av hva som gav dårlig helse og hva som kunne gjøres for å fremme helse i skolen, kunne bidra til å fremme helse til hele skolemiljøet. En kan undre seg over om flere helsefremmende tiltak i skolen både på individnivå og systemnivå, kan legge til rette for helsesykepleiers muligheter til å fremme helse, slik den ene helsesykepleieren i empirien erfarte. Det overnevnte viser at helsesykepleier og lærere er avhengig av et godt samarbeid med hverandre for å fremme helse og forebygge sykdom til barn i vedvarende lav inntekt.

## **6.3 Organisering av helsesykepleiers arbeidsområder**

### **6.3.1 Kartlegging i fra helsestasjonen til skolehelsetjenesten**

Et interessant funn i studien var helsesykepleiernes syn på mulighetene for en større kartlegging ved helsestasjonen 0-5 år. Helsesykepleierne mente en kartlegging omkring sosioøkonomiske forhold ville være en mulighet for å sette i gang tiltak til barn og foreldre på et tidlig tidspunkt. De mente også at dette ville gi skolehelsetjenesten bedre oversikt over barns helse som lever i vedvarende lav inntekt før skolestart.

I helsestasjonsarbeidet følges barn og foreldrene jevnlig opp med kontroller fra barnets fødsel og frem til barnet er fem år (Helsedirektoratet, 2017). Tidlig kjennskap til utfordrende familieforhold vil kunne forebygge uhelse (Garsjø, 2018; Helsedirektoratet, 2017). Slik jeg forstår helsesykepleierne i studiet, så de en mulighet i tidlig kartlegging som et primærforebyggende tiltak med søkelys på å kartlegge alle brukerne vedrørende sosioøkonomiske forhold.

Primærforebygging retter fokus mot hele befolkningen og har til hensikt å sette i gang tiltak før det har oppstått problemer (Garsjø, 2018; Kvarme, 2007) Slik sett vil en kartlegging av familiers situasjon være i tråd med myndighetenes ønske å sette inn tiltak så tidlig som mulig, og eventuelt sette inn hjelp og støtte for familien før det oppstår utfordringer, noe som igjen vil kunne føre til et hinder for et mulig sykdomsforløp og plager for barnet (Departementet, 2020; Garsjø, 2018)

Helsesykepleierne mente en eventuell kartlegging måtte gjøres på en ikke stigmatiserende måte. Det var derfor viktig å spørre alle, og at spørsmål rundt økonomi kunne bli en naturlig del av det man tok opp på helsestasjonen. De fortalte at de hadde fått flere oppgaver de senere årene som kan være sensitive å snakke åpent om og delte eksempler omhandlende seksuell helse og vold. I en studie gjort om helsesykepleierens samtale rundt vold mot barn, mente flertallet av helsesykepleierne at dette kan avdekkes ved at de snakker med alle foreldre om temaet når de er på kontroller (Hansen et al., 2019).

Forskning av Wallace et al., (2018) viste at en proaktiv tjeneste med helsebesøk til familier mellom 0-5 år kunne fremme familiens motstandsressurser og støtte familien på et tidlig tidspunkt i barnets liv. I rapporten fra Kirkens bymisjon, «Snakk om fattigdom» reiser det et sterkt ønske fra barn og unge at hjelpere må skape åpenhet og snakke mer om fattigdom med familier, dette for å ta bort stigma og sette inn eventuelle hjelpetiltak tidlig (Kirkens bymisjon & Respons Analyse, 2019). Dette indikerer at en tidlig-inn tilnærming er viktig.

Helsesykepleierne i studien mente mange av de samme temaene ble gjentatt i oppfølgingen ved barnets fem første leveår på helsestasjonen. Temaer som amming, vekt og kost er naturlig å snakke om under rutinekontroller (Helsedirektoratet, 2017). Slik jeg forstår

helsesykepleierne i studien mente de at økonomi sådan kunne ha hatt prioritet og vært bedre kartlagt. Forskning viser at lav inntekt påvirker barns helse tidlig (Bøe & Zachrisson, 2016). Subjektive fortellinger fra et foreldreperspektiv i fattigdom viser at foreldre trenger hjelp og støtte til å fremme egne ressurser for å komme ut av et negativt mønster (Voksne for barn, 2019). En samtale rundt økonomiske aspekter kan slik sett være en inngangsport for å sette i gang eventuelle tiltak eller støtte familien i deres livssituasjon på et tidligere tidspunkt, og en mulig kartlegging kan hjelpe helsesykepleieren i skolen til en oversikt over barnets hjemmesituasjon. Oppsummert kan det tenkes at en samtale rundt sosioøkonomiske forhold på helsestasjonen vil kunne gi helsesykepleierne en mulighet til å fremme helse på et tidlig tidspunkt og skape en oversikt til helsesykepleierne i skolen ved barnets skolestart.

### 6.3.2 Helsesykepleiers ansvarsområde

Resultatdelen viser at helsesykepleierne i skolehelsetjenesten rapporterer om knappe ressurser der tiden må prioriteres. Tall fra rapporten om «Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten; Status, utvikling og behov» viser at helsesykepleieren har mange arbeidsoppgaver, men lite ressurser til å dekke stadig flere og mer omfattende arbeidsoppgaver (Lassemo & Melby, 2020). En gjennomgående kartlegging i skolehelsetjenesten viser at helsesykepleierbemanningen i skolen ikke er tilstrekkelig ut fra anbefalt normtall (Waldrum-Grevbo & Haugland, 2015). Helsesykepleierne går også ut i media og hevder det samme, arbeidsoppgaver og ressurser samsvarer ikke (Braseth, 2015). Dette er i tråd det med helsesykepleierne i studien opplever, og kan sådan sette begrensinger i helsesykepleierens arbeid med å fremme helse til skolebarn i familier med vedvarende lav inntekt. Helsesykepleierne i studien mente i midlertidig at de måtte ta seg tid, og at man måtte være «åpen» for å se barn som lever i vedvarende lav inntekt. Dette krevde at de selv måtte prioritere tematikken. En sterk anbefaling er at tjenesten skal gi et likeverdig tilbud, uavhengig av klasses tilhørighet, sosial bakgrunn og utdanningsbakgrunn (Helsedirektoratet, 2017).

Helsesykepleierne gav uttrykk for at bevisstheten rundt barn som lever i vedvarende lav inntekt kunne utfordres da barna ikke var nevnt eksplisitt som en målgruppe å ta hensyn til, i de nasjonale retningslinjene. Det samme bildet viser Cohen og McKay (2010) i sin forskning, der helsesykepleierne forteller at deres arbeid rundt barn i lavinntektsfamilier var begrenset. Deres studie viste at helsesykepleierne var opptatt av å følge det obligatoriske programmet, og hadde ingen strategi for å overvåke utbredelsen eller virkningen av barnefattigdom i sitt arbeid. Oversikt over barnas helse knyttet til lav inntekt var også noe helsesykepleierne i min studie beskrev som utfordrende. Gjennom lov og forskrifter skal i midlertidig helsesykepleiere ha oversikt over utfordringer og trender i befolkningen og i skolemiljøet (Helsedirektoratet 2017; Folkehelse-loven 2011).

Samtidig var helsesykepleierne bevisste på at familiens økonomiske rammer hadde stor betydning ovenfor det enkelte barnet, dens helse og fremtid. Likevel var de nasjonale retningslinjene styrende i arbeidshverdagen og flere sa at arbeidet rundt barn i vedvarende lav inntekt gikk utover grenser for hva de kunne bidra med. Det kan da undres om tjenesten klarer å tilby et tilpasset tilbud til barn og foreldre, der den enkeltes forutsetninger og situasjon står i fokus, slik anbefalingene tilsier (Helsedirektoratet, 2017). En studie av Cohen og Reutter

(2007) etterlyser rammer for helsesykepleiers arbeid i møte med barnefattigdom.

Litteraturgjennomgangen deres fant lite empirisk bevis som dokumenterte helsesykepleieres innsats for å engasjere seg i denne rollen. Dahl (2016) viser til funn i sin forskning at helsesykepleiere er engasjerte i brukerne sine, og at helsesykepleierne ofte tok opp kampen for de som ellers ikke ble sett og hørt i systemet.

I denne studien fortalte helsesykepleierne at ledelsen var av betydning for hvordan de prioriterte arbeidet sitt. Naumann (2009) beskriver i sin studie at det var viktig at ledelsen i de ulike kommunene forsto mandatet fra myndighetene for det helsefremmende og forebyggende arbeidet, da dette var av betydning for hvordan helsesykepleierne handlet i sitt arbeid. En studie av Dahl et al., (2014) viser at helsesykepleiere var usikre ved prioriteringer av arbeidsoppgaver, dette med bakgrunn i uklare signaler i fra system og ledelsesnivå. Resultater i fra min studie viser at helsesykepleierne erfarer tjenestevei som den mest ordnede måten å formidle barn som lever i vedvarende lav inntekt sine behov på. En studie av Reuterswärd og Lagerstrøm (2010) viser at helsesykepleierne trengte støtte og hjelp fra egen ledelse for å utføre en helsefremmende praksis i skolehelsetjenesten. Dahl og Almås (2020e) refererer til Dahl (2015) som viser at en tydeliggjøring av helsesykepleieres funksjon og mandat vil kunne gi en forståelse av hva som er helsesykepleiers arbeidsfelt og arbeidsoppgaver.

Oppsummert viser funn i denne studien at det kan være et behov for diskusjon i fagfeltet omkring hvordan retningslinjene skal tolkes overfor helsesykepleiers ansvar for barn som lever i vedvarende lav inntekt. Helsesykepleierne opplever begrensninger i forhold til tid og ressurser, samtidig er de usikre på hvor grensene går for helsesykepleiernes arbeidsoppgaver og involvering overfor denne gruppe barn. Dette kan ses som en begrensning i deres muligheter til å fremme helse til barn som lever i vedvarende lav inntekt.

## **7 Avslutning**

### **7.1 Oppsummering**

I denne studien var ønsket å utforske helsesykepleiers muligheter og begrensninger i å fremme helse til skolebarn som lever i vedvarende lav inntekt. Målet var å gå bredt ut med den hensikt i en større forståelse av helsesykepleiers erfaringer i sitt arbeid rundt denne gruppe barn i skolehelsetjenesten. Studien viser at helsesykepleier har muligheter til å veilede i en helsefremmende retning igjennom en tillitsfull relasjon med barn og foreldre. Individuelle helsesamtaler med søkelys på fritidsaktiviteter, kan gi helsesykepleier nyttig informasjon om barnets og familiens livssituasjon. Å våge å ta opp spørsmål omkring økonomiske aspekter kan føre til åpenhet, og må anses som viktig for helsesykepleier til å komme i posisjon for å fremme helse til skolebarn. Helsesykepleieren har også en mulighet til å fremme helse ved å være et bindeledd mellom familier, NAV og frivillige tjenester. I tillegg har helsesykepleier muligheter til å legge til rette for et godt samarbeid med lærerne som kan bidra til å fremme helse hos det enkelte barnet og på systemnivå. Studien viser også en rekke begrensninger i helsesykepleiers arbeid. Der reises spørsmål om hvordan det tverrfaglige samarbeidet i skolen og samarbeid med sosialtjenesten skal organiseres rundt barn i vedvarende lav inntekt. Uklare grenser for helsesykepleiers arbeidsoppgaver og ansvarsområder rundt barn i lav inntekt kan også sette en begrensning. En bevisstgjøring og refleksjon rundt hvordan helsesykepleier skal fremme helse til barn i vedvarende lav inntekt i skolehelsetjenesten er aktuelt å diskutere videre i praksisfeltet.

### **7.2 Oppgavens begrensninger**

Ved en gjennomgang av både nasjonal og internasjonal forskning ble det funnet mye omkring de negative konsekvenser barn opplever av å leve i lav inntekt. Det ble i midlertidig funnet lite norske og internasjonale studier omkring helsesykepleiers arbeid rundt barn i vedvarende lav inntekt. Dette kan anses som en svakhet i oppgaven. Samtidig viser det at det er nødvendig med mer forskning på området. Studien har tatt utgangspunkt i kommuner med en større andel barn i vedvarende lav inntekt, enn hva landsgjennomsnittet tilsier. Dette kan bidra til en skjevhet i fra hva andre kommuner med mindre andel barn i vedvarende lav inntekt, anser relevant for sine arbeidsoppgaver og fokus. Likefullt er barn i lav inntekt en økende samfunnsutfordring som skolehelsetjenesten må ta stilling til. Studien kan i så måte bidra inn til en videre refleksjon i praksisfeltet.

Distriktskommuner med innbyggere under 3000, er ikke inkludert i studien. Og ville muligens gitt flere og andre perspektiver. Samtidig representerer utvalg på seks helsesykepleiere kommuner med ulike forutsetninger, noe som kan gi et bredt perspektiv inn i studien.

Intervjuene er gjennomført via en digital plattform. Det kan dermed tenkes at nonverbalt kroppsspråk er blitt utelatt fra materialet. Samtidig gav datastøttede intervjuer muligheter til å søk bredt, og inkludere kommuner som ellers ikke ville vært inkludert. Studiens begrensninger ligger også i at undertegnende ikke har erfaring med å utføre kvalitative intervjuer. Kvale og Brinkmann (2015) er av oppfatning av at man kan ta lærdom for hvert intervju. Dette ser jeg betydning av.

### **7.3 Videre forskning**

Igjennom denne masteroppgaven har det kommet frem ulike perspektiver som ikke er direkte fulgt opp, men som kan være aktuelle å forske videre på.

Et utvalg på seks helsesykepleiere, vil kun gi et bilde av helsesykepleiernes erfaringer i de utvalgte kommunene. Studien kan derfor ikke generaliseres til en større populasjon. En kvantitativ spørreundersøkelse med utgangspunkt i studiens funn ville dermed vært interessant og forske videre på.

Ifølge Glavin og Kvarme (2003) er ofte helsesykepleier samarbeidsrutiner tilfeldig og basert på engasjement og enkeltpersoner (2003). Kan man finne data på forekomst, omfang og samarbeidsrutiner rundt helsesykepleiertjenesten vedrørende barn som lever i vedvarende lav inntekt?

Vi trenger en bedre forståelse av hvorfor noen barn i lavinntektsfamilier klarer seg bra. Hva finnes det av forskning på det området?

Denne studien tilsier at leder har stor betydning for hvordan helsesykepleiere prioriterer arbeidsoppgavene sine. En studie omkring leders meninger og synspunkter rundt samme tematikk vil kunne flere perspektiver.

Videre ville det være interessant og fulgt med på hva høringsnotatet om «Samarbeid til barn og unges beste» vil ha å si for helsesykepleier i skolehelsetjenesten. Høringsnotatet viser blant



annet til anbefalinger om samarbeid mellom velferdstjenester til barn og unge i en ny felles lov (Arbeids- og sosialdepartementet et al., 2020).

#### **7.4 Relevans for praksis**

Denne studien viser at det kan være ønskelig med forpliktende samarbeidsavtaler mellom NAV og skolehelsetjenesten. Helsepsykeplerne i studien foreslår også en mer systematisk kartlegging av familiens økonomiske situasjon i løpet av de 14 møtepunktene på helsestasjonen. Skolehelsetjenesten i ulike kommuner bør også diskutere hvordan det tverrfaglige samarbeidet i skolen skal være rundt familier i vedvarende lav inntekt. Studien viser også at det bør legges til rette for en diskusjon i tjenestefeltet om hvordan de nasjonale retningslinjene skal tolkes overfor barn som lever i vedvarende lav inntekt. Og hvor grensene går for involvering av helsepsykepleiers oppgaver og ansvar for denne gruppe barn.

## Referanseliste

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag AS.
- Aglen, B. S., Olufsen, A. & Espnes., G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Tidsskriftet Sykepleien*. 10.4220/Sykepleiens.2018.70809
- Amdahl, P. (2019,08.November). *Helsesykepleier vil ha mer samarbeid om barn i fattige familier*. Sykepleien. [Helsesykepleiere vil ha mer samarbeid om barn i fattige familier \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no)
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Gyldendal norsk forlag AS.
- Arbeids- og sosialdepartementet, Barn- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet & Kunnskapsdepartementet. (2020). *Høringsnotat: Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud. Samarbeid, samordning og barnekoordinator*. [horingsnotat--bedre-samarbeid-for-barn-og-unge-som-har-behov-for-et-sammensatt-tjenestetilbud-samarbeid-samordning-og-barnekoordinator.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)
- Arntzen, A., Bøe, T., Dahl, E., Drange, N., Eikemo, T. A., Elstad, J. I., Fosse, E., Krokstad, S., Syse, A., Sletten, M. A. & Strand, B. H. (2016). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse*. (Rapport IS-2749). [Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no)
- Bakken, A. Frøyland, L. R. & Sletten, M. A. (2016). Sosiale forskjeller i ungens liv: Hva sier Ungdata-undersøkelsen? (NOVA Rapport 3/2016). [Microsoft Word - Rapp-3-16-L-fra-Anders.docx \(oslomet.no\)](https://www.oslomet.no)
- Bakken, A. (2019). *Ungdata. Nasjonale resultater 2019* (NOVA Rapport 9/19). <http://hdl.handle.net/20.500.12199/2252>
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å). *Barnefattigdom*. Bufdir. [Barnefattigdom \(bufdir.no\)](https://www.bufdir.no)

- Barn- likestilling og inkluderingsdepartementet. (2015). *Barn som lever i fattigdom, Regjeringens strategi (2015-2017)*. [Strategi mot barnefattigdom \(regjeringen.no\)](http://www.regjeringen.no)
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene (IS-2387)*. HelseDirektoratet.  
[Deltaking støtte tillit og tilhørighet.pdf \(helseDirektoratet.no\)](http://www.helse-direktoratet.no)
- Bekken, W., Dahl, B. & Van Der vel, K. (2018) *Barnefattigdom, helse og livssjanser. Hva kan kommunene gjøre? Noen tilnærminger*. (Rapport 2018 nr. 2). [Barnefattigdom, helse og livssjanser.pdf \(forebygging.no\)](http://www.forebygging.no)
- Borg, E., Christensen, H., Fossestøl, K. & Pålshaugen, Ø. (2015). *Hva lærerne ikke kan! Et kunnskapsgrunnlag for satsning på bruk av flerfaglig kompetanse i skolen*. (AFI-rapport 6/2015). [AFI-rapp2015-6 LRL Iipdf \(4\).pdf](http://www.afi.no)
- Braseth, S. (2015,04.Februar). Har ikke nok tid til å hjelpe alle. *Avisa Nordland*, s.2. – [Har ikke nok tid til å hjelpe alle \(an.no\)](http://www.avisa.no)
- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet (IS-2412)*. [Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling.pdf \(helseDirektoratet.no\)](http://www.helse-direktoratet.no)
- Bøe T. & Zachrisson, H. D. (2016). Hva betyr det for barn å vokse opp i en fattig familie. I H. Holme, E.S.Olavsen, L.Valla & M.B.Hansen (Red.). *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling* (s. 162-168). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Clancy, A. & Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*, 11(4), 363-373. doi: 10.1017/S1463423610000137
- Clancy, A. (2011). An embodied response: Ethics and the nurse researcher. *Nurs Ethics* 18(1), 112-121. <https://doi.org/10.1177/0969733010385531>.
- Clancy, A. (2012). Dybden i et helsesøstermøte. I R.Thorsen, K. S Mæhre, & K. Martinsen (Red.), *Fortellinger om etikk* (s.63-83). Fagbokforlaget.

- Clancy, A., Leahy-Warren, A., Day, M.A. & Mulcahy, H. (2013). Primary Health Care: Comparing Public Health Nursing Models in Ireland and Norway. *Nursing Research and Practice*, 2013, 426107–426109. <https://doi.org/10.1155/2013/426107>
- Clancy, A. (2020). Fra helsesøster til helsesykepleier, Kjernen i skjønnsutøvelsen. I B.M. Dahl (Red.), *Helsesykepleier en grunnbok* (s. 159-160). Fagbokforlaget.
- Cohen, B. E., & Reutter, L. (2007). Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: a framework for action. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 96–107. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.04154.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04154.x)
- Cohen, B. E., & McKay, M. (2010). The role of public health agencies in dealing with child and family poverty: Public health nurses` perspectives. *The Open Nursing Journal*. 30(4), 60-71. DOI: 10.2174/1874434601004010060
- Dahl, B.M., Andrews, T. & Clancy, A. (2014). Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(1), 32–37. <https://doi.org/10.1177/1403494813502585>
- Dahl, B.M. (2016). Helsesøstertjenesten i et innovasjonsperspektiv. *Idunn*, 250-263. <https://doi.org/10.18261/9788215027623-2016-13>
- Dahl, B. M. (2020a). Introduksjon til helsesykepleierfeltet. I B.M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie, en grunnbok*. (s. 13-18). Fagbokforlaget
- Dahl, B. M. (2020b). Helsesykepleiers arbeid - utviklingstrekk i et folkehelseperspektiv. I B.M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie. En grunnbok*. (s. 38-54). Fagbokforlaget
- Dahl, B. M. & Blindheim, K. (2020c). Helsesykepleiers hovedarenaer og viktigste samarbeidspartnere. I B.M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie. En grunnbok*. (s. 72-85). Fagbokforlaget
- Dahl, B. M. & Orvik, A. (2020d). Bærekraftig utvikling av helsesykepleiertjenesten. I B.M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie. En grunnbok*. (s. 236-238). Fagbokforlaget

- Dahl, B. M. & Almås, S. H. (2020e) Tverrprofesjonelt samarbeid. I B.M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie. En grunnbok* (s. 204-206). Fagbokforlaget
- Departementene. (2020). *Like muligheter i oppveksten: Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier (2020–2023)*. Regjeringen. [Regjeringens samarbeidsstrategi](#)
- Driscoll, H. (2018). Taushetsplikten i arbeid med barn og unge. I B. Johannessen & T. Skotheim (Red.), *Barn og unge i midten – tverrfaglig og tverretattlig samarbeid starter i utdanningen* (s.151-155). Gyldendal Norsk Forlag
- Drugli, M. B. & Onsøyen, R. (2010). *Vanskelige foreldresamtaler - gode dialoger*. Cappelen Damm AS.
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleierforskning. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 23-38. <http://hdl.handle.net/11250/273570>
- Elstad, J.I. (2010). Foreldrenes helse. I M.Sandbæk & A.W.Pedersen (Red.). *Barn og unges levekår i lavinntektsfamilier. En panelstudie 2000-2009*. (NOVA Rapport 10/2010). Microsoft Word - Rapport-10-10-NyAug-Siste-Utgave-23-aug.doc (nrk.no)
- Federici, R.A., Helleve, A., Midthassel. U. V., Salvanes. K. V., Pedersen, C., Bergene, A. C., Bru, L.E., Rønsen, E. Vika, K.S & Wollscheid, S. (2020). *Et lag rundt eleven: Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samarbeid med skole- en effektevaluering*. (Rapport 2020:23). [Et lag rundt eleven : Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samarbeid med skole – en effektevaluering \(unit.no\)](#)
- Fernquist,S. (2013). *En erfarenhet rikare? En kvalitativ studie av barns strategier och barnfattigdomens villkor i välfärdsstaten* [Masteroppgave, Uppsala University] (s.44-49). [En erfarenhet rikare?: En kvalitativ studie av barns strategier och barnfattigdomens villkor i välfärdsstaten \(diva-portal.org\)](#)
- Folkehelseinstituttet. (2016,08.August). *Social inequalities in health*. FHI. [Social inequalities in health - NIPH \(fhi.no\)](#)
- Folkehelseinstituttet. (2018,14.Mai). *Sosiale helseforskjeller i Norge. Folkehelse rapporten*. FHI. [Sosiale helseforskjeller - FHI](#).

- Folkehelseinstituttet. FHI. (2020,08.Februar). Innreisekarantene ved ankomst til Norge. FHI.  
[Innreisekarantene ved ankomst til Norge - FHI.](#)
- Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.  
[Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\) - Lovdata.](#)
- Fløtten, T. (2009). Barnefattigdom. I T. Fløtten (Red.), *Barnefattigdom* (s. 17-24). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Forskrift om helsestasjon og skolehelsetjenesten (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata. [Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten - Kapittel III Tilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten - Lovdata](#)
- Fylling, I. & Henriksen, C. (2020). Velferdstjenester for barn og unge i kommunen - Velferdstjenestens vilkår. *Idunn*, 42-66. <https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020-4>.
- Gadamer, H-G. (2012). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk humanetikk*. Pax forlag.
- Gamst, K.M.T. (2017). *Profesjonelle barnesamtaler. Å ta barn på alvor*. Universitetsforlaget.
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og Helsefremmende arbeid: Fra individ – til systemorientert tenkning og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Glavin, K., & Kvarme, L.G. (2003). *Helsesøstertjenesten, fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Akribe Forlag 2003.
- Glavin, K., Helseth, S., & Kvarme, L. (2007). utfordringer for helsesøstertjenesten- og veien videre. I K.,Glavin. S. Helseth, & L. Kvarme (Red.), *Fra tanker til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjeneste*. (s. 323-326). Akribe As.
- Glavin, K., & Helseth, S. (2009). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Tidsskriftet Sykepleien*. 10.4220/sykepleiens.2005.0007
- Glavin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4. utg.). Kommuneforlaget AS.

- Golsäter, M., Sidenvall, B., Lingfors H. & Enskär K. (2012). Health dialogues between pupils and school nurses: a description of the verbal interaction. *Patient Education and Counseling*, 89(2). DOI: 10.1016/j.pec.2012.07.012
- Granheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granheim, U. H., & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innhållsanalys. I B.H. Nielsen & M. Granskär (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (s.219-232). Författarna och studentlitteratur.
- Hansen, H. E., Ingebrigtsen, A., Odnakk, G., Sollid, M. F. & Schwebs, T.S. (2019). Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold. *Tidsskriftet Sykepleien*. 10.4220/Sykepleiens.2018.74018
- Hansen, I.L.S., Jensen, R.S. & Hansen, H.C. (2020). *Mind the gap! Nordic 0–24 collaboration on improved services to vulnerable children and young people. Final report from the process evaluation*. (Faf-report 2020:21). [Mind-the-gap\\_Fafo-report.pdf \(0-24-samarbeidet.no\)](#)
- Harju, A. & Thorød, A. B. (2011). Child poverty in a Scandinavian welfare context – From childrens` s point of view. *Child Indicators Research* 4, 283-299.  
<https://doi.org/10.1007/s12187-010-9092-0>
- Haug, E., Robson-Wold, C., Helland, T., Jåstad, A., Torsheim T., Fismen, A.-S., Wold, B. & Samdal, O. (2020). *Barn og unges helse og trivsel. Forekomst og sosial ulikhet i Norge og Norden*. (HEMIL-rapport 2020). [hevas\\_rapport\\_v10.pdf \(uib.no\)](#)
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet (2018,30.August). *Sosial ulikhet påvirker helse - tiltak og råd*. Helsedirektoratet. [Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2019,02.Mai). *Taushetsplikt og opplysningsrett*. Helsedirektoratet.

[Taushetsplikt og opplysningsrett - Helsedirektoratet](#)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

Hjälmhult, E., Samdal, O. & Wold, B. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i «Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler». *Vård i Norden* (22)1, 42-46.

<https://doi.org/10.1177/010740830202200108>

Hyggen, C., Brattbakk, I. & Borgeraas, E. (2018). *Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier: en kunnskapsoppsummering* (NOVA Rapport 11/2018).

<https://fagarkivet.oslomet.no/handle/20.500.12199/5129>

Ihle, R., & Sudmann, T. (2014). Sosial ulikhet i helse. I U.S. Goth (Red.). *Folkehelse i et norsk perspektiv* (s.65-81). Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, S, E., Andersen, P. L., Arnesen, D., Nordø, Å. D. & Sletten, M. (2021). *Sosial ulikhet i barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter*. (Rapport 2021:01).

<https://hdl.handle.net/11250/2728534>

Johnson, S., Baxter, J.E., Lawrence, D., Perales, F. & Zubrick, S, R. (2018). Poverty, Parental mental health and child/adolescent mental disorders: Findings from a national Australian survey. *Child Indicators Research*, 12(3), 963–988.

<https://doi.org/10.1007/s12187-018-9564-1>

Kirkens bymisjon & Respons Analyse. (2019). *Snakk om fattigdom: En rapport om barn som vokser opp i fattige familier*. Snakk-om-fattigdom.pdf (digitaloceanspaces.com)

Kristoffersen, L. B. (2019). *Barnefattigdom og barn som lever i lavinntektsfamilier:*

*Begrepsdrøfting og forskningskunnskap*. (Nova notat 2/19). [NOVA Notat 2/19](#)

[Barnefattigdom og barn i lavinntektsfamilier \(blakors.no\)](#)

KS, Kommunesektorens organisasjon og utviklingspartner. (2018,07.Juni) *Helsefremmende skoler gir bedre skolemiljø*. KS. [Helsefremmende skole gir bedre skolemiljø - KS](#).



- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvarme, L. G. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I K. Glavin., S. Helseth & L.G. Kvarme (Red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 28-34). Akribe AS.
- Kvarme, L. G. (2020). Helseesykepleierens historiske utvikling. I B.M. Dahl (Red.). *Helseesykepleie. En grunnbok*. (s. 26-30). Fagbokforlaget
- Laholt, H., Guillemin, M., McLeod, K., Beddari, E. & Lorem, G. (2019). How to use visual methods to promote health among adolescents: A qualitative study of school nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2688–2695.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14878>
- LaH, Landsgruppen av helsesøstre. (2015). *Trygg, tydelig og tilgjengelig, Rapport om helsestasjon og skolehelsetjenesten*. NSF. Trygg, tydelig og tilgjengelig (doczz.net)
- Lassemo, E. & Melby, L. (2020). *Helseesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten; Status, utvikling og behov*. (Sintef Rapport 2020:01346). Rapport\_signert.pdf (nsf.no)
- Lee, A., Andrew, M., Gebremariam, H., Lee, J.,M., & Luemng, J. C. (2014). Longitudinal associations between poverty and obesity from birth through adolescence. A publication of the American public health association. *American Journal of Public Health*, 104(5), 70-76. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301806>
- Lindstrøm, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal Akademisk.
- Løken, M. L. (2015, 30. oktober). 17 prosent vokser opp i lavinntektsfamilier. *Eidsvoll Ullensaker Blad*, s.1. 17 prosent vokser opp i lavinntektsfamilier - Eidsvoll Ullensaker Blad (eub.no)
- Mabhala, M.A. (2015). Public health nurse educators' conceptualisation of public health as a strategy to reduce health inequalities: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 14–14. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0146-2>

- Malterud, K. (2017) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe AS.
- Martnes, C, T. (2012). *Subjektiv fattigdom i et velferdssamfunn Barn og foreldres opplevelse av økonomisk knapphet 2000–2009* (NOVA Notat 3/2012). [5672\\_1.pdf \(oslomet.no\)](#)
- Misvær, N. (2014) Helsesøster - en samarbeidspartner. I U. Goth (Red.). *Folkehelse i et norsk perspektiv* (s.185-194). Gyldendal norsk forlag AS.
- Neumann, C.E.B. (2009). *Det bekymrende blikket: en studie av helsesøsters handlingsbetingelser*. Novus.
- NSD, Norsk senter for forskningsdata (2018). *Personverntjenester*. NSD. [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/index.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html)
- NSF, Norsk sykepleier forbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. [Yrkesetiske retningslinjer \(nsf.no\)](#)
- Pedersen, B. S. (2015). *NAV i skolen: Hvordan fungerer det i praksis*. *Veilederforum.no*. [«Nav i skolen»: Hvordan fungerer det i praksis? | Veilederforum.no](#)
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-12-20-116). Lovdata. [Lov om behandling av personopplysninger \(personopplysningsloven\) - Lovdata](#)
- REK, Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2015, 26.Juni). *Eksempler på virksomhet som ikke skal søkes til REK*. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. [https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p\\_dim=34999&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n)
- Reuterswärd, M. & Lagerstrøm, M. (2010). The aspects school health nurses find important for successful health promotion, *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24(1), 156-163. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00699.x>

- Rosberg, B. (2017). Fenomenologi. I Nielsen & Granskar (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (s.133-134). Författarna och studentlitteratur.
- Samdal, O. (2009). Trivsel og helsefremmende arbeid. I S. Haugland & N. Misær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (s. 109-111). Kommuneforlaget AS
- Sandbæk, M. & Grødem, A.S. (2009). Barnefattigdom i et rettighetsperspektiv. I T. Fløtten (Red.), *Barnefattigdom* (s.187-198). Gyldendal Norsk forlag AS
- Simons, A.M.W. , Houkes, I, Koster, A, Groffen, D. A. I, & Bosma, H. (2018). The silent burden of stigmatisation: a qualitative study among Dutch people with a low socioeconomic position. *BMC Public Health*, 18(1), 443–443.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5210-6>
- Simpson, D., Loughran, S., Lumsden, E., Mazzocco, P., Clark, R. M., & Winterbottom, C. (2017). ‘Seen but not heard’. Practitioners work with poverty and the organising out of disadvantaged children’s voices and participation in the early years. *European Early Childhood Education Research Journal*, 25(2), 177–188.  
<https://doi.org/10.1080/1350293X.2017.1288014>
- Skårderud, F. (2006). Flukten til kroppen – Senmoderne skamfortellinger. I P.Gulbrandsen, P.Fugelli, G.H, Stang & B, Wilamar (Red.). *Skam i det medisinske rom* (s. 47-50). Gyldendal Norsk forlag AS
- Slettbø, Å. (2007) Grunnlag for god helsesøsterpraksis. I K. Glavin., S. Helseth & L. Kvarme (Red.), *Fra tanker til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (41-45). Akribe AS
- Sosialtjenesteloven. (2009). *Lov om sosiale tjenester i arbeid- og velferdsforvaltningen* (LOV-2009-12-18-131). Lovdata.  
[Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen \(sosialtjenesteloven\) - Lovdata](#)
- Statistisk sentralbyrå. (2018,03.April). *Flere barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt*. SSB.no. [Flere barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt - SSB](#)

- Statistisk sentralbyrå. (2019a,29.Oktober) *Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper 2019*. SSB.no. [Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper 2019 - SSB](#)
- Statistisk sentralbyrå. (2019b) *Inntekts- og forumestatestikk for husholdninger*. SSB.no. [09593: Lavinntektsgrenser i kroner \(årsinntekt\) basert på ulike avstander til medianinntekt. Inntekt etter skatt, etter husholdningstype, år og statistikkvariabel. Statistikkbanken \(ssb.no\)](#)
- Statistisk sentralbyrå. (2021,29.Mars). *115 000 barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt*. SSB.no [115 000 barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt - SSB](#)
- Strandbu, Å., Andersen, P.L., Dalen, H.B., Gulløy, E. & Seippel, Ø. (2017). Ungdom, idrett og klasse: Fortid, samtid og framtid. *Norsk sosiologisk tidsskrift- Idunn 2017(2)*, 132-151. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2017-02-03>
- Thagaard, T. (2019). *Systematikk og innlevelse. En innlevelse i kvalitativ metoder*. (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitativ forskningsmetoder i praksis*. (3. utg.). Gyldendal.
- Tromsø kommune. (2018). *Plan for skolehelsetjenesten 2018-2022*. Tromsø kommune, Forebyggende helsetjenester. [Plan+for+skolehelsetjenesten+2018-2022.pdf](#) (custompublish.com)
- Torsheim, T., Nygren, J. M., Rasmussen, M., Arnarsson, A. M., Bendtsen, P., Schnohr, C. M. & Nyholm, M. (2018). Social inequalities in self-rated health: A comparative crossnational study among 32,560 Nordic adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*,46(1), 150–156. <https://doi.org/10.1177/1403494817734733>
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Fagboklaget
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning -mer enn ord*. (Utg.5.). Fagbokforlaget

- Ungdomspanelet. (2020). *Hva skal til for at barn og unge som vokser opp med dårlig råd, kan få det bedre? Ungdomspaneletts innspill til regjeringens lavinntektsstrategi*. Regjeringen.no. Officemal, Bufdir, rapport (regjeringen.no)
- Universitetet i Oslo. (2017,26.September). *Nettskjema-diktafon-appen*. Uio.no. [Nettskjema-diktafon-appen - Universitetet i Oslo \(uio.no\)](#)
- Vatne, T. M., Rønning, A-H. K., & Bang-Nes, R. (2021). Helseesykepleier er nærmest til å følge opp søsken som pårørende. *Tidskriftet Sykepleien*. 10.4220/Sykepleiens.2021.v84799
- Voksne for barn. (2019). *Penga og livet. Barn og unge om å være fattige i verdens rikeste land*. Organisasjonen voksne for barn. [penga\\_og\\_livet.pdf \(vfb.no\)](#)
- Voksne for barn. (2021). – *Jeg følte meg ikke utenfor, jeg bare likte ikke meg selv i det hele tatt. En rapport om utenforskap hos barn og unge som har vokst opp i fattigdom*. Organisasjonen voksne for barn. [Fattigdomsrapport low enkelt.pdf \(vfb.no\)](#)
- Waldum-Grevbo, K S. & Haugland, T. (2015). Hvor er helsesøster? En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Tidskriftet Sykepleien*, 10(4), 352-360. 10.4220/Sykepleienf.2015.55977
- Wallace, C., Dale, F., Jones, G., O'Kane, J., Thomas, M., Wilson., L & Pontin, D. (2018). Developing the health visitor concept of family resilience in Wales using Group Concept Mapping. *Rural and Remote Health*, 18(4), 4604–4604. <https://doi.org/10.22605/RRH4604>
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health promotion*. World health organization. WHO/Europe | Publications - Ottawa Charter for Health Promotion, 1986
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. World health organization. Health Promotion Glossary (who.int)
- Wickham,S., Anwar, E., Barr, B., Law, C. & Taylor-Robinson, D. (2016). Poverty and child health in the UK: using evidence for action. *Archives of Disease in Childhood*, 101(8), 759–766. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306746>

World Medical Association. (2018,09.Juli). *WMA - Erklæring fra Helsinki – Etiske prinsipper for medisinsk forskning som involverer mennesker*. Wma.net  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/#>

Øvreide, H. (2009). Samtalen med barn og unge. I S. Haugland & N. Misvær (Red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten*. (s. 75-85). Kommuneforlaget AS.

## **Vedlegg 1**

### **Forespørsel om hjelp til rekruttering av deltakere til forskningsstudie om**

*”Hvilke muligheter og begrensninger har helsesykepleier til å fremme skolebarns helse i familier som har vedvarende lav inntekt”*

Jeg heter Maria Karlsen og er student ved Norges arktiske universitet i Tromsø. Dette er en forespørsel til deres tjeneste om hjelp til rekruttering av deres ansatte til en forskningsstudie i forbindelse med min masteroppgave ved UIT. Jeg ønsker å intervjuer helsesykepleiere om deres tanker og erfaringer rundt barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt. Hensikten vil være å få innsikt i deres arbeidsoppgaver og hvordan de legger opp samtalen i møte med barn som kan leve i familier med vedvarende lav inntekt. Jeg ønsker deltakere som jobber i skolehelsetjenesten med ulik arbeidserfaring, ansenitet og alder. Spørsmålet blir videre om du/dere kan bistå i å dele ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til de du/dere tenker kan være aktuelle for studiet? Med bakgrunn i situasjonen rundt pandemien covid-19, er det ønskelig at intervjuet foregår som en individuell samtale over en trygg digital plattform. Masteroppgaven planlegges ferdigstilt i mai 2021.

#### **Bakgrunn**

En ser at andelen barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt er økende. I 2017 var det 106 000 tusen barn under 18 år som var relativt fattige. Dette er en økning på 4000 tusen barn fra året før (SSB 2019). Forskning viser til at barna som lever i vedvarende lavinntekt har både økt risiko for fysisk og psykisk sykdom, uførhet og tidligere død senere i livet (Bufdir,2019). I politisk satsning og i media er skolehelsetjenesten beskrevet som en viktig aktør i det forebyggende arbeidet ved å utjevne sosiale helseforskjeller.

Prosjektet er blitt godkjent av NSD, Norsk senter for forskningsdata.

Vedlagt ligger informasjonsskriv om studien, samt samtykkeskjema som kan deles ut til aktuelle deltakere. Det er ønskelig at leder får tilbake samtykkeskjema når deltaker har skrevet under denne og jeg vil etter hvert innhente disse. Jeg vil ta kontakt for tilbakemelding.

Jeg håper dere finner studiet aktuelt og ønsker å bistå i rekruttering av deltakere

Med vennlig hilsen

Maria Karlsen, TLF: 98041225, Epost: mka044@uit.no.  
Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet,UIT- Norges arktiske universitet



## **Vedlegg 2**

### **Informasjonsskriv til deltakere**

#### **Forespørsel om deltakelse i forskningsstudie om**

*”Hvilke muligheter og begrensninger har helsesykepleier til å fremme skolebarns helse som lever i familier med vedvarende lav inntekt”*

#### **Bakgrunn og formål**

Mitt navn er Maria Karlsen, jeg er helsesykepleier og tar nå en mastergrad i helsesykepleierfaget ved Norges arktiske universitetet i Tromsø, UIT. Temaet mitt for oppgaven er barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt. Bakgrunn for valg av tema er at en ser at andelen barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt er økende. I 2017 var det 106 000 tusen barn under 18 år som var relativt fattige. Forskning viser til at barn som lever i vedvarende lavinntekt har både økt risiko for fysisk og psykisk sykdom, uførhet og tidligere død senere i livet. I politisk satsning er skolehelsetjenesten beskrevet som en viktig aktør i det forebyggende arbeidet. Hensikten med studien er ønsket om innsikt i helsesykepleiers erfaringer, tanker og refleksjoner fra det forebyggende og helsefremmende arbeidet med denne gruppen barn.

#### **Ansvarlig for forskningsstudien**

*Norges arktiske universitet i Tromsø vil være ansvarlig for prosjektet.*

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

På bakgrunn av prosjektets ønske om mangfold og forskjellige erfaringer inkluderes helsesykepleiere med ulik ansenitet, ulikt arbeidssted, alder og arbeidserfaring i dette studiet. Du som helsesykepleier vil kunne bidra med ny innsikt og kunnskap om en samfunnsutvikling som gjelder barn, unge og deres familie. Det vil også sendes ut forespørsel til helsesykepleiere i andre kommuner i Norge.

#### **Hva innebær deltakelsen for deg?**

Dersom du ønsker å være med i studien vil jeg kontakte deg for å avtale tid og sted for intervju. Intervjuet vil foregå som en åpen samtale om temaet og vil ha en varighet på 45 min

-1 time. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptaker og jeg vil skrive feltnotat underveis i samtalen. Dette for å sikre at jeg får med meg alt som blir sagt av deg under samtalen. Med bakgrunn i smitterisiko ved Covid-19 pandemien, vil intervjuene foregå over en trygg digital plattform som vi blir enige om.

### **Hva skjer med informasjon om deg?**

Personopplysninger som innhentes og registreres om deg vil bli holdt konfidensielt. Informasjonen om deg vil anonymiseres og slettes etter endt prosjekt. Det vil si at det ikke vil være mulig å identifisere det du har uttalt deg om når resultatet presenteres. Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til de personopplysningene som registreres og til lyd materialet i studiet.

Intervjuet av deg vil bli skrevet ned, bearbeidet og analysert. Når studiet er avsluttet slettes lydopptakene og notatene som ble skrevet under intervjuet makuleres. Prosjektet skal etter planen være ferdigstilt i mai 2021.

### **Frivillig deltakelse**

Forsknings-studien er frivillig å delta i. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser om du ikke ønsker å delta eller ved et senere tidspunkt velger å trekke deg. Hvis du velger å trekke deg vil alle opplysninger om deg bli slettet fra datamaterialet og undertegnende krever ingen begrunnelse for valget.

### **Rett til innsyn**

Dersom du samtykker til deltakelse i forskningsstudiene

har du rett til innsyn i de opplysningene som er registrert om deg. Du har også mulighet for kopi av materialet og kan be om innsyn i materialet som omhandler din stemme i oppgaven. Du vil også ha rett til redigering av dine uttalelser, i tillegg rett til å klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Jeg håper du finner studiet interessant og aktuelt. Hvis du ønsker å delta, trenger jeg underskrift på samtykkeskjemaet som ligger vedlagt. Dette fylles ut før intervju. Jeg vil ta kontakt for tid og hvordan vi kan gjennomføre intervjuet.

Dersom du har spørsmål om studiet, kan du kontakte

Maria Karlsen, tlf: 98041225, E-post adr: mka044@.uit.no og/eller veileder: Anne Clancy, E-post adr: anne.clancy@uit.no).

Med vennlig hilsen

Maria Karlsen

### **Vedlegg 3**

#### **Samtykke til deltakelse av forsknings studie om**

”Hvilke muligheter og begrensninger har helsesykepleier til å fremme skolebarns helse i familier som har vedvarende lav inntekt”

Jeg (*Navn*) .....

Har mottatt og forstått informasjonsskriv om prosjektet. Og samtykker med dette i å delta i studien. Dette betyr at jeg stiller meg disponibel for intervju med mastergradsstudenten, om mine erfaringer rundt møtet med barn som kan/er i familier med vedvarende lav inntekt.

.....

(Signert av prosjektdeltaker, sted og dato)

## Vedlegg 4

### Intervjuguide

<b>Innledning</b>	Takker for deltakelsen. Kort presentasjon av meg selv. Gjentar formålet med studien, og informasjon som står i informasjonsskrivet. Gjentar informasjon om bruk av lydopptak.
<b>Åpningsspørsmål</b>	Kan du fortelle litt om deg selv?  Hvor mange år har du arbeidet som helsesykepleier?  Hvor i tjenestefeltet har du din erfaring fra?  Hva tenkte du når du fikk forespørselen om å delta i studien?
<b>Kontakt</b>	I ditt arbeid, opplever du at foreldre eller lærere tar kontakt om sosioøkonomiske forhold som kan ha betydning for barnets helse?  Hvor ofte opplever du å møte barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt?  Kan du si noe om hvordan du kommer i kontakt med barn som kan leve i familier med vedvarende lav inntekt?  Tar barna kontakt med deg?  Kan du utdype, beskrive noen situasjoner du husker?
<b>Erfaringer fra arbeidet</b>	Kan du fortelle litt om hvordan du arbeider i møte med barn som kan oppleve vedvarende lav inntekt i sin familie?  Kan du beskrive andre situasjoner som synliggjør arbeidet ditt rundt barn i familier med vedvarende lav inntekt?

	Hva opplever du som utfordrende i dette arbeidet?
<b>Samarbeid med foreldre</b>	<p>Hvilke erfaringer har du med å samarbeide med foreldre som har vedvarende lav inntekt?</p> <p>Hvilke muligheter- begrensinger opplever du i dette samarbeidet?</p> <p>Har du noen (ett) eksempler?</p>
<b>Tverrsektorielt samarbeid</b>	<p>Samarbeider du med andre yrkesgrupper i forhold til barn som kan være i familier med vedvarende lav inntekt?</p> <p>Hvordan opplever du dette samarbeidet?</p> <p>Hva ser du på som din rolle i samarbeidet?</p>
<b>Oversikt</b>	<p>På din skole, tenker du at du har oversikt over barn (og dens helse) i familier med vedvarende lav inntekt?</p> <p>Hvordan tenker du det ideelt sett bør arbeides med det helsefremmende og forebyggende arbeidet rundt barn i familier med vedvarende lav inntekt?</p> <p>Hva er helsesykepleierens oppgave på det relasjonelle nivået og på populasjonsnivå?</p>
<b>Avsluttende spørsmål</b>	Har du noen refleksjoner rundt barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt som ikke er tatt opp under denne samtalen som du synes er relevant for denne studien?

## Vedlegg 5

21.10.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Helsesykepleier sine tanker rundt arbeid med familier med vedvarende lavinntekt.

#### Referansenummer

463755

#### Registrert

26.09.2020 av Maria Kristin Karlsen - mka044@post.uit.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Clancy , anne.clancy@uit.no, tlf: 77058254

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Maria Karlsen, maria\_karlsen88@hotmail.com, tlf: 98041225

#### Prosjektperiode

01.10.2020 - 05.05.2021

#### Status

05.10.2020 - Vurdert

#### Vurdering (1)

---

##### 05.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 05.10.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å

melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemact. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:  
[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 05.05.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.



21.10.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



