



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det Helsevitenskapelige fakultet. Institutt for helse- og omsorgsfag

En helsesøsters mulighet til å ivareta barn med et pårørendeansvar

En kvalitativ studie av helsesøstres mulighet til å komme i kontakt med barn som pårørende samt å være en ressurs i det helhetlige arbeidet rundt barnet og familien.

Lena Torbergson

Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag. 8. mai 2017

Antall ord: 20557



*”Det er ikke lett å være barn når foreldrene blir syke
– men heller ikke lett å være foreldre når man er syk”*

(Mjølstad, 2013)

Forord

Da er det endelig klart for å sette siste punktum for dette prosjektet. Jeg har mange ganger i prosessen fundert over hvorfor jeg har utsatt meg selv for en slik påkjenning som å skrive en masteroppgave. Kanskje var det galskap av meg å i det hele tatt å starte på et slikt prosjekt. Med mann og to barn og full jobb har jeg ikke akkurat vært arbeidsledig det siste året. Men med stort pågangsmot, vilje og et godt støtteapparat rundt har jeg fått det til!

Det har vært en prosess med ”berg og dalbane” følelse! Oppturer og nedturer har byttet på plassen om å styre gnisten i prosjektet. Det har vært frustrerende og slitsomt, men mest av alt har det vært en fantastisk læringsprosess! Jeg har lært utrolig mye om temaet ”Barn som pårørende”, men jeg har lært enda mer om helsesøsteryrket; hvilken fantastisk jobb dette er, for noen fantastiske muligheter vi har og hvor viktig det er å spille på lag med hverandre. Jeg har lært å være mer kritisk og stille meg undrende til den litteraturen jeg leser. Jeg har også blitt mer undrende til hvordan andre opplever oss helsesøstre og hvordan jeg som helsesøster opplever andre yrkesgrupper. Sist men ikke minst, jeg har blitt mer trygg på meg selv!

Selv om jeg har skrevet denne oppgaven alene har jeg hatt flere med på laget for å komme i mål. Jeg vil derfor rette en stor takk til mine ti informanter. Uten deres engasjement og velvilje til å dele av deres erfaringer hadde dette aldri blitt et prosjekt og en oppgave som nå er klar for innlevering. Tusen takk!

Min veileder, Førstelektor Ellinor Beddari, ved UIT Norges arktiske universitet, har gjort en fantastisk jobb for at jeg skulle komme i mål med dette prosjektet. Din veiledning, rådgivning, støtte og oppmuntring gjennom hele prosessen har vært uvurderlig. Dette hadde jeg ikke klart uten deg, du har vært enestående!

Tusen takk til alle som har trodd på meg og kommet med støttende oppmuntringer!

Lena Torbergsen

Mai, 2017

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Barn som pårørende utgjør en stor gruppe barn som man for bare noen tiår siden hadde svært lite kunnskap om, og som fremstod som nærmest usynlig i samfunnet. Dette har endret seg, og det har kommet mer forskning og ny lovgivning som skal ivareta barn som pårørende. På tross av disse endringene viser nye studier at barn som pårørende og deres familie fortsatt opplever å få lite informasjon og dårlig oppfølging. Det iverksettes mange gode tiltak overfor barn som pårørende, men tjenestene er ofte ikke koordinert. Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, og her er helhetlig pasientperspektiv et av satsningsområdene. For å se helheten må man inkludere alt som omhandler den syke, også barna. Jeg opplever barn som pårørende fortsatt som litt usynlige og ønsket å se på hvilke muligheter helsesøstre har for å bidra til å gi barn som pårørende en bedre hverdag.

Problemstilling: Hvilke muligheter har helsesøstre for å gi et tilbud til barn som har et pårørendeansvar?

Metode: I oppgaven er det brukt en kvalitativ metode hvor det er gjennomført to fokusgruppeintervju med helsesøstre fra to kommuner. Totalt var det ti helsesøstre som deltok i studien.

Resultat: Helsesøstre opplever det ofte som utfordrende å komme i kontakt med barn som pårørende. Slik jeg tolket helsesøstre er det tre hovedproblemområder som gjør det vanskelig for helsesøstre å komme i posisjon for å kunne bidra til at barn som pårørende får en bedre hverdag. De tre punktene er: 1) Helsesøstre er lite tilgjengelig i skolehelsetjenesten i form av at de har lite tid ved hver skole og dermed lite tid til hver enkelt elev. 2) Helsesøstre opplever at det er ulik faglig forståelse og kunnskap om barn som pårørende mellom helsesøstre og andre profesjoner. 3) Helsesøstre vektlegger et økt behov for samarbeid rettet mot barn som pårørende og deres familie slik at det er mulighet for å gi et helhetlig tilbud.

Konklusjon: Oppgaven belyser i hvor stor grad helsesøstre klarer å komme i kontakt med barn som pårørende og hvilke faktorer som fremmer og hemmer denne mulighet. Det som kommer frem er at helsesøstre ikke klarer å gi et så godt tilbud til barn som pårørende som de skulle ønske at de kunne. Mange av de mulighetene som kunne ha åpnet for et helhetlig tilbud til barn som pårørende reduseres av blant annet dårlig kapasitet, lite synlighet og dårlig samarbeid.

Summary

Background for choice of theme: Children as next of kin consists of a large group of children, whom we had very little knowledge of for just a couple of decades ago, and this group where seldom acknowledged in the entirety of patient care. This has changed, and there are now more studies and new legislation to take care and safeguard children as next of kin. Despite these changes, new studies show that children as next of kin, and their family, still experiences little information and follow-up. There are many good measures based on children as next of kin, but the services are often poorly coordinated. The coordination reform was born in 2012, and in this reform patient perspective is one of the focus areas. To treat the patient, one must include the children as well, as a part of the entirety of the patient care. I still experience children as somewhat invisible as next of kin, and wish to look closer to what options public health nurses have, to give children a better and easier experience as next of kin.

Issue: As a public health nurse; what are my options for taking care of children as next of kin?

Methodology: I have used a qualitative methodology, where there are used two focus group interviews, with public health nurses from two different municipalities. There was a total of ten public health nurses, participant in this study.

Result: Public health nurses often experiences it as challenging to get in contact with children as next of kin. From what I understand from the interviews, there are three main areas, which makes it problematic for the public health nurse to get in the right position to help children as next of kin having a somewhat easier experience. Those three areas are; 1) That the public health nurses are little available in the school health services in that they have little time at each school and thus little time for each student. 2) They also experience the differences in professional understanding and knowledge between the professions, as a difficulty. 3) The public health nurses present the need for increasing the cooperating between professions, to give children as next of kin and their family a better entirety of service.

Conclusion: This study goes a long way in showing how public health nurses manages to get in contact with children as next of kin, and which factors who promotes and inhibits this contact. What appears most profound is that the public health nurses, do not get the chance to give as good a service as they would prefer. Many of the difficulties in the entirety of caring

for children as next of kin, is reduced by less capacity, little presence, and not close enough cooperation between the professions.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	4
1.3	Begrepsavklaring.....	5
2	Helsefremmende og forebyggende arbeid overfor barn.....	7
2.1	Helsesøster i kommunehelsetjenesten.....	7
2.2	Et helhetlig perspektiv.....	9
2.3	Samarbeid og samhandling i helsefremmende arbeid.....	10
2.3.1	Hvorfor er samarbeid og samhandling viktig.....	10
2.3.2	Tverrfaglig samarbeid i oppfølgingen av <i>barn som pårørende</i>	12
2.4	Tidligere forskning.....	14
2.4.1	Presentasjon av tidligere funn.....	15
2.4.2	Prosjekt som har vært gjennomført for å bedre oppfølgingen av barn som pårørende....	16
3	Metode.....	18
3.1	Forforståelse.....	18
3.2	Utvalg.....	19
3.3	Intervju.....	21
3.4	Transkribering.....	21
3.5	Analyse.....	22
3.6	Studiens troverdighet og overførbarhet.....	27
3.7	Etiske overveielser.....	28
4	Presentasjon av funn.....	29
4.1	Tilgjengelighet på helsestasjon og i skoler.....	29
4.2	Ulik faglig forståelse og kompetanse.....	30
4.3	Samarbeid om barnets helhetlige situasjon.....	30
5	Diskusjon.....	32
5.1	Helsesøsters mulighet for å være tilgjengelig og få oversikt over barn som pårørende i sitt daglige virke.....	32
5.2	Helsesøsters helhetlige blick.....	41
5.3	Samarbeid og samhandling.....	45
6	Avslutning.....	56
6.1	Hvilken betydning vil dette ha for praksis.....	57

7	Referanseliste	59
Vedlegg 1:	Godkjenning fra NSD	67
Vedlegg 2:	Forespørsel til kommunene.....	70
Vedlegg 3:	Forespørsel om deltakelse til prosjektet	71
Vedlegg 4:	Samtykkeskjema	73
Vedlegg 5:	Intervjuguide.....	74

1 Innledning

Tema for min masteroppgave er *barn som pårørende*. Jeg ønsker å se hvilke muligheter helsesøstre i kommunehelsetjenesten har for å få oversikt og informasjon om hvilke barn som er pårørende av syke omsorgspersoner. Hvordan kommer helsesøstrene i posisjon for å gi barna og familien den støtte og hjelp de kan ha behov for? Hvordan oppleves samarbeidet rundt disse familiene?

Jeg ønsker i denne oppgaven å sette fokus på *barn som pårørende* og hvilke muligheter helsesøstre har til å kartlegge disse barna.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Barn som pårørende utgjør en stor gruppe barn i samfunnet. Beregninger gjort i forbindelse med en landsomfattende studie tilsier at det er ca. 350 000 barn som er pårørende i spesialisthelsetjenesten i løpet av et år (Ruud et al., 2015). Dette er barn som også har tilknytning til en kommune og kommunehelsetjenesten.

For bare et par tiår siden var det vanlig at man hadde lite kjennskap til pasientenes barn. Det var bare 6 kommuner som hadde et opplegg for ivaretagelse av barn som pårørende (B Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012). Dette støttes også av Lindboe, Kufås og Karlsson (2013) som sier at barn av psykisk syke fremsto som lite synlige både i kommune- og spesialisthelsetjenesten frem til 1990-tallet. For meg fremstår denne gruppen barn fortsatt som en litt glemt og lite synlig gruppe. De blir ofte kalt "de usynlige barna" (Gullbr, Smith-Sivertsen, Rortveit, Anderssen, & Hafting, 2014; Helsedirektoratet & Barne-, 2008). Dette mener jeg viser at disse barna ikke blir sett i den grad de har behov for. Helsepersonell har liten kunnskap om barn som pårørende ((B. Haugland, Bugge, Trondsen, Gjesdahl, & BarnsBeste, 2015; Moe, Siqveland, & Slinning, 2010), og det skyldes på mangelfulle eller dårlig utnyttede ressurser og begrenset kompetanse i familiefokusert praksis (Ruud et al., 2015). Dette er trolig en av årsakene til at disse barna er "usynlige" på flere arenaer, og ikke får det adekvate hjelpetilbudet som de har behov for. Dårlig kommunikasjon mellom

spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Helsetilsynet, 1/2016; Søberg, 2009) er også faktorer som gjør det vanskelig å fange opp barn som pårørende.

I 2010 kom lovendring, Lov om helsepersonell § 10a, som skal ivareta at barn som pårørende får den informasjon og oppfølging de har behov for (Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017). Denne loven kom på bakgrunn av at barn som pårørende er en sårbar gruppe, og dermed blir det ansett som nødvendig å pålegge helsepersonell å gi disse barna den oppfølgingen de har behov for (Helsedirektoratet, 2010, 2017b). For at man skal kunne gi barn som pårørende en god oppfølging er man avhengig av å vite at de finnes og hvem de er.

Nå, syv år etter at lovendringen kom, er det gjort en del gode tiltak når det gjelder ivaretagelse av barn som pårørende og deres familier. Her kan blant annet nevnes Forebyggende familieteam (Lindboe et al., 2013), SMIL kurs¹ (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2011, info hentet 05.03.16), Modellkommuneforsøket (Bufetat, 2015) og Bedre Tverrfaglig Innsats (Mathiesen & Skoland, 2016). Det er tilfeldig fra kommune til kommune hvor mye oppfølging barn som pårørende får (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2016), og det er fortsatt mye som mangler for at det skal bli optimalt (Ruud et al., 2015). Det er stor forskjell på om de gjennomførte prosjektene omfatter et samarbeid mellom flere instanser eller om profesjonene jobber på hver sin kant. Geografisk tilholdssted har dermed stor betydning for hvilket tilbud barna får.

Samfunnet er i endring i form av at det har blitt større åpenhet om psykiske utfordringer i den norske befolkningen (Lunde, 2001). Pasienten skal være i fokus og ha rett til å medvirke til egen helsehjelp, og det skal satses på forebyggende helsetjenester (Meld.St. 47 (2008-2009), 2009). Alt dette krever økt forståelse og samarbeid med andre profesjoner. I 2012 ble samhandlingsreformen innført. Et av hovedprinsippene i denne reformen er et helhetlig pasientperspektiv, og ut i fra faglig kunnskap og ressurser skal man så langt det lar seg gjøre behandle pasienten i eget hjem, eventuelt så nært hjemmet som mulig (Meld.St. 47 (2008-2009), 2009). Dette medfører at pasienter blir tidligere utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten, og at eventuell videre behandling skal følges opp i kommunehelsetjenesten (Grimsmo, 2015). Ved at pasientene er tidligere utskrivningsklare

¹ SMIL – Styrket Mestring I Livet (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2011, info hentet 05.03.16)

betyr dette også at de er dårligere ved utskrivning nå i forhold til hvordan det var før Samhandlingsreformen ble innført (Meld.St. 47 (2008-2009), 2009). Barnets omsorgsperson kan dermed være svært ressursavhengig og ha store plager når de kommer hjem, noe som igjen vil ha påvirkning på barnets situasjon.

En del barn opplever at de har dårligere livskvalitet enn jevnaldrende barn. Det kreves ofte at barn som pårørende har en større funksjon når det kommer til husarbeid og de er mye overlatt til seg selv. Mange ganger innebærer dette også økt omsorg og ivaretagelse av den syke. Barn og unge ønsker ofte mer hjelp i hjemmet slik at de kan få minket stressnivået og belastningen de har ved å ha et så stort ansvar. De ønsker at noen skal komme inn og bidra i den praktiske hverdagen slik at de har større mulighet til å leve som andre barn på deres egen alder (Ruud et al., 2015).

I studien av Ruud et al (2015) kommer det også frem at det gjøres lite kartlegging av barn som pårørende både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Dermed blir det også lite henvisninger videre i helsesystemet for å kunne gi den oppfølgingen barn som pårørende har behov for. Med bakgrunn i disse funnene kommer studien med klare anbefalinger til begge instansene om å skape gode rutiner for kartlegging og oppfølging av barn som pårørende (Ruud et al., 2015). Regjeringen har økt fokus på helsefremmende- og forebyggende arbeid blant barn og unge, og at det er viktig at man kommer raskt i gang med nødvendige tiltak. Tilbud som er lett tilgjengelig og samordnet er noe av det viktigste for å gi barn som pårørende et best mulig tilbud ut i fra sitt utviklingsnivå (Meld.St. 26 (2014-2015), 2015). Det holder ikke at hver enkelt instans (blant annet barnehage, skole, helsestasjon, skolehelsetjenesten) ser bare sitt arbeidsområde og sier seg fornøyd med det. Man må involvere de andre instansene også for å kunne gi barn og unge et helhetlig tilbud (Meld.St. 26 (2014-2015), 2015). En helsesøster vil jobbe med et annet fokus enn andre profesjoner, for eksempel lærere, barnevernspedagoger og sykepleiere. De har også et annet fokus enn barnets foreldre. Helsesøsters har fokus på å jobbe helsefremmende og sykdomsforebyggende, og på dette området kan trolig helsesøster regnes som en av hjørnesteinene i den kommunale helsetjenesten.

I en undersøkelse fra 2011 som er gjort blant barn av kreftsyke omsorgsgivere viser det seg at bare én ungdom selv tok kontakt med hjelpeapparatet for å få hjelp og støtte i sin situasjon, og bare en fjerdedel ble kontaktet av fagfolk (Dyregrov & Dyregrov, 2011). Av dette kan man også se at kartleggingen og iverksetting av tiltak når det gjelder barn som pårørende må

forbedres, slik at man får fanget opp barna og gitt de den oppfølgingen de trenger. I den samme undersøkelsen kommer det også frem at over halvparten av barna/ungdommene hadde i liten eller ingen grad behov for hjelp fra fagfolk (Dyregrov & Dyregrov, 2011). Her kan man jo stille seg undrende til om årsaken til dette kan være at de ikke har et reelt behov for hjelp, eller om det er fordi ingen har gitt informasjon om hvilke tilbud som eksisterer, samt bakgrunnen for at man ønsker å gi barn og unge et tilbud. Dette tror jeg blir ekstra viktig når det gjelder barn som pårørende, da man vet at barna trenger ulik form for oppfølging og ulik mengde oppfølging. At barna har ulike behov kommer også frem i multisenterstudien (Ruud et al., 2015), som det er referert til tidligere, og i ”Pårørendeveilederen” (Helsedirektoratet, 2017b).

Både hos barn som pårørende og deres omsorgspersoner står helsesøster langt opp på lista over hvem de ønsker å få hjelp fra. Dette viser at helsesøsters posisjon i samfunnet er viktig (Ruud et al., 2015). Helsesøstertjenesten i kommunen har ansvaret for å ha oversikt over alle barna i kommunen (Helsedirektoratet, 2017a). De er i kontakt med barna både på helsestasjonen, hjemmebesøk og i skolehelsetjenesten. Dette burde gir helsesøstre en unik mulighet til å få en oversikt over alle barna og gi de den oppfølgingen de trenger. Til tross for dette viser tall fra Multisenterstudien (Ruud et al., 2015) at helsesøstre ikke klarer å følge opp alle barn som har behov for det. Det jeg ønsker å belyse ved denne studien er hvordan helsesøstre kommer i posisjon til barn som pårørende, og hvilke elementer som er viktige faktorer for at helsesøster skal få mulighet til å gi disse barna et godt tilbud.

1.2 Problemstilling

Hvilke muligheter har helsesøstre for å gi et tilbud til barn som har et pårørendeansvar?

Jeg ønsker her å se på

- om helsesøstre opplever at de klarer å få oversikt i kommunen over barna som har et

pårørendeansvar for sine syke omsorgsgivere?

- Hvilke begrensninger møter helsesøstrene i sitt virke når det gjelder å bidra til en bedre hverdag for barn som pårørende og deres familie?
- Hvordan helsesøstrene ser på samarbeidet med andre profesjoner når det gjelder å gi et helhetlig tilbud til barn som pårørende?

Lovverket har sin klare definisjon av hvilke barn som karakteriseres som barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010; Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017)

§ 10 a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand. (Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017)

I mitt prosjekt hadde jeg denne definisjonen som utgangspunkt, og ramme for min forforståelse. Jeg ønsket å få en mer inngående kunnskap om forhold som kan ha betydning for helsesøstrenes mulighet for oppfølging og gi et godt tilbud til denne gruppen barn. Benevnelsen barn som pårørende ble ikke spesifisert under intervjuene. Dette betyr at i denne oppgaven vil benevnelsen omfatte alle de barna som helsesøstrene i de to intervjukommunene ønsket å se inn under denne kategorien barn.

1.3 Begrepsavklaring

Mindreårige barn som pårørende, barn som pårørende, pårørendebarn og barn med pårørendeansvar er alle begreper som omfatter barn, under 18 år, hvor en eller flere av barnets omsorgspersoner er syke. Begrepene vil bli brukt om hverandre i oppgaven, men har samme

betydning. Jeg har valgt å bruke barn med pårørendeansvar i min problemstilling. Dette på tross av at jeg ikke finner dette begrepet i annen litteratur. Bakgrunnen for at jeg har valgt dette begrepet er at barn som lever i en familie med en syk omsorgsperson ofte opplever et større ansvar enn jevnaldrende barn, selv om det her kan være variasjoner. Den bekymringen disse barna opplever i form av at de er engstelige for foreldrene og om de får god nok behandling, er med på å gi de et bekymringsansvar som barn ikke burde ha. De får et pårørendeansvar på lik linje med voksne pårørende. Det stilles trolig ikke like store krav til barna som det gjør til en voksen, men barnets opplevelse vil kunne oppleves som et stort ansvar. At barn opplever større ansvar enn hva som kan forventes av barn og unge, både fysisk og psykisk, overfor sine syke omsorgspersoner fremkommer i flere undersøkelser som er gjort tidligere (B. S. M. Haugland, 2006; Kallander, 2010; Nordenfors, Melander, & Daneback, 2014; Ruud et al., 2015).

Syke omsorgspersoner, slik det står i lovteksten, omtales i denne oppgaven både som omsorgspersoner og foreldre, men har samme betydning. Det vil si at i de avsnittene hvor begrepet foreldre er tatt i bruk, vil dette på lik linje med lovverket (Helsedirektoratet, 2010) også omfatte andre med omsorgsansvar for barnet; adoptivforeldre, fosterforeldre, steforeldre og andre.

2 Helsefremmende og forebyggende arbeid overfor barn

2.1 Helsesøster i kommunehelsetjenesten

Helsesøstertjenesten er en lovpålagt tjeneste i alle kommuner, og omfatter flere ulike deler innen kommunehelsetjenesten; helsestasjon, skolehelsetjenesten, opplysningsvirksomhet og miljørettet helsevern (Utdanning og forskningsdepartementet, 2005). Det skal jobbes helsefremmende og forebyggende for barn og deres familie (Utdanning og forskningsdepartementet, 2005), noe det har vært spesielt økt fokus på de siste årene (Meld.St. 26 (2014-2015), 2015).

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud og helsesøstrene kommer i kontakt med de fleste av barna som er bosatt i Norge (K. Glavin, Helseth, & Kvarme, 2007; Statistisk sentralbyrå, 2017). Helsestasjon- og skolehelsetjenestens målgruppe utgjorde i 2015 1,2 millioner barn, det vil si $\frac{1}{4}$ av Norges befolkning (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Så mange som $\geq 96\%$ av alle barn har fulgt hele eller deler av helsestasjonsprogrammet, noe som er en økning fra 2011 (Statistisk sentralbyrå, 2016). Dette betyr at de fleste familier har et kjennskap til helsesøstertjenesten. Det betyr også at helsesøster møter svært mange forskjellige barn og familier, med ulike utfordringer og behov. Muligheten for å møte barn som pårørende er derfor tilstede i de fleste situasjoner av helsesøsters tjenesteområde. Til helsestasjonen følges barnet av en eller flere nære omsorgspersoner, og man har en dialog om hvordan situasjonen rundt barnet er. For noen barn og deres omsorgspersoner kan det være vanskelig å ta opp tema som omhandler sykdom som har rammet familien (B. Haugland et al., 2015; Ruud et al., 2015). Når barnet begynner på skolen er det skolehelsetjenesten som tar over den forebyggende og helsefremmende oppfølgingen av barnet, og kontakten med barnets omsorgspersoner blir redusert.

Helseth (2007) presenterer Paulsens begreper som kan beskrive helsesøsters mangfold av oppgaver: huslegen, overvåkeren og den som bekymrer seg. Disse tre begrepene beskriver helsesøstertjenestens ansvarsområde innenfor forebyggende og helsefremmende oppgaver, rutinekontroller og vaksinasjon. De beskriver helsesøstertjenestens ansvar innen veiledning

og rådgivning, og tilslutt tar den for seg helsesøstertjenestens bekymrede rolle i form av hvordan helsesøster ser atferdsvansker, mistrivsel og andre diffuse og komplekse utfordringer som gir bekymring for barnets helse.

Utviklingen i samfunnet, spesielt innenfor psykisk helse, stiller store krav til helsesøstertjenesten om kontinuerlig faglig utvikling av egen kompetanse, og det tilføres stadig nye arbeidsoppgaver (K. Glavin et al., 2007; Helseth & Glavin, 2009; C. E. B. Neumann, 2009). I større kommuner med flere helsesøstre innenfor helsesøstertjenesten kan hver enkelt helsesøster spesialisere seg på ulike fagfelt innenfor helsesøsters arbeidsområder. Dette kan for eksempel være rus, psykiatri, foreldreveiledning og oppfølging av barn med spesielle behov. Denne spesialiseringen gir økt faglig kompetanse og kan øke trygghetsfølelsen hos brukerne. Denne muligheten har dessverre ikke små kommuner hvor de har få eller kanskje bare en helsesøster (K. Glavin et al., 2007). I små kommuner vil trolig helsesøster i større grad ha oversikt over flere sider av familiens liv ved at de mer inngående kjenner de ulike familiene. Dette kanskje spesielt hvis helsesøster selv bor i den samme kommunen.

Til helsesøstertjenesten stilles det krav til samarbeid både ovenfor enkeltbarn og familier, til nettverks- og nærmiljøarbeid hvor man skal samarbeide med både barn og deres familier, og med andre yrkesgrupper (Helsedirektoratet, 2017a; Utdanning og forskningsdepartementet, 2005). En helsesøster skal ha kunnskap om barn og unges utvikling og tilfredsstillelse av deres behov og deres helse, og skal ha innsikt i hvilket omsorgsansvar foreldrene har til et barn (Helsedirektoratet, 2017a; Utdanning og forskningsdepartementet, 2005). Helsesøstrene i kommunehelsetjenesten skal også inneha kunnskap om hvilke risikofaktorer barna eventuelt er utsatt for, og jobbe aktivt for å forebygge psykiske lidelser, mistrivsel, omsorgssvikt og tilstrebe gode oppvekstvilkår (Helse og omsorgsdepartementet, 2003 (sist endret 2013); Helsedirektoratet, 2017a) Helsesøster skal også legge til rette for samarbeid og ha rutiner for samarbeid med andre faginstanser (Helse og omsorgsdepartementet, 2003 (sist endret 2013); Helsedirektoratet, 2017a). Et av grunnprinsippene i helsesøsterfaget er å jobbe ut ifra et perspektiv hvor alle barn og unge skal ha det best mulig ut ifra den situasjonen de er i og med de forutsetningene de har (K. Glavin et al., 2007). Med et stort fokus på veiledning og rådgivning er helsesøstertjenesten en tjeneste hvor man ønsker å være i forkant av problemene som kan oppstå hos barn/ungdom og deres familie. Kartlegging blir derfor en stor og viktig del av jobben (K. Glavin et al., 2007).

2.2 Et helhetlig perspektiv

Ved å ha et helhetlig blikk inkluderer helsesøstre hele familien. Dette betyr at det skal tilbys hjelp og veiledning til alle, enten av helsesøster eller ved at helsesøster bidrar med henvisning til andre instanser (Helsedirektoratet, 2017a).

Wifstad (1993) refererer til Corpus Hippocraticum² hvor sykdom ble sett på som en ubalanse. I Wifstads (1993) beretning forklarer han dette med at hvis en lege kommer for å undersøke et sår hos en pasient vil han stille pasienten en del spørsmål, blant annet om søvnkvalitet, kosthold og hvordan familien har det, før han retter oppmerksomheten mot såret pasienten har. På denne måten dannet legen seg en oppfatning av hvordan såret passet inn i en naturlig helhet. Han har dermed et større fokus på pasienten enn bare på såret som pasienten har.

Det har vært endringer i den medisinske utviklingen, og fokuset på enkeltbestanddeler har fått større fokus (Wifstad, 1993). Det ideelle for allmennlegene vil nok fortsatt være å jobbe ut i fra det hippokratiske helhetsperspektivet (Wifstad, 1993). Allmennlegene er også i kontakt med en stor del av befolkningen, med ulikt behov for hjelp (Utdanning.no, Sist oppdatert 02.03.2017). På samme måte som det vises til legens helhetssyn skal også helsesøster ha en helhetlig forståelse for brukerens situasjon.

Wifstad (1993) refererer videre til Paracelsus³ som mente at legen måtte bruke sin innbilningskraft for å fortolke pasientens helhet. Som helsesøster bør en alltid bestrebe seg på å forsøke å forstå den sammenhengen foreldre og barn lever i (Helsedirektoratet, 2017a)

I artikkelen, "Faced" with responsibility (Clancy & Svensson, 2007), tas det utgangspunkt i fenomenet som Emanuel Levinas tidligere har beskrevet. Han har tidligere snakket om vår etiske plikt som omhandler ansvaret for andre. Et personlig ansvar som vi ikke alltid har valgt selv og som vi ikke alltid er forberedt på. Dette er et ansvar som vi heller ikke kan overføre til andre. Clancy og Svensson (2007) mener at man kan bruke det Levinas tidligere har sagt, om et etisk ansvar, for å gi sykepleiere og helsesøstre en bedre forståelse av at det er viktig å være mottakelig og ta ansvar for den andre. Dette ansvaret involverer tilfredshet, men også frykt,

² Corpus Hippocraticum er en mengde tekster som er tilskrevet Hippokrates. Tekstene etablerer en bestemt medisinsk tradisjon (Store norske leksikon, 2016 (22. november))

³ "Paracelsus, sveitsisk lege og naturforsker, grunnlegger av den medisinske og farmasøytiske kjemi. Han betonte verdien av erfaringer og eksperiment og står for et brudd med den gamle autoritetstro medisin" (leksikon, 2009 (14.februar)).

engstelse og usikkerhet i det som er uforutsigbart. Dette omhandler, slik jeg forstår det, et ansvar og mot til å se en helhetlig situasjon og at helsesøster også tør å møte svært vanskelige situasjoner, slik som når foreldre er syke.

2.3 Samarbeid og samhandling i helsefremmende arbeid

Tverrfaglig samarbeid er fortsatt en forutsetning for å lykkes i det forebyggende helsearbeidet. En forutsetning for godt tverrfaglig samarbeid er at eget fagområde er tydelig (Helseth & Glavin, 2009).

Begrepene samhandling og samarbeid brukes ofte om hverandre på tross av at de egentlig definerer ulike nivåer av samarbeid (Cameron & Tveit, 2013; Orvik, 2015). Orvik (2015) føyer også på samordning som et tredje begrep som ses i sammenheng med de to førstnevnte begrepene.

Når man snakker om de ulike aktørene, de prosessene som foregår i det kliniske arbeidet, kalles det samarbeid og samhandlingsprosesser. Samordning får man på systemnivå, når man snakker om hele virksomheten (Cameron & Tveit, 2013; Orvik, 2015). Uansett hvordan man bruker begrepene er målet det samme. Man skal jobbe mot et felles mål for å kunne yte den beste hjelpen til de som trenger det (Kari Glavin & Erdal, 2013; Killén, 2013; Orvik, 2015).

2.3.1 Hvorfor er samarbeid og samhandling viktig

Godt samarbeid med god kvalitet oppnås når de ulike profesjonene bruker sin fagspesifikke kompetanse aktivt for å nå det felles målet det jobbes mot. Man jobber for å øke forståelsen for familien og ser hvordan man sammen kan bidra positivt til en bedre hverdag (Kari Glavin & Erdal, 2013; Killén, 2013). Alle må få komme med innspill om det saken gjelder og ha evne til å lytte til hverandre. Man må vise respekt og prøve å finne løsninger sammen (Irgens, 2007). Familien er en sentral aktør for barnet, og det er derfor viktig at både barnet og

familien, så langt det lar seg gjøre, blir involvert i samarbeidet (Grøholt, Sommerschild, & Garløv, 2008).

Helsepersonell må jobbe klinisk og ha organisatorisk oversikt, både på sitt eget arbeidsfelt og andres, for å få en helhet i arbeidet sitt (Meld.St. 26 (2014-2015), 2015; Orvik, 2015). Selv om hver enkelt deltjeneste i kommunen utfører sine oppgaver slik de er lovpålagt, og følger sine arbeidsinstruksjoner, er ikke dette ensbetydende med at barna og familiene får den oppfølgingen de har behov for (Meld.St. 26 (2014-2015), 2015). Det er ulik oppfatning av når man betegner en situasjon som bekymringsfull og ser behovet for samarbeid (Kari Glavin & Erdal, 2013). Dette beror på at man har ulike faglige ståsted og ser situasjonen fra ulike perspektiver (Killén, 2013; Meld.St. 26 (2014-2015), 2015). Økt kompetanse når det gjelder barnet, foreldrene, samt samspillet mellom foreldre og barnet, blir derfor viktig (Killén, 2013). Vi er avhengig av et tverrfaglig samarbeid for å gi et helhetlig tilbud (Irgens, 2007; Meld.St. 26 (2014-2015), 2015). Forutsetningen for at dette skal kunne gjennomføres er blant annet at de ulike deltjenestene har kompetanse og er trygg på sitt eget fagområde, men også har kjennskap til de ulike andre aktørene og hvilken kompetanse de har (Irgens, 2007; Meld.St. 26 (2014-2015), 2015).

Samarbeidet må også være ledelsesforankret og brukertilpasset for at det skal fungere optimalt (Meld.St. 26 (2014-2015), 2015). Samhandling mellom de ulike instansene er i følge Orvik (2015) en forutsetning for å sikre en helhetlig pasientbehandling. Han mener også at dette vil styrke folkehelsearbeidet (Orvik, 2015). En helsesøster vil jobbe med et annet fokus enn andre profesjoner, for eksempel lærere, barnevernspedagoger, sykepleiere, samt barnets foreldre. Ved å ha en ledelsesforankret felles prosedyre har man en veiviser for hvordan man skal håndtere en situasjon (Kari Glavin & Erdal, 2013). Dette gir helsesøsteren og de andre profesjonene en mulighet til en felles faglig forståelse for viktigheten av samarbeidet rundt barn som pårørende. Ved at ting blir satt i system vil man kunne øke både kvalitet og effektivitet i arbeidet (Irgens, 2007). Helsesøstre må allikevel ikke glemme at hvert enkelt barn og familie er individuelle personer med individuelle behov.

For at man skal få organisasjonen til å gi den beste pasientbehandlingen er det viktig at det bygges bro mellom klinisk- og organisatorisk kompetanse. Dette for å kunne ha kvalitet i arbeidet (Orvik, 2015). Denne brobyggingen kan også være positiv for å ivareta pasientovergangene til det beste for pasienten. Dette vil spesielt være viktig med tanke på at vi har en stor mengde spesialiseringer som kun ser en liten del av helheten (Orvik, 2015).

Det er viktig at deltakerne i gruppa har en felles språkforståelse, og ser viktigheten av samarbeidet. Tidligere forskning har vist at de ulike profesjonene har vært mer opptatt av å fremheve egen profesjon ved å bruke et faglig språk, enn å bruke et dagligdags språk som alle kan forstå (Cameron & Tveit, 2013). Ved å bruke et språk som ikke er felles for den gruppa man samarbeider med, vil man ikke klare å oppnå en god kommunikasjon og en felles forståelse (Cameron & Tveit, 2013; Kari Glavin & Erdal, 2013).

2.3.2 Tverrfaglig samarbeid i oppfølgingen av *barn som pårørende*

Det er viktig at helsepersonell ser barnas behov, og tidlig får en dialog med den syke om hvordan man på best mulig måte kan ivareta deres barn (B. Haugland et al., 2015). Målet med samarbeidet er å se barnet og familiens behov fra flere faglige vinkler. På denne måten kan barnet og familien få den oppfølgingen og informasjonen de trenger for å styrke mestringsressursene, og på best mulig måte håndtere den nye livssituasjonen.

Slik det har vært til nå må pasienten og deres pårørende organisere og koordinere hjelpetilbudet selv. Dette er ofte ressurs- og tidkrevende, og det kan oppstå unødige komplikasjoner (Meld.St. 47 (2008-2009), 2009). Ved økt samarbeid kan pasient og pårørende avlastes på dette området, noe som vil kunne redusere belastningen.

Det er ingen instanser som har hovedansvaret for å koordinere og kjenne til hele situasjonen rundt barnet og familien. Cirka $\frac{1}{4}$ av barna er ikke fornøyd med det offentlige hjelpeapparatet og de ønsker heller tettere oppfølging av venner og andre familiemedlemmer (Ruud et al., 2015). Barnet og familien kan få god hjelp av enkeltinstanser, men det er ingen som ser "hele situasjonen" (Meld.St. 26 (2014-2015), 2015).

Meld.St. 47 Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Det er mange pasienter som opptar sengeplasser i helseforetakene/spesialisthelsetjenesten som normalt burde ha fått tilbud av kommunehelsetjenesten (Meld.St. 47 (2008-2009), 2009).

På bakgrunn av dette ble Samhandlingsreformen innført i januar 2012.

Samhandlingsreformen (2009) har tre hovedpunkter; bedre koordinering av tjenestene i helsesektoren, begrense og forebygge sykdom, og til sist utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Alt dette med stort fokus på tidlig og tverrfaglig innsats (Meld.St. 26 (2014-2015), 2015; Meld.St. 47 (2008-2009), 2009). Det jobbes blant annet for å øke tilbudet rundt om i kommunene og dermed redusere liggetiden på sykehus (Meld.St. 47 (2008-2009), 2009).

Oppsummering som er gjort av Samhandlingsreformen viser at pasienter regnes som utskrivningsklare tidligere enn før, kommunene har fått liten tid til å planlegge og det er flere reinnleggelser i sykehusene (Grimsmo, 2015)

Taushetsplikt

Ifølge lovverket har helsepersonell taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017). Taushetsbelagt informasjon kan gis til samarbeidende personell så fremt ikke den personen som opplysningene omfatter motsetter seg dette.(Forvaltningsloven, 1970, siste endring gyldig fra 2016; Helse og omsorgsdepartementet, 1999, siste endring gyldig fra 2016). Dette gjelder også samarbeid om ivaretagelse av pasientens mindreårige barn (Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017). Her er det med andre ord den av barnets omsorgspersoner som er under behandling, som må samtykke til at helsepersonell kan dele nødvendig informasjon til samarbeidende helsepersonell.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har plikt, etter samtykke fra pasienten, å formidle opplysninger som er av interesse for kommunehelsetjenesten for at de igjen skal kunne utføre de oppgavene de er pålagt (Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017).

Kommunehelsetjenesten bidrar ikke alltid i behandling av omsorgspersonene, men det vil allikevel kunne være behov for informasjonsdeling for å gi barn som pårørende den oppfølgingen de har behov for.

De ulike yrkesgrupper som helsesøster jobber sammen med, blant annet skolen, barnehagen og barnevernet, har ulikt regelverk å forholde seg til når det gjelder taushetsplikt (Moelven, 2013).

2.4 Tidligere forskning

For å finne tidligere forskning har jeg gjort søk i ulike databaser⁴, og har brukt ulike ord-/setningskombinasjoner⁵, både på norsk og engelsk. Det finnes mye litteratur om barn som pårørende, spesielt med fokus på barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk, og hvilke behov disse barna kan ha. Mange av disse funnene kan brukes til å underbygge behovet for intervensjon mot disse familiene, og et godt samarbeid. Mye av det jeg har funnet som går på samarbeid er rapporter som er skrevet i etterkant av prosjekt og tilsynsrapporter gjort av Helsetilsynet. Jeg har valgt å ta med noen av disse funnene, da jeg anser de som relevante for mitt prosjekt.

Jeg har funnet lite litteratur som viser at intervensjon og tverrfaglig samarbeid overfor barn som pårørende og deres familier, ikke har vært positive (i avsnitt 2.4.1 presenteres en artikkel hvor det ikke kan ses noen stor forbedring etter intervensjon, verken på foreldrene eller barna). Det meste av annen forskning jeg har funnet og presentert, har utelukkende vist at intervensjon har hatt bra virkning for familien, så fremt man har fått til et tverrfaglig samarbeid.

Det meste jeg har funnet av tidligere forskning på barn som pårørende er skrevet av norske forfattere. Årsaken til at man ikke finner så mye litteratur utenfor Norge, er ifølge Ruud et.al (2015) at det er kun Sverige og Finland som har en lovgivning om barn som pårørende som

⁴ SweMed, Pubmed, Google, Munin, Oria

⁵ Norske søkeord: barn som pårørende, samarbeid, tverrfaglig samarbeid, samhandling, samhandlingsreform, helsesøster, sykepleier, kommunehelsetjeneste, kommunale helse og omsorgstjenesten, profesjon, profesjonskultur Engelske søkeord: child of impaired parents, children as next-of-kind, young caregivers, young carers, parental illness, community health care, communitynursing, family physician, general practioner, child welfare, parent care team, interdisciplinary communication, cooperative behavior, coordination of care. I Oria er det kun søkt på Helsesøster og Barn som pårørende

kan sammenlignes med Norge.

2.4.1 Presentasjon av tidligere funn

Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudie (Ruud et al., 2015) kommer frem med flere resultater som blant annet viser mangelfull kartleggingen og samarbeid rundt barn som pårørende. Både kunnskapen og familiefokusert praksis er for dårlig, spesielt i spesialisthelsetjenesten. Studien avdekker også at barna ønsker mer informasjon og oppfølging, og foreldrene på sin side synes det er vanskelig å formidle denne informasjonen til barna. Familiene ønsker også mer forutsigbarhet. Studien inkluderte 534 familier hvor 140 barn/ungdom, 518 syke foreldre, 266 andre foreldre/voksne, 27 behandlere og 125 lærere/pedagoger i skole/barnehage svarte på spørreskjema. Studien inkluderte familier innen rus, psykisk helsevern og somatikk, fordelt på 5 av landets helseforetak.

Mye av det samme kommer Bodil Helmersen (2011) frem til i sin masteroppgave om oppfølging av barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Her kommer det frem at det er dårlig eller ingen kommunikasjon mellom de ulike instansene, og de barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten opplever at de mister kontrollen når familien utskrives fra sykehuset. Alle involverte i denne undersøkelsen ønsket det beste for barna, men det var ingen forankring i hvordan man skulle gå frem for å få en god og helhetlig oppfølging. Det var heller ingen som tok initiativ for å få til et samarbeid. Foreldrene måtte selv ta kontakt med kommunehelsetjenesten hvis de ønsket oppfølging.

Lindboe, Kufås og Karlsson (2013) har gjort en studie av forebyggende foreldreteam (FFT) som er opprettet for å gi barn som pårørende til foreldre med psykiske vansker og rusproblematikk et bedre tilbud. Målet med et slikt tverrfaglig samarbeidsteam er å forebygge psykososiale vansker og rusproblematikk hos barnet. Studien viser at teamets faglige bredde og kunnskap, samt brobyggingen mellom de ulike tjenestene, er viktig for å oppnå en helhetlig tjeneste til familiene.

Også i en studie publisert i *Scandinavian Journal of Caring Sciences* hvor barn av døende omsorgspersoner er intervjuet, bekreftes det at barn får for lite informasjon om omsorgsgivers

tilstand, og at det er behov for omsorgsstrategier som inkluderer hele familien. For å få til dette er man avhengig av økt kunnskap hos helsepersonell og et økende samarbeid mellom profesjonene. Her er sykehus, skole og hjem spesifikt nevnt (Buchwald, Delmar, & Schantz - laursen, 2012).

I en studie publisert i tidsskriftet *Families, Systems & Health* (Wansink et al., 2015) er familier med psykisk syke omsorgspersoner fulgt over en periode på 18 måneder, med totalt tre kontroller. Første kontroll ved baseline, en kontroll etter 9 måneder og siste etter 18 måneder. Det er her sett på om koordinering mellom de fragmenterte tjenestene kan bedre barnas adferd. Etter 18 måneder viser ikke studien noen klar bedring i økt foreldrekapasitet eller foreldrenes stressnivå, heller ingen bedring i barnas adferd. Studien konkluderer med at man må gjøre flere og større studier i andre geografiske områder for å kunne konkludere med om samarbeidsprosjektet har effekt. Også tidsintervallet som studien går over må forlenges.

I den landsomfattende tilsynsrapporten for kommunale helse-, sosial og barneverntjenester for utsatte barn (Helsetilsynet, 1/2016) kommer det frem at det er svikt i samarbeidet i de fleste kommuner her i landet. Svikt i samarbeidet kan føre til at man kommer sent i gang med tiltak til risikoutsatte barn. I tilsynsrapport om samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (Helsetilsynet, 1/2016) kommer det også frem at samarbeidet ikke er tilfredsstillende. Her mener man at informasjonsflyten er mangelfull og at den kommer for sent.

2.4.2 Prosjekt som har vært gjennomført for å bedre oppfølgingen av barn som pårørende

I den senere tid har det vært gjennomført to store prosjekt; Modellkommuneprosjektet og Tidlig inn. Begge prosjektene hadde som formål å øke det tverrfaglige samarbeidet rundt sårbare barn. Modellkommuneprosjektet er nå avsluttet, og ifølge studier som er gjort i ettertid kommer det frem at ved å ha bestemmelser både på system- og individnivå har alle fått mer forståelse for hverandres arbeidsfelt og alle opplever mer ansvar for arbeidet som blir gjort (Bufetat, 2015). Når det gjelder Tidlig inn har det kommet frem at helsepersonell har fått

økt kompetanse og økt bevissthet rundt sin rolle innen forebyggende helsearbeid.

Implementeringen har derimot vært krevende og det er svært ulikt mellom kommunene hvor fornøyd helsepersonell har vært. Selv om man har laget gode systemiske implementeringstiltak ligger utfordringene i å få kunnskapen man har ervervet ut i praksis. På tross av dette, er resultatene så gode i de kommunene som dette prosjektet har fungert i, at det er ønskelig å fortsette dette arbeidet (Mathiesen & Skoland, 2016).

Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) er en dansk modell som er prøvd ut i 8 av landets kommuner. Denne modellen har fokus på tverrfaglig samarbeid om utsatte barn, og å øke den tverrfaglige kompetansen slik at man kommer bort i fra sektortankegangen hvor hver instans kun har fokus på eget arbeidsfelt (Aalmen, 2015). Blant annet har Tromsø gjort en god jobb med å få dette prosjektet opp å gå. Årsaken til at prosjektet fungerer bra er trolig at det er ledelsesforankret helt opp på politikernivå (Aalmen, 2015).

Jeg kunne ikke finne at noen av de prosjektene som er startet opp inkluderer alle barn som pårørende. Det jeg finner av prosjekter har fokus på rus, psykiatri og vold, og somatisk sykdom er ikke inkludert. Prosjektene som har vært satt i gang flere steder i landet har et stort potensiale for å overføre lærdom til forebygging og behandling, også hos barn og familier med somatiske utfordringer.

3 Metode

Hvilken forskningsmetode man skal bruke bestemmes ut i fra hvilken problemstilling man har (Malterud, 2011). Når det gjelder min problemstilling ble kvalitativ metode med fokusgruppeintervju av helsesøstre et naturlig valg. Dette fordi jeg ønsket å få vite om helsesøstrenes erfaring med barn som pårørende, og hvordan helsesøstre kommer i kontakt med disse barna både på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. I tillegg ønsket jeg å få informasjon om hvordan helsesøstre opplever samarbeidet med andre instanser for å kunne gi barna som pårørende et helhetlig tilbud.

I de følgende underkapitlene vil jeg presentere fremgangsmåten jeg har brukt for å komme frem til resultatet i studien, og jeg vil redegjøre for hvordan prosessen med blant annet valg av informanter, fokusgruppeintervju, transkribering og analysen er gjennomført.

I selve metodedelen har jeg brukt Malterud (2011, 2012), med innslag av enkelte andre forfattere, som ”rettesnor” for hvordan en studie bør gjennomføres.

3.1 Forforståelse

Forskeren har ofte en motivasjon for å gjennomføre et prosjekt, en bakgrunn og en forforståelse som gjør at man ønsker om å vite mer om et tema (Malterud, 2011).

Forforståelsen kan ha stor innvirkning på prosjektet og være både en drivkraft for å sette i gang et prosjekt, men det kan også være et hinder for å finne ut ny informasjon (Malterud, 2011; Tjora, 2012)

Forforståelsen i lys av hvilke erfaringer jeg har som sykepleier, barnesykepleier, helsesøster, mor og alle andre roller jeg innehar, er med på å prege hvem jeg er som person. Også det jeg har opplevd i de årene jeg har levd og innehatt de ulike rollene er hendelser som har påvirket hvem jeg er og hvordan jeg forstår ulike situasjoner.

I følge Malterud (2011) er det umulig å sette sin egen forforståelse av temaet til side og kun se på informantenes erfaringer og livsverden. Ut i fra mine jobberfaringer med barn som

pårørende ser jeg at å sette egen forforståelse til side kunne bli vanskelig. Dette har nok påvirket meg blant annet i spørsmålsformuleringen jeg gjorde overfor informantene. Jeg har blant annet erfaring fra dette feltet innenfor spesialisthelsetjenesten, og kjente derfor til en del av utfordringene på området fra før jeg startet prosjektet. Denne erfaringen påvirket både valg av tema og problemstilling, og ved å jobbe med fagstoffet har dette gitt meg en bredere forståelse av et komplekst område.

Jeg har etter beste evne prøvd å sette egen forforståelse til side, spesielt under gjennomføringen av intervjuene og i analyseprosessen. Her ble det viktig å ha fokus på den informasjonen informantene gav meg, og ikke la egen forforståelse få overstyre det helsesøstre ønsket å formidle.

3.2 Utvalg

Det er viktig at utvalget er relevant for studien og kan si noe om det man ønsker å finne svaret på (Malterud, 2011, 2012). Planen var å intervju kun helsesøstre som hadde minimum tre års jobberfaring fra kommunale helsesøstertjenesten. Det viste seg å bli vanskelig å holde seg til de gitte kriteriene, og jeg måtte lette litt på kravene for å få nok deltakere. Dette resulterte i at jeg totalt i mine intervju hadde åtte helsesøstre som oppfylte de opprinnelige kravene. I tillegg var det en sykepleier som hadde i overkant av to års erfaring fra jobb som konstituert helsesøster og en jordmor som hadde jobbet på helsestasjonen i 1,5 år. Begge med flere års erfaring som sykepleiere på andre områder. Alle de ti informantene er i teksten omtalt som helsesøstre da det er dette som for tiden er deres arbeidstitel. For å få et bredere utvalg gjorde jeg intervjuene i to ulike kommuner, hvor jeg har en gruppe fra hver av kommunene. De to kommunene ble valgt på bakgrunn av at de hadde en så stor helsesøsterstab at det lot seg gjøre å gjennomføre et fokusgruppeintervju. I tillegg ble det tatt hensyn til at kommunene hadde en geografisk plassering som gjorde de lett tilgjengelig å oppsøke for meg som moderator.

Å bruke personer i en gruppe som kjenner til hverandre fra tidligere har ifølge Malterud (2012) vært omdiskutert. Bakgrunnen for dette var at man tidligere mente at gruppeprosessen ville hemmes ved at informantene kjente til hverandre. I nyere tid ser man positivt på at

informantene kjenner til hverandre. Dette kan gi økt forståelse for hverandre, mer utdypende i informasjonen og en bedre diskusjon (Malterud, 2012). I mitt prosjekt tenkte jeg at det ville være positivt for studien om informantene kjente til hverandre på forhånd. Jeg fikk da en bedre innsikt i om det var en felles forståelse i kommunen når det gjelder behovene til barn som pårørende og av lovverket rundt disse barna. Personlig mener jeg også at det vil være enklere å få i gang en samtale i en gruppe hvor medlemmene kjenner hverandre fra tidligere. Akkurat dette vil jeg ikke få svar på da jeg kun gjennomførte fokusgruppeintervju og ikke individuelle intervju, men samtalen i de to gruppene gikk i alle fall veldig lett og kom raskt i gang.

I følge Tjora (2012) er det viktig at gruppen ikke er for stor og heller ikke for liten da størrelsen på gruppen har stor betydning for om materialet man får ut er håndterbart, og om det gir nok dybde. Han anbefaler at hver gruppe består av seks til tolv informanter. Polit & Beck (2014) mener at fem til ti personer i en gruppe er optimalt. Dette antallet finner jeg også hos Malterud (2011). Hun sier i en annen sammenheng at fem til åtte personer er optimalt, og at man bør ta høyde for et frafall på ca. 20 % (Malterud, 2012). Som man ser her sier litteraturen litt ulikt når det gjelder hvor mange informanter som er optimalt i en fokusgruppe. På bakgrunn av dette valgte jeg i invitasjonen (vedlegg 2 og vedlegg 3) som ble sendt ut til kommunene, ledende helsesøster og informantene, å invitere fem til syv helsesøstre fra hver kommune. Min tanke var at jeg da trolig ville få et materiale som var overkommelig å jobbe med og som samtidig ga svar på mine forskningsspørsmål. Det reelle antallet i hver gruppe ble fire helsesøstre fra den ene kommunen, og fire helsesøstre samt to konstituerte helsesøstre fra den andre kommunen.

De to utvalgte kommunene ble kontaktet via mail med informasjonsbrev til kommunens rådmann. Rådmann i begge kommunene tok selv direkte kontakt med ledende helsesøster og informerte henne om prosjektet. Begge kommuneledelsene stilte seg positivt til prosjektet og ledende helsesøster i kommunehelsetjenesten tok selv kontakt med meg for å høre mer om mitt prosjekt.

3.3 Intervju

I følge Tjora (2012) er det viktig at man viser respekt og tillit overfor deltakerne. Den videre kommunikasjonen og dermed resultatet av intervjuet vil kunne påvirkes av hvordan jeg møter deltakerne (Tjora, 2012).

Før selve intervjuet starter informerte jeg informantene om at deltakelsen var frivillig og at de når som helst frem til innlevering av oppgaven kunne velge å trekke seg uten at de må oppgi grunn for dette (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Deltakerne fikk også informasjon om at det under intervjuet ville bli gjort lydopptak, hensikten med dette, hvordan lydopptakene ville bli oppbevart under studien og at alt av lydmateriale ville bli anonymisert og slettet etter avsluttet studie. Hver helsesøster skrev under hvert sitt samtykkeskjema (vedlegg 4) etter at de hadde fått muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet.

I forkant av intervjuene hadde jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 5). Denne brukte jeg aktivt under oppstarten av intervjuene. Da praten gikk ganske livlig rundt bordet trengte jeg bare å bruke intervjuguiden som et hjelpemiddel for meg selv for å sjekke om vi hadde kommet igjennom og snakket om alt jeg på forhånd hadde lagt opp til.

Ved å bruke fokusgrupper fikk jeg utdypende svar ved at gruppe medlemmene ble engasjert av det de andre snakket om. Gruppe medlemmene fulgte opp det som ble sagt og kom med egne tilføringar og bekreftelser. Noe motstridende informasjon ble også fremstilt.

3.4 Transkribering

Etter endt intervju valgte jeg å transkribere lydopptakene selv. Dette for å gjøre materialet mer organisert og tilgjengelig for analyse (Malterud, 2011). Transkriberingen ble gjort kort tid etter at intervjuene ble gjennomført. På den måten hadde jeg intervjuene ferskt i minnet, noe jeg tror var positiv for transkriberingsprosessen. Transkriberingen var svært krevende og tok lang tid. Personlig tror jeg det ble spesielt krevende fordi det var mange som snakket og innimellom snakket de delvis i munnen på hverandre. Dette gjorde det vanskelig å skille stemmene i fra hverandre.

Under selve intervjuet hadde jeg laget meg et nummereringsopplegg hvor hver informant fikk hvert sitt nummer. Etter hvert som informantene snakket skrev jeg diskret ned deres nummer uten at jeg mistet fokus på informantene. Dette gjorde det enklere å følge med når jeg skulle transkribere. Tallene som ble brukt under intervjuene har i prosessen blitt omkodet til egne fargekoder i teksten og fått pseudonyme navn for at de ikke skal være gjenkjennbar.

Jeg valgte å transkribere på bokmål i stedet for på dialekt, med unntak av enkelte uttrykk som ble vanskelig å oversette til bokmål da jeg opplevde at de da mistet sin kraft/mening.

Malterud (2011) beskriver at i transkriberingsprosessen kan det være lett at betydningen forsvinner i overgangen mellom muntlig og skriftlig språk, og at det er viktig at man er oppmerksom på dette.

Jeg valgte også å unnlate alle små ord som ikke hadde en faglig betydning for oppgaven, men som ble brukt som pauseord. Dette markerte jeg heller med prikker i teksten, med økt antall prikker etter hvor lang pausene var. Malterud (2011) anbefaler å bearbeide teksten mens den transkriberes. Dette for å få en bedre sammenheng i det som sies og ikke latterliggjøre informantene ved å gi en alt for muntlig versjon av den informasjonen som fremkommer. Jeg fulgte ikke helt denne anbefalingen da jeg transkriberte, men i de sitatene som er trukket frem i oppgaven har jeg gjort den muntlige uttalen om til et mer forståelig skriftspråk, uten at dette har ødelagt betydningen av det som ble sagt under intervjuet.

Etter endt transkribering satt jeg igjen med 2 ferdigskrevne tekster som jeg brukte aktivt i analyseprosessen.

3.5 Analyse

I alle former for analyse plukker man teksten i fra hverandre og tolker delene hver for seg. Man dekontekstualiserer og rekontekstualiserer (Malterud, 2012). Det finnes allikevel små nyanser som gjør de ulike metodene forskjellig fra hverandre. For å analysere materialet har jeg valgt å følge K. Malteruds analysemetode, systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011), hvor jeg har gjort en tverrgående analyse av de to fokusgruppeintervjuene med helsesøstre fra to norske kommuner.

Etter å ha gjennomført, transkribert og lest igjennom intervjuene oppdaget jeg at det var mange likhetstrekk mellom kommunene, og valgte derfor å ha fokus på dette i analysen i stedet for å se på variasjonsbredden.

Malterud har delt analysen inn i 4 ulike trinn; Foreløpige tema, Meningsbærende enheter, Kondensat og Sammenfatning/Rekontekstualisering (Malterud, 2011). Ved å dele opp teksten på denne måten finner man meningsbærende informasjon/temaer som brukes i det videre arbeidet med å gi svar på problemstillingen (Malterud, 2012). Man har på forhånd sett for seg hvordan en del av temaene/svarene skal utarte seg, og det er derfor svært viktig at man prøver å legge sin egen forforståelse til side slik at man får mest mulig nøytrale meningsbærende tema, som ikke er påvirket av våre tanker som vi hadde før prosjektet startet (Malterud, 2012).

Malterud (2011) anbefaler å gjøre analysen sammen med en annen forsker. Dette blant annet for å få sett materialet i fra flere vinkler og gjøre forforståelsen til den enkelte forsker mindre fremtredende. Denne muligheten hadde jeg dessverre ikke, og analysen har jeg derfor gjort på egenhånd.

Trinn 1; Foreløpige tema

Prosessen med å finne de foreløpige temaene startet ubevisst allerede under selve intervjuene. Jeg startet med å lese igjennom det transkriberte materialet fra de to fokusgruppene, henholdsvis 29 og 35 sider. Materialet ble lest flere ganger. Dette gav meg et overblikk over hvilke temaer informantene snakket om. Stikkordene fra begge tekstene ble sett på sammen. Ved første gjennomlesing hadde jeg åtte ulike temaer, men dette ble fort uoversiktlig og jeg oppdaget etter hvert at temaene og etter hvert kodingen gikk for mye i hverandre. Jeg valgte derfor å starte hele prosessen på nytt (med ”blanke ark”). Ved flere gangers gjennomlesing ble de åtte temaene redusert til fire temaer. Noen av begrepene ble slått sammen, mens andre ble stående slik de var i utgangspunktet. Disse temaene ble tatt med videre i arbeidet. Hvert tema fikk en fargekode som ble brukt når jeg i neste trinn skulle finne de meningsbærende enhetene.

Trinn 2; Meningsbærende enheter

I neste trinn skal den relevante teksten dras frem og sorteres ut i fra den teksten som ikke er relevant (Malterud, 2011). Teksten ble lest på nytt, flere ganger, nå mer grundig. Mens jeg gjennomgikk teksten hadde jeg de fargekodete temaene fra trinn 1 lett tilgjengelig slik at jeg lettere kunne farge-markere de ulike delene i teksten som omhandlet de ulike temaene. Den delen av teksten som jeg ikke oppfattet som relevant for mitt prosjekt ble stående uten fargekoding. De fargekodete områdene kopierte jeg nå inn i egne dokumenter for å holde de adskilt fra hverandre og for å få en bedre oversikt.

Med å ta utgangspunkt i de foreløpige temaene fra 1. trinn gjorde jeg en koding av de meningsbærende enhetene. Her ble to av de opprinnelige temaene slått sammen til fire koder, mens de andre to ble utvidet med flere koder hver for seg, henholdsvis tre og fire koder. Totalt elleve koder til sammen.

I denne prosessen ble teksten grundigere gjennomlest og hvert sitat ble nøye vurdert. De meningsbærende sitatene ble tatt ut av teksten og det ble gjort en koding. På denne måten ble de kategorisert under de ulike temaene fra trinn 1.

Trinn 3; Kondensater

I den tredje delen av analyseprosessen hadde jeg allerede lagt bort den delen av teksten som ikke gav mening til min problemstilling. Jeg satt nå igjen med de meningsbærende enhetene som var kodet sammen. Tekstmassen var redusert fra totalt 64 sider til 16 sider og jeg jobbet separat med de meningsbærende enhetene som var kodet sammen. Hver kodegruppe ble nå sett på separat.

Den faglige bakgrunnen man har spiller en rolle for hvordan man tolker materialet. Det vil si at to personer med ulik profesjon vil ha ulikt fokus når de jobber med materialet. Dette er en av grunnene til at det anbefales å være to forskere som ser på materialet sammen (Malterud, 2011)

Ut i fra de tekstutdragene jeg satt igjen med streket jeg under stikkord som var relevante, såkalte subgrupper. Med disse subgruppene som hovedtema brukte jeg informasjonen i de meningsbærende enhetene til å lage kunstige sitater, kondensater. Kondensatene ble skrevet i

”jeg-form”, etter Malteruds beskrivelse av et kondensat (Malterud, 2011). Deretter ble det kondensatene skrevet en samlet tekst som om en av informantene skulle ha fortalt det. Disse kondensatene inneholder meningsbærende enheter flettet sammen til et kunstig sitat, en tekst.

Jeg valgte også ut et gullsitat (Malterud, 2011) under noen av kondensatene. Dette for å forsterke kondensatet med et av de reelle sitatene som er hentet fra intervjuene.

Trinn 4; Sammenfatning

I det fjerde og siste trinnet ble kondensatene rekontekstualisert. Det vil si at jeg skulle gjenfortelle funnene på en analytisk måte. Denne teksten ble skrevet i tredje-person og representerte resultatet av den teksten jeg som forsker tidligere i prosessen har dratt frem som viktig i form av kondensater og videre subgrupper. Dette ble som trinnene tidligere gjort etter Malteruds analysemetode (Malterud, 2011).

Etter å ha skrevet denne analytiske teksten fra alle subgruppene ble disse plassert under ”felles paraplyer”. Det vil si at jeg, etter å ha skrevet tekstene, oppdaget at de omhandlet mye av det samme, de hadde samme hovedtema. Jeg var ikke ute etter å danne nye begreper, og valgte derfor å bruke begreper vi kjenner igjen fra tidligere. Her satt jeg da igjen med tre hovedtema; *å gjøre seg tilgjengelig, samarbeide om barnets helhetlige situasjon, og ulik faglig forståelse og kompetanse*. Disse blir videre presentert i kapittel 4 *Presentasjon av funn*.

Hele analyseprosessen er skjematisk fremstilt i tabell på neste side.

Tabell I Skjematisk fremstilling av analyseprosessen

Trinn 1 Foreløpige temaer	Trinn 2 Meningsbærende enheter Koding	Trinn 3 Kondensat Subgrupper	Trinn 4 Rekontekstualisering Kategori
<p>Endring i helsesøstertjenesten</p> <p>Når barna blir symptombærere</p>	<p>Helsesøstrene får flere og flere oppgaver, i tillegg til at helsesituasjonen i befolkningen har endret seg</p> <p>Økt tilgjengelighet i skolehelsetjenesten</p> <p>Lærere og barnehageansatte opplever uro, konsentrasjonsproblemer, fravær, hodepine ol</p> <p>Barnet tar selv kontakt på grunn av at de opplever ulike symptomer som de ikke alltid vet årsaken til</p>	<p>Større fokus på psykisk helse og vold</p> <p>Bedre kjennskap både til lærere og elever</p> <p>Bedre tid til å stille de riktige spørsmålene for å kunne avdekke</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Å gjøre seg tilgjengelig
<p>Vanskelig for å se hverandres kompetanse og dra nytte av hverandre</p>	<p>Tverrfaglig samarbeid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systemnivå • Personnivå/personavhengig <p>Taushetsplikt og samtykke</p> <p>Manglende forståelse av at barnet og familien har et liv utenom</p>	<p>Har fått flere systemer som skal fange opp barn av psykisk syke og rus</p> <p>Avhenger av kultur</p> <p>Noen kjente fjes, og det blir lettere å ta kontakt</p> <p>Man jobber isolert med sitt fokus, også klarer man ikke å se at barnet og familien kan ha behov hjelp og oppfølging fra andre instanser som kanskje ser familien fra en annen synsvinkel enn man selv gjør</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid om barnets helhetlige situasjon
<p>Forståelse for barnets situasjon</p>	<p>Dette holder man innenfor familien</p> <p>Den syke kan mer om sin sykdom enn ”vi andre”</p> <p>Foreldre og lærere formidler at det holder at de snakker med de</p> <p>Helsesøstrene kan få kjennskap til disse barna utenfor sitt virke som helsesøster. Vanskeligere å ta kontakt da enn hvis man får informasjon i lys av at man er helsesøster.</p>	<p>Skam og tabubelagt</p> <p>Foreldrene har nok med sin egen krise, klarer ikke å se barna</p> <p>Liten kunnskap om hvilken påvirkning dette kan ha på barnet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ulik faglig forståelse og kompetanse

3.6 Studiens troverdighet og overførbarhet

Valideringen foregår igjennom hele forskningsprosessen. Ved å validere forskningsprosessen stiller man seg stadig spørsmål om ”hva” og ”hvorfør” for å vurdere prosjektet (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015).

De to fokusgruppene var forholdsvis like med tanke på erfaring fra helsesøsteryrket, men det var likevel noen ulikheter. I den ene gruppen var det blant annet to av deltakerne som ikke hadde helsesøsterfaglig utdanning, men som nå jobbet i helsesøsterstillinger. Etter min mening var ikke dette noe som hadde påvirkning for studiens resultat. Den største forskjellen mellom kommunene var at den ene kommunen var i gang med prosjektet Tidlig inn⁶. Dette er et prosjekt som blant annet har fokus på økt samarbeid og at hjelpeapparatet skal komme tidlige på banen for å bidra. Helsesøstrene i denne kommunen var naturlig nok opptatt av dette prosjektet og hadde mye fokus på de barna som ble innlemmet der. Dette i motsetning til den andre kommunen som ikke hadde dette prosjektet pågående og som etter hvordan jeg tolket det, ikke hadde noe mer ledelsesforankret fokus på dette temaet kontra andre tema og arbeidsoppgaver som helsesøstrene også har i sitt mandat. Denne forskjellen med prosjekt versus ikke prosjekt tror jeg hadde innvirkning på hvilket fokus gruppene hadde under intervjuene, selv om svarene i gruppene hovedsakelig viser den samme problematikken.

Deltakerne innad i gruppene var noe ulike. Noen deltakere var veldig delaktig i samtalen og bidro med mye informasjon. Andre deltakere var mer stille, men bidro med noe informasjon og bidro med noe mindre informasjon. I tillegg var deltakerne som var litt mer stille veldig flinke til å bekrefte det som ble sagt av de andre i gruppa. Dette tolket jeg som om det var stor enighet i gruppa om de temaene som ble tatt opp.

I et forskningsprosjekt hvor det er brukt intervju må det tas forbehold om at informantene ikke forteller sannheten (Kvale et al., 2015). Dette er noe som blir vanskelig å kontrollere, men da spørsmålene ikke gikk direkte på personene og det var stor enighet innad i de to gruppene, i tillegg til at det var likhet mellom gruppene, anser jeg svarene fra helsesøstrene

⁶ Opplæringsprogrammet Tidlig inn er et tilbud om opplæring som skal gi mot til å spørre gravide og småbarnsforeldre om vold, bruk av rusmidler og psykisk helse og kunne gi en felles forståelse av hvilke tiltak som bør iverksettes (KorusNord, Sist endret 08.02.2017)

som langt på vei sannferdige knyttet til de erfaringene de viser til. I tillegg samsvarte svarene fra helsesøstrene med mye av litteraturen jeg har funnet.

Ingen kunnskap er gjeldende for alle. Generelt kan det blant annet være forskjeller på kjønn eller geografiske ulikheter som gjør at en studie ikke kan være valid for hele befolkningen. En forsker kan også legge vekt på og forstå det som blir sagt på en annen måte enn en annen forsker (Malterud, 2011).

Da dette er en liten studie kan jeg likevel ikke si at studien er gyldig for helsesøstertjenesten som helhet, men jeg kan anta at det er flere helsesøstre som opplever det på samme måte som helsesøstrene i denne studien.

3.7 Etiske overveielser

Da prosjektskissa for oppgaven var godkjent ved UIT Norges arktiske universitet, ble det sendt søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) om godkjenning for å gå videre med den planlagte studien. Godkjenning fra NSD ligger som vedlegg 1 til oppgaven.

Under transkriberingen valgte jeg å ikke ta fullstendig hensyn til Malterud (2011) sin anbefaling om å omformulere til et mer korrekt skriftspråk når man transkriberer. På de sitatene som er presentert i oppgaven har jeg sett behov for å endre litt på de muntlige sitatene for å få de mer korrekte og betydningsfulle, og skape en bedre helhet i det informantene fortalte. Ved å gjøre en slik endring er det fare for å endre på det informantene har ment (Malterud, 2011). Av respekt for informantene er den endringen jeg har gjort svært liten og jeg mener selv at jeg har vært påpasselig og ikke endret betydningen av det helsesøstrene har ment under intervjuene. De endringene jeg har gjort har kun vært for å gi en bedre flyt i det som presenteres.

Ved at jeg tidligere i metodekapittelet har redegjort for min egen forforståelse og for hvordan jeg har gått frem i prosessen, har jeg jevnlig belyst de etiske overveielsene som er gjort underveis i prosjektet.

4 Presentasjon av funn

I analyseprosessen kom det frem tre tema som jeg oppfatter blir vektlagt i de to intervjuene med helsesøstrene. I teksten nedenfor vil de tre hovedfunnene kort presenteres; *tilgjengelighet på helsestasjon og i skoler, ulik faglig forståelse og kompetanse, og samarbeidet om barnets helhetlige situasjon*. Mer utdyping av funnene vil komme i diskusjonskapitlet.

4.1 Tilgjengelighet på helsestasjon og i skoler

Helsesøstrene opplever at de får flere saker i skolehelsetjenesten etter at de har fått økt tid i skolen. De er mer synlig på skolen, både blant lærere og elever, noe som gjør at det er enklere å ta kontakt. Helsesøstrene har også bedre tid til å følge opp de barna som tar kontakt med skolehelsetjenesten eller som de får henvist fra andre instanser. På de skolene som har liten helsesøster dekning opplever de at både elever og lærere tar mindre kontakt og at det er færre saker på disse skolene sett opp i mot tilsvarende skoler med høyere helsesøsterdekning. Men også her er det individuelle forskjeller mellom skolene, noe helsesøstrene mener har en forklaring i hvordan kulturen på skolen er for å ta kontakt og bruke skolehelsetjenesten.

Helsesøstrene informerer også om psykisk helse på skolen og på foreldremøter og at de er tilgjengelig hvis familien opplever en krise. Dette gjøres for å øke fokuset rundt psykisk helse, og vise at de er tilgjengelig hvis noen har behov for en samtale eller ekstra oppfølging.

Gruppene sier at det er et økt fokus på psykisk helse og vold. Dette gir helsesøstrene større mulighet til å komme tidligere på banen ved å selv kartlegge hvilke forhold barna lever under allerede når barna er små og er på helsestasjonskontroller. Her har helsesøstrene noen utfordringer med at ikke alle har fått dette godt nok inn i rutinene sine. Det er fortsatt er en del som unnlater å spørre foreldrene hvis de synes alt virker tilsynelatende greit, og at man ikke har tro om at her er det noen ekstra utfordringer. På tross av dette er alle enige om at det ikke bør gjøres forskjeller mellom familiene, og at det fort kan virke stigmatiserende hvis noen blir spurt om psykisk helse og vold, mens andre ikke blir det.

4.2 Ulik faglig forståelse og kompetanse

Helsesøstrener mener det er viktig at de får komme i posisjon for å bidra rundt barn som pårørende, da de har god kunnskap om barn og deres utvikling, samt at de er et lavterskeltilbud. De mener videre at barna kan ta skade av at de ikke får den informasjonen de har behov for, og at mange andre profesjoner og instanser ikke klarer å se alle behovene som barnet og familien har. Selv om de bekrefter at de som helsesøstre både på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten har mange arbeidsoppgaver og at de ikke har problemer med å få fylt dagene med gjøremål, er de bekymret for den manglende oppfølgingen barn som pårørende får. De mener at påkjenningen av å være pårørende barn er så stor for mange av barna at det går ut over barnets helse. Helsesøstrener mener da at de har en viktig rolle, sammen med andre instanser, i å forebygge dårlig helse hos disse barna.

Helsesøstrener sier selv at de ikke mener at de er ”*Guds gave til barn og familie*”, men at de er flinke på å se helheten rundt barnet og familien. Dette er en kompetanse som er unik for helsesøstrener både på helsestasjon og i skolehelsetjenesten siden de er i kontakt med alle typer barn og familier. De mener videre at hver enkel etat er gode på sine områder, og gir god oppfølging med det fokus de jobber med. Helsesøstrener mener at problemet ligger i at de andre etatene ikke klarer å se helheten, og at det ofte bare er enkeltsubstanser i familiens hverdag som blir fanget opp.

4.3 Samarbeid om barnets helhetlige situasjon

Helsesøstrener ser at det er behov for å samarbeide med andre instanser for at barn som pårørende og deres familier skal få et helhetlig tilbud. Et tilbud som ivaretar både barnets og foreldrenes interesser på best mulig måte. Slik det er nå opplever helsesøstrener at samarbeidet med de andre instansene er delvis fraværende. Enkelte instanser har de ikke samarbeid med i det hele tatt, her nevnes spesielt spesialisthelsetjenesten de gangene foreldrene har behov for behandling på dette nivået. Helsesøstrener opplever ofte at de henviser barna til andre instanser for å utvide hjelpetilbudet, da de selv opplever at de ikke strekker til, men at det er liten respons tilbake. Her nevnes spesielt barnevernet som en instans helsesøstrener opplever å ha

lite samarbeid med. Helsesøstrene stiller seg mange spørsmål når det gjelder hva årsaken til dette kan være.

På de områder hvor det er laget prosedyrer og ting er satt i et system, ser helsesøstrene at det er litt lettere å ta kontakt videre for å få til et tverrfaglig samarbeid, også med tanke på samtykke fra den som er syk, men heller ikke her er det optimalt. Helsesøstrene ser videre at for å få til et samarbeid gjelder det ikke bare å ha prosedyrene på plass, det må også opparbeides en kultur og et personlig ønske om å få dette til. De gangene samarbeidet og kontakten med andre instanser har fungert best har dette ofte vært på bakgrunn av at enkeltpersoner har tatt kontakt.

På de skolene som har fått økt skolehelsetjeneste, hvor helsesøster har blitt mer kjent både med elever og lærere, har det i de fleste tilfeller ført til økt kontakt mellom skolen og skolehelsetjenesten. Dette har gitt helsesøstrene mulighet til å bidra i oppfølgingen av flere barn og muligheten til å gi barna et mer tverrfaglig oppfølgingstilbud i samarbeid med blant annet lærerne.

Helsesøstrene sier at ved å få på plass rutiner og en kulturendring hos de som jobber med barn eller barnas foreldre, vil man også kunne øke forståelsen for barnets og familiens behov hos de ulike profesjonene.

5 Diskusjon

5.1 Helsesøsters mulighet for å være tilgjengelig og få oversikt over barn som pårørende i sitt daglige virke

Helsesøstrene i min studie har lang erfaring fra helsestasjon og skolehelsetjenesten i sine kommuner, noen av helsesøstrene har også erfaring fra flere kommuner. Dette gir helsesøstrene en bred kunnskap om barn, og hvilke behov de kan ha i ulike situasjoner. Dette gjelder også barn som har et pårørendeansvar. På tross av at helsesøstre mener de gir tilbud til barn i ulike livssituasjoner, opplever helsesøstrene at mange ikke kjenner til deres kunnskap og hva de kan bidra med. Selv etter at lovendringen kom i 2010 har ikke helsesøstrene opplevd store endringer i kontakten mellom hjelpeinstansene som er tilknyttet familier hvor omsorgsgivers sykdom kan ha påvirkning på hele familien.

Helsesøstrene ønsker å være delaktige og bidra med sin kompetanse både overfor familien, men også resten av støtteapparatet rundt familien.

Helsesøsters tilgjengelighet og synlighet i helsestasjon og skolehelsetjenesten

Helsestasjon og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud og en forebyggende tjeneste som er frivillig. Brukerne selv og deres daglige livssituasjon skal stå i sentrum (Helsedirektoratet, 2017a). På tross av at tjenesten er frivillig er det stor oppslutning, nærmere 100% av alle barn og familier følger det oppsatte programmet på helsestasjon og i skolehelsetjenesten (Statistisk sentralbyrå, 2017). Helsesøstrene er lokalisert i nærmiljøet og har ofte ansvaret for en geografisk fastsatt populasjon. Helsesøstrene i kommunehelsetjenesten skal kunne kjenne til familiene i sin kommune (Helsedirektoratet, 2017a), noe som kan gi helsesøster i kommunehelsetjenesten en unik mulighet for å få oversikt over barn som pårørende.

Helsesøster møter familien allerede på hjemmebesøk få dager etter at familien har fått et nytt familiemedlem (Helsedirektoratet, 2017a). Etter dette følges barna og familien tett i løpet av de første leveårene, totalt 14 konsultasjoner på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2017a).

Helsestasjonstjenesten er bygd opp rundt faste konsultasjoner der det kan være liten mulighet for annet enn det pålagte innholdet (Helsedirektoratet, 2017a). Det kan være lite rom både for helsesøster og for foreldrene til å ta opp tema som har innvirkning på familiens hverdag. Dette kan føre til at foreldre med sykdom og/eller rusproblematikk opplever at helsestasjonen er for de ”friske” og for de familiene som ikke krever ekstra oppfølging. Helsestasjonen kan oppleves som et kontrollsystem hvor barna skal vokse og trives, og familien ikke skal oppleve noen utfordringer som krever ekstra innsats (C. E. B. Neumann, 2009). I en undersøkelse hvor helsesøstre ble spurt om blant annet sin arbeidshverdag kommer det frem at bare 3 av 10 helsesøstre har tid til å gjennomføre alle lovpålagte oppgaver, mens 7 av 10 helsesøstre unnlater å stille spørsmål for de har ikke tid til å besvare de (A.-K. B. Helmersen & Dolonen, 2013). Dette mener jeg viser at helsesøstre ikke innbyr til at foreldrene skal komme med problemene sine og be om hjelp. I en presset helsesøsterhverdag kan dette gjøre sitt til at helsesøstre på helsestasjonen mister verdifull informasjon om barnet og familien fordi det ikke er tid til å stille de riktige spørsmålene. Det kan også bety at det er tid til å stille de riktige spørsmålene, men det er ikke tid til å ta seg av det svaret som eventuelt kan komme. Dermed blir spørsmålene heller ikke stilt. Oppmerksomheten er også i hovedsak rettet mot barnets helse, og små barn viser svake symptomer eller mangler symptomer på at familien lever i en vanskelig livssituasjon. Dette kan være årsaken til at helsesøstre opplever at det er mange barn som er pårørende som de ikke klarer å fange opp. På tross av dette er helsesøstre i min studie fult oppmerksomme på at de i utgangspunktet har gode muligheter for å avdekke problemer rundt barnet og familien mye tidligere enn de gjør per i dag.

Vi helsesøstre har jo tidligere snakket om at når barnets adferd eksploderer på skolen, hva er det da vi ikke har sett i disse familiene på helsestasjonen. Vi kan jo gjerne si at de er i barnehagen mye av tiden, men året før de begynner i barnehagen er det vårt ansvar å se. Og vi ser de jo nesten en gang i måneden.
(helsesøster Ellen)

Barna er rettsløse og prisgitt de voksne sier helsesøster Solveig Ude (Fonn, 2015). I denne artikkelen blir det snakket om vold mot barn, men etter min forståelse er det like gyldig for barn som pårørende. Man må tørre å spørre og man må ta seg tid til å håndtere svaret. Dette er vanskelige spørsmål for mange, og en helsesøster må ha kunnskap om hvordan svaret skal håndteres. I tillegg må en helsesøster ha tro på seg selv og stole på at det det spørres om er

viktig. I Barneombudets fagrappport (2013) kommer det frem at flere elever mener at helsesøstrene har for lite kunnskap, spesielt om psykisk helse, vold og overgrep. Dette i motsetning til det helsesøstrene i min studie mener hvor de oppfatter seg selv som om de har god kunnskap på dette området, men at de må tørre og ta denne kunnskapen i bruk og vise at de er i besittelse av viktig kunnskap..

...nei jeg tenker på det å tørre, og faktisk kalle en spade for en spade og si at nå, i kraft at vi er fagpersoner så har vi jo kunnskap som vi kanskje noen ganger ikke er flinke nok til å dele.jeg tror noen ganger er vi unnfallende.

(helsesøster Line).

Også litteraturen henviser til at helsesøstre oppfattes som at de har god kunnskap om barns psykiske helse og kan være en støtteperson (Blindheim, Thorsnes, & Brataas, 2016; Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Ved at jeg her presenterer to forskjellige oppfatninger av helsesøstres kunnskap må man jo stille seg spørsmålet om hva grunnen for at helsesøstrene og elevenes oppfatning er sprikende. Dette blir vanskelig å svare på, men min tolkning av forholdet er at mange helsesøstre har mye kunnskap om dette, men at de ikke får formidlet det på en måte som barnet og ungdommen kjenner seg igjen i. Barnet og ungdommen får ikke den informasjonen de ønsker, og det kan da muligens oppleves som om helsesøster ikke har kunnskap om det eleven synes er vanskelig

Å ha gode rutiner på å ta ”de vanskelige samtalene”, stille spørsmål om foreldrenes helse, begynner å få mer og mer fokus i helsestasjonens konsultasjoner. I de nye retningslinjene for helsestasjonstjenesten som ble iverksatt i februar 2017 (Helsedirektoratet, 2017a) står det beskrevet at foreldrenes psykiske helse og trivsel skal få mer fokus, og det skal spørres om dette på barnas konsultasjoner. Det står ingenting spesifikt om somatisk sykdom, skade eller rusmisbruk, men dette er faktorer som påvirker foreldrenes trivsel og bør derfor inngå i samme tema. Somatisk sykdom har ikke hatt samme fokus i helsetjenesten som psykisk helse har hatt de siste årene. Selv om temaet og fokuset på å stille spørsmål har fått større fokus blant helsesøstrene opplever jeg at det ikke bare er dårlig tid som gjør det vanskelig å stille spørsmål ved foreldrenes helse og omsorg for barna. En helsesøster i min studie forteller også om personlig ubehag ved å spørre om foreldrenes helse.

... ja ubehagelig, det kan være skummelt, det kan være for at man setter i gang ting som man kanskje ikke alltid helt vet konsekvensene av. (helsesøster Line)

Selv om Line er en helsesøster med mange års erfaring, beskriver hun her, med bekreftelse fra de andre helsesøstrene, det som nok for mange er en av hovedårsakene til at spørsmål om foreldrenes helse og utfordringer i familien ikke er rutine, og at disse spørsmålene ikke stilles så ofte som de burde. Neumann (2009) sier at grensen mellom hva som gjør en bekymret og når man agere er stor. Helsesøstrene kan bli usikre på hva er det som gir disse barna den adferden de har. Man begynner å stille seg spørsmål om dette er normalt for dette barnet eller om det er besøket på helsestasjonen som har påvirkning på barnets adferd. Vår egen bakgrunn både i jobb og privat vil være av betydning for de valgene man tar (C. E. B. Neumann, 2009).

Hvis helsesøstrene på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten skal ha mulighet til å bli oppmerksomme på flere pårørendebarn og foreldre som har en eller annen form for lidelse som påvirker familien, er det viktig at alle foreldre får spørsmål om egen psykiske helse og trivsel (Helsedirektoratet, 2017a). Ubegag og redsel for å miste tillitten hos familien, og redsel for ikke å håndtere den situasjonen som barnet eller foreldrene forteller om er vanskelig å forholde seg til, kan trolig føre til at en del helsesøstre velger å ikke ta opp dette temaet.

På helsestasjonen er det i stor grad opp til foreldrene hva de ønsker å fortelle oss. Barna er for små til å kunne gi et verbalt uttrykk for hvordan de har det i hverdagen. Helsesøstrene er derfor avhengige av å gjøre gode observasjoner blant annet i forhold til motorikk og barnets samspill med foreldrene. Helsesøstrene er også avhengig av at foreldrene selv ønsker å snakke om utfordringer de opplever for at helsesøstrene, uten henvisning fra andre instanser, skal kunne komme i posisjon for å yte helsehjelp til familien. Å be om hjelp fra andre kan være en stor terskel siden alle i samfunnet, kanskje spesielt mødre, ønsker å være perfekte og problemfritt kunne håndtere alle utfordringer som måtte oppstå (Killén, 2013). For at foreldrene skal kunne fortelle om utfordringer er det i mange tilfeller viktig at helsesøster innbyr til samtale og spør om blant annet foreldrenes egen helse. Dette kan gjøres på flere måter, og hvordan helsesøster spør kan være viktig for svaret foreldrene gir. I en undersøkelse som ble gjort av Landsgruppen for helsesøstre NSF⁷ (2015) kommer det frem at helsestasjonen og skolehelsetjenesten har så stor tillitt i befolkningen at hvis helsesøster spør om vanskelige temaer på riktig måte har ikke foreldrene noen problemer med å svare. Dette

⁷ Norsk sykepleierforbund

innebærer en viktig oppmerksomhet hvor tjenesten har gode muligheter knyttet til å åpne opp for både positive og negative livssituasjoner i en konsultasjon.

Skolehelsetjenesten følger barna opp med vaksiner, vekt og høydekontroll samt undervisning/informasjon i klassene. Med dette regnes helsesøstertjenesten som tilgjengelig for både foreldre og barna. I følge Glavin, Helseth og Kvarme (2007) er helsesøster lett tilgjengelig i skolehelsetjenesten for alle barn både i barne- og ungdomsskolen, og også videregående skole. Av erfaring vet man at tilbudet varierer fra kommune til kommune, og fra skole til skole. Dette bekrefter også dagens leder av Landsgruppen av helsesøstre NSF, Kristin Sofie Waldum (Talgø, 2014). Barna ønsker en helsesøster de er trygg på og som følger de over tid. *”Tillit skapes ved tilstedeværelse og kontakt” (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015)*. Barna vil ikke oppleve å få tillit til helsesøster hvis det er lite kontinuitet i skolehelsetjenesten, og hvis helsesøster har tildelt så lite tid på skolen at det kun er tid til de pålagte oppgavene som er satt opp. Uten tillitt vil dette gjøre at det vil være vanskelig for elever å ta kontakt med helsesøster for å fortelle om vanskelige livssituasjoner. Studier har vist at helsesøster oppsøkes sjeldnere når tilbudet er bare to dager i uke kontra når helsesøster er tilstede hver dag (Waldum-Grevbo & Haugland, 2015). Av foreldre til 10. klasse elever opplever cirka 50% at helsesøster er tilgjengelig i noen eller stor grad (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Dette viser en forskjell mellom elevenes oppfatning og foreldrenes oppfatning, noe som jeg tolker som at foreldrene ikke har oversikt og kunnskap nok om hvilke behov og utfordringer barn og unge står overfor.

I skolehelsetjenesten er det også flere lovpålagte oppgaver som skal gjennomføres, og i mange kommuner kan det virke som om tidsbruken til helsesøstrene regnes ut i fra hvor lang tid disse lovpålagte oppgavene skal ta. Kommunen oppfylder da sin plikt til å ivareta skolehelsetjenesten, men hvilket tilbud er det i realiteten barna får? Ved at helsesøster bruker det meste av tiden som er satt av til skolehelsetjenesten til vaksinerings og undervisning/informasjon i klassene gis det lite rom for å ha ”åpen dør-tjeneste”. ”Åpen-dør-tjeneste” vil si at elevene kan komme uten timeavtale for å snakke med helsesøster hvis de har spørsmål eller ting de lurer på. Dette er også en del av hensikten med skolehelsetjenesten i følge Nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2017a). Her beskrives det at helsesøster skal være tilgjengelig for ”drop-in timer” og at elevene skal vite hvor og når de finner helsesøster på skolen. Hvis man alltid haster av sted og kun ser hver enkelt elev et kort øyeblikk i forbindelse med vaksinerings eller i en gruppesamtale, gis det ikke rom for samtale om familiesituasjonen, barnets helse eller andre temaer som kan oppta barnet. Kan man da si at

man har en tilgjengelig skolehelsetjeneste? For barn er man tilgjengelig når man er tilstede. Det er vanskelig for et pårørende barn som har behov for å snakke med helsesøster i dag hvis hun ikke er å treffe før i neste uke, eller uka etter det. Dette er en frustrasjon som tas opp blant helsesøstrene i min studie også.

..... *”ja, nei, da setter vi deg opp til neste gang”. Så jeg tror det er noe der også, at ungdommer vil prate, men de ønsker å prate akkurat nå de kjenner for å prate* (bekreftelse). *”Men beklager ...helsesøster er ikke tilstede før neste mandag”* (bekreftelse). (helsesøster Berit)

Jeg opplever her at helsesøstrene i min studie viser en bekymring over at de ikke har tilstrekkelig med tid i skolehelsetjenesten, samtidig som viser de forståelse for at barn og ungdom har et ”akutt” behov for å snakke med en voksen, gjerne helsesøster. Et ”akutt” behov i form av at barn og ungdom opplever at akkurat nå kjenner jeg et behov for å snakke med noen. For andre barn og ungdom dreier det seg kanskje også om å ha mot til å snakke med noen om vanskelige ting, og dette motet trenger ikke å være noe som er konstant tilstede. Dette kan være flyktig og forsvinne, og det blir vanskeligere å ta kontakt en annen gang.

Også Helmersens (2011) beskriver at helsesøstrene i hennes studie opplever å ha for liten tid i skolehelsetjenesten og ikke har mulighet til å følge opp de barna som har behov for det. I følge barn og unge selv burde skolen ha hatt helsesøster hver dag i skolehelsetjenesten for at det skal være et godt nok og tilgjengelig tilbud (Barneombudets fagrappport, 2013; Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Helsesøstrene i min studie opplever også i noen tilfeller at de velger bort enkelte spørsmål fordi de ikke har tid til å håndtere det svaret barnet kan komme til å gi. Dette viser at det ikke er tilstrekkelig tid i skolehelsetjenesten for å gi barn og unge det tilbudet de har behov for. Helmersen og Dolonen (2013) presenterer en del svar fra helsesøstre på hvilke oppgaver de må nedprioritere i en hektisk hverdag. Her er oppfølgingsamtaler og at det ikke er tid til å snakke med de elevene som ønsker det to av de temaene som går igjen hos mange av de 1000 helsesøstrene som er spurt.

Det snakkes ofte om dårlig tid eller liten tid på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten (Barneombudets fagrappport, 2013; K. A. Dolonen, 2013; Dommerud, 2013; A.-K. B. Helmersen & Dolonen, 2013; Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015), noe jeg også har dratt frem i denne oppgaven. Med dette mener jeg at det er for lite tid til hver elev. På mange skoler er det ikke tid til å ta i mot elevene som ønsker å snakke med helsesøster, eller

helsesøster må avvise de i døra fordi det er andre gjøremål som står for tur, slik som beskrevet over. En helsesøster i Fredrikstad forteller om svært liten tid til hver enkelt elev, kun 5 ½ minutt pr. elev i løpet av et år (K. A. Dolonen, 2013), og en undersøkelse av skolehelsetjenesten som ble gjort i 2015 viser at det trengs en økning av årsverk tiltenkt helsesøstre på omlag 180% totalt i barne-, ungdom- og videregående skole (Waldum-Grevbo & Haugland, 2015). Å ha god tid til alle elevene som ønsker en helsesøster å snakke med vektlegges. Å kunne gjennomføre samtaler med elever uten å bli avbrutt eller måtte avslutte brått fordi det er andre gjøremål og avtaler som presser på, anses som viktig. På tross av dette vil enkeltelever kunne oppleve at helsesøster ikke er tilgjengelig akkurat på minuttet når de ønsker en samtale uansett hvor stor stillingsprosent helsesøster har i skolehelsetjenesten. Eleven vil trolig da få innpass innen rimelighetens tid noe som bør være akseptabelt både for helsesøster og eleven.

Helsesøsters posisjon i lokalmiljø og samfunnet

Helsesøster har en viktig posisjon i samfunnet (Ruud et al., 2015) og gir barn, unge og foreldrene en trygghet (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). I noen tilfeller er helsesøster den eneste utenom foreldrene som ser barnet systematisk (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Med tanke på hvor korte sekvenser en konsultasjon kan være kan dette være uheldig når det er snakk om et barn som lever i vanskelige situasjoner. Dette betyr ikke at alle foreldre som ikke har et nettverk, ikke klarer å følge opp og gi barnet det som kreves. Men i de tilfeller hvor foreldrene av en eller annen grunn ikke strekker til, da for eksempel på grunn av fysisk- og eller psykisk sykdom, eller rusproblematikk, vil helsesøstrene under korte konsultasjoner i begrenset grad ha muligheten til å fange opp barnet og familiens behov. Helsesøster kan bli en svært viktig ressurs for familien hvis foreldrene klarer å formidle sine behov for hjelp og støtte. Helsesøster har også store muligheter for å henvise til andre instanser, for eksempel kommunepsykolog, fastlege, BUP via fastlegen eller NAV. Dette støttes også av Barneombudets fagrapport (2013) som sterkt anbefaler at helsesøstrene benytter muligheten til å henvise videre for å gi barn og unge et så bra tverrfaglig tilbud som mulig.

Når man jobber tett opp mot befolkningen i et lokalsamfunn slik som helsesøstre ofte gjør, kan det noen ganger hende at man får tilgang på informasjon i form av at noen forteller helsesøster noe om andre. Denne informasjonen kan være verdifull å få tilgang på for helsesøstrene på helsestasjonen og/eller i skolehelsetjenesten, men den kan også være etisk vanskelig å forholde seg til ved at informasjonen ikke er åpen.

Her blir det flere viktige aspekter å ta hensyn til. Blant annet hvorfor helsesøstrene får denne informasjonen. Får de den i lys av at de er helsesøstre eller er det vanlig ”sladder” som de ville ha fått tilgang på, uavhengig av hvilken posisjon de har i samfunnet? Et annet spørsmål er hvordan helsesøstrene i helsestasjon og skolehelsetjenesten velger å håndtere den informasjonen de har kommet i besittelse av. For de det gjelder vil den framtidige muligheten for oppfølging være avhengig av å håndtere informasjonen på en måte som ivaretar den det gjelder på en god måte. På en annen siden kan det stilles spørsmål til hvilke forventninger lokalsamfunnet har til hvordan helsesøster forholder seg til informasjonen. Ved at en har fortalt noe vesentlig til en profesjonelt ansatt vil det ligge en forventning i det om at noe skal foretas. Disse problemstillingen kan være vanskelig å forholde seg til uten at man kan støte noen, og bevege seg utenfor helsesøsters mandat. Å få informasjon om barn som pårørende på denne måten er ikke uvanlig i følge helsesøstrene i min studie, i alle fall ikke hvis man bor på litt mindre steder.

... jeg får jo gjerne høre det via naboene (bekreftelse) ja ikke sant, der hvor jeg bor og jobber får vi jo vite alt, og det er som regel mange ganger den veien det kommer, da får man; ”vet du det...?” (helsesøster Randi)

Jeg tolker dette som om helsesøstrene synes det er vanskelig å jobbe på bakgrunn av at de får tilgang på informasjonen på denne måten. Bakgrunnen for at dette blir vanskelig tenker jeg beror på at helsesøstrene kjenner på et ansvar for barnet og familien, et ansvar som de indirekte blir pålagt av den som presenterer informasjonen, men også et ansvar som de kjenner på i lys av den kunnskapen de har om barn som pårørende og hvilke behov barnet og familien kan ha. Det er dette ansvaret Clancy og Svensson (2007) presenterer i sin artikkel om hvordan helsesøster opplever ansvar for den andre, både selvvalgt ansvar og påtvunget ansvar.

Ved at helsesøstrene gjør seg nytte av den informasjonen de har kommet i besittelse av vil de på den annen side kunne gripe inn i en families privatliv og røre ved situasjoner som familien ikke ønsker at helsesøster skal involvere seg i. Risikoen for at helsesøster da trækker over den

grensen foreldrene har for kontakt med det offentlige er så absolutt tilstede. Familien kan føle for stor inngripen i familien og kan gjøre samarbeidet mellom helsesøster og familien, og eventuelt andre instanser, vanskelig. I andre tilfeller vil familien kunne sette pris på at helsesøster tar kontakt og tilbyr hjelp. Familiene ønsker ofte hjelp til både praktiske ting, men også en kontaktperson de kan forholde seg til, en de kan ringe til når de har behov og som kan skape forutsigbarhet i situasjonen de lever i (Ruud et al., 2015) Årsaken til at de selv ikke har tatt kontakt kan være mange. Blant annet kan det være at familien ikke har kunnskap om hvilke tjenester helsesøster kan være behjelpelig med eller at terskelen for å ta kontakt med helsesøster på helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten har vært for stor. Rapporten Trygg, Tydelig og Tilgjengelig (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015) kommer frem med at flere foreldre ikke viste at skolehelsetjenesten også var et tilbud de som foreldre kunne ta kontakt med. Foreldrenes innsikt i egen situasjon kan også ha vært mangelfull, noe som har ført til at de ikke har sett hvordan deres tilstand har påvirket barna og derfor ikke sett behovet for hjelp, eller at de ikke har ønsket hjelp. Spriket mellom foreldrenes oppmerksomhet på barnas behov og barnas egne ønsker bekrefter dette (Ruud et al., 2015). Ved at helsesøster tar kontakt kan dette være innfallsporten familien trenger for å kunne dele sine bekymringer og behov både overfor seg selv og for barna. En av helsesøstrene forteller om at etter at Tidlig Inn ble innført har de innlemmet flere familier som har eldre barn og som dessverre ikke har blitt fanget opp av systemet tidligere.

Jeg har gått igjennom alle "Tidlig inn-meldinger" vi har fått, og i 6-7 av disse familiene som meldingene omhandlet hadde de barn fra tidligere. Det betyr at dette er familier som allerede har gått på helsestasjonen i flere år med andre barn uten at det har vært knyttet noe undring eller at man har lurt på noe med denne familien. De har sklidd rett i gjennom..... (helsesøster Ellen).

Som helsesøster skal en la barnas behov ha første prioritet (Barnekonvensjon, 1989, sist endret 2003; Helsedirektoratet, 2017a). En helsesøster har generelt god kunnskap om barns utvikling og hva som kan påvirke den både i positiv og negativ retning (Helseth & Glavin, 2009). Dette gjør også at helsesøstrene har kunnskap om hvilke behov barn har og hvilke behov som kan bli skadelidende ved foreldrenes sykdom og/eller rus problematikk. Bekymringene for barnas helse opplevde jeg var det som tynget helsesøstrene mest når de fikk tilgang på informasjon. Dette blir viktig å ha fokus på når en helsesøster skal avgjøre

hvordan en skal håndtere informasjon som man får tilgang til i lokalsamfunnet. Helsesøstrene i studien forteller at de synes det er vanskelig å vite hvordan de skal håndtere det når de får informasjon på denne måten.

*....men samtidig er det ikke alltid så lett å gripe tak i saker som du blir klar over sånn under hånden (bekreftelse) noen ganger er det vanskeligere (bekreftelse)....
Det er lettere hvis det er noen som ringer og sier at de vil at du skal oppsøke en familie, og at de har snakket med familien og de har sagt ja til at jeg kan ta kontakt med de (bekreftelse). (helsesøster Line)*

Dette viser noe om de dilemmaer og den tvilen helsesøstre tar stilling til. Avgjørelsen vil både være av politisk og etisk karakter. Helsesøstrene ser ikke barna sammenhengende over tid, slik som personalet i barnehagen, og kan derfor blir regnet som distanserte generalister (C. E. B. Neumann, 2009). Helsesøstrene har uansett en lovlige plikt (Helsedirektoratet, 2017a) til å påse at barn får den helseoppfølging de har behov for. Dette er en plikt de ikke kan se bort i fra.

5.2 Helsesøsters helhetlige blikk

Det er mye fokus i helsesøsterutdanningen på å se helheten i form av at helsesøster skal jobbe forebyggende og helsefremmende overfor barnet og familien (Studieplan 2014, 2013, sist revidert 03.03.14). Ved at helsesøstrene både på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten møter alle typer familier gir dette også en bredere erfaring sett opp imot de profesjonene som jobber med mer avgrensede sider av barnets situasjon.

Et av de nasjonale fokusområdene er å sikre et helhetlig tilbud til barn og unge ved å bruke tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2017a). Dette tolker jeg som om helsesøstrene har mye kunnskap om barn og hvilke behov de har, men at det likevel er behov for å samarbeide med andre for å kunne dekke over alle behovsområdene.

Omsorgsansvar for hele barnegruppa

Helsesøstre føler et ansvar og har et ansvar (Helsedirektoratet, 2017a) for at alle barn skal ha en god helse og en god oppvekst. En helsesøster kan ikke lukke øynene for det som skjer i samfunnet, og for noen kan det kanskje virke som om helsesøstrene ønsker å ha en ”finger med i spillet” over alt. Helsesøstrene i min studie forteller at de på bakgrunn av statistikken vet at det er mange barn som har foreldre som er syke, og at de ut i fra antall barn de klarer å komme i posisjon for å hjelpe, skjønner at det må være store mørketall. Dette er en bevisst tanke som viser at helsesøstrene bekymrer seg for de barna som lever som pårørendebarn og som helsesøstrene ikke har kjennskap til. Etter hvordan jeg tolker det er de også bekymret for at de ikke har kontroll på hvordan disse barna blir ivaretatt og om de får den oppfølgingen de har behov for. Clancy og Svensson (2007) henviser i sin artikkel til Levinas og det han sier om å ha ansvar for andre, mange ganger uten selv å ha valgt det eller kan forklare hvorfor man har det. Et uendelig ansvar som man ikke kan ignorere. Helsesøstrene i denne artikkelen (Clancy & Svensson, 2007) gir også uttrykk for at de har med seg jobben over alt, klarer ikke å styre de tankene og bekymringene som kommer uansett om det er i arbeidstiden eller på fritiden. Dette viser at helsesøstre, mer eller mindre konstant, er bekymret for et eller flere barn. Årsaken til denne bekymringen kan ha flere grunner, men hovedgrunnen mener jeg er den kunnskapen helsesøstrene er i besittelse av når det gjelder barns behov og hvordan utilstrekkelig oppfølging kan gi barnet skader. Ved å være en veileder og støttespiller må helsesøstrene håndtere både det forutsigbare og det uforutsigbare (Clancy & Svensson, 2007). Neumann (2009) nevner også at helsesøstre skal være en veileder for foreldrene, og hun stiller videre spørsmål om det kan være til hinder for at helsesøstre unngår å sette i gang tiltak som involverer andre instanser. At helsesøstrene ønsker å beholde den relasjonen de har til foreldrene. Etter hvordan jeg tolker helsesøstrene i min studie ønsker de å samarbeide med andre instanser og de tar ofte kontakt med andre når de ser behovet for dette. Hvordan vi ser behovet for å iverksette kontakt med andre instanser vil være ulikt fra helsesøster til helsesøster (C. E. B. Neumann, 2009).

Omsorgsansvaret starter allerede ved hjemmebesøket hvor helsesøstre har en god mulighet for å danne seg et bilde av familien, levesituasjonen og hvilke behov de eventuelt kan ha, og fortsetter gjennom hele barnets oppvekst (Helsedirektoratet, 2017a). Hjemmebesøket gir helsesøstrene en unik mulighet for å danne seg en helhetlig forståelse av familien og eventuelle utfordringer de måtte ha (Fagerlund, 2007; Hjälmhult, 2009; Holme, Valla, Hansen, & Olavesen, 2016). At helsesøster kan få en viss oversikt og i noen tilfeller få en

følelse av at noe ikke er som det bør under et hjemmebesøk tviler jeg ikke på, men jeg er enig med Neumann (2008) som stiller spørsmål ved om det er realistisk å tro at helsesøstrene skal kunne ha oversikt over alt og legge merke til alle tegn fra barnet og familien som kan tyde på at ikke alt er optimalt. Her mener jeg at vi alle har et samfunnsansvar hvor også ”den vanlige mannen i gata” må tørre og se hva som skjer i nærmiljøet og ta ansvar for å hjelpe de svakeste, nemlig barna. Alt av helsepersonell har et ekstra stort ansvar, et lovpålagt ansvar (Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017) til å reagere. Dette fratar så absolutt ikke ansvaret helsesøstrene har, men kan være en hjelp for helsesøstrene til å ivareta vårt felles ansvar for barn som lever under forhold som ikke er optimale. I forhold til å fange opp når noen barn eller familier avviker fra normalen kan helsesøstrene ha ulik forståelse av hva som ligger inn under normalen og hvilke tegn som bør utløse bekymring (C. B. Neumann, 2008). Det stilles store krav til helsesøstrene med tanke på at de skal få oversikt over familien under hjemmebesøket. Ved at det bare er helsesøster som drar på hjemmebesøk legges det et stort ansvar på de og dette er nok med på å forsterke bekymringen (Clancy & Svensson, 2007). At jordmødre også skal på hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2014) gjør at helsesøstrene ikke er alene om dette ansvaret, noe jeg ser på som positivt.

Omsorgsansvaret helsesøstrene har følger barna gjennom hele oppveksten (Helsedirektoratet, 2017a).

Barneperspektivet

Helsesøster på helsestasjon og i skolehelsetjenesten har som arbeidsoppgave å ha hovedfokus på barn og unge. For andre yrkesgrupper er ikke alltid dette hovedfokuset, og det er nok ikke alltid helsetjenesten rundt voksne pasienter tenker på at pasienten har barn. Ved å ha et barneperspektiv er et av de viktigste spørsmålet å spørre seg selv; ”*Har de barn?*” (Raundalen, 2007). Dette er første steget i å tenke barneperspektiv når man jobber med voksne mennesker. Det er en lovpålagt tjeneste at helsepersonell skal kartlegge om pasienten har mindreårige barn (Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017). Men som helsepersonell har man ikke gjort jobben sin bare ved å spørre om pasienten har barn slik som det kan virke som om mange tror. Pasienten skal også følges opp i form av å samtale om

pasientens barn og tilby hjelp til å tilrettelegge for informasjon og oppfølging av barna (Helsedirektoratet, 2010; Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017).

Når man jobber med barn er det viktig å se situasjonen fra barnets perspektiv og ha et fokus på at man skal jobbe ut i fra og ivareta det beste for barnet. Man må forsøke å sette seg inn i barnets situasjon og prøve å forstå hva ønsker selv barnet. Større barn som kan sette ord på sin situasjon vil kunne gi uttrykk for dette selv, og da må man jobbe ut i fra dette og gi barna kunnskap til å håndtere situasjonen de er i. I følge Barnekonvensjonen er dette et ansvar alle som jobber med barn har (Barnekonvensjon, 1989, sist endret 2003). Også foreldre har et forpliktende ansvar når det gjelder ivaretagelse av sine barn (Barnekonvensjon, 1989, sist endret 2003). Hvis foreldrene av en eller annen årsak ikke er i stand til å yte den omsorgen overfor barna, som barna har behov for, er det viktig at hjelpeapparatet støtter opp og bistår foreldrene med denne jobben. Dette kan gjøres blant annet ved å støtte foreldrene med råd og veiledning og ha samtaler med barna.

Killén (2015) skriver i sin bok om at det er smertefullt å være i situasjoner hvor man får kjennskap til at barn ikke får den omsorg og oppfølging de har behov for. Den følelsesmessige omveltningen en slik situasjon kan ha på den enkelte kan føre til at man lukker øynene og trekker seg ut av situasjonen (Killén, 2015). Ved å lukke øynene for hvordan barn og ungdom blir ivaretatt, legger man barnets behov til side og gir ikke den oppfølgingen familien har behov for. I følge Killén (2015) vil man kunne føle seg bedre ved å ikke se omfanget av problemet, men familien blir ikke ivaretatt. Dette er motstridende til det Clancy og Svensson (2007) skriver i sin artikkel hvor det dras frem at helsesøstre har en bekymring og at de ikke klarer å legge denne til side, selv ikke etter arbeidstid. Jeg tror at ved å ”lukke øynene” vil man ikke nødvendigvis få det bedre med seg selv. Ved å ikke gripe inn i situasjonen slipper man å konfrontere problemene og man slipper å gjøre kartlegginger som kan bli ubehagelig både for familien og hjelpeapparatet. Som helsesøster vil det kunne bli en personlig belastning både i form av egen bekymring og av at samfunnet forventer at man skal iverksette tiltak. Hvis man ”lukker øynene” i situasjoner hvor man har en bekymring for at barn og unge ikke lever i greie familieforhold oppfyller man ikke Barnekonvensjonens påpekning om at barn skal ha best mulig helsehjelp (Barnekonvensjon, 1989, sist endret 2003)

5.3 Samarbeid og samhandling

Helsesøstrene i min studie ønsker å bidra til å gi barn som pårørende en bedre hverdag, og de føler seg forbigått når de hører i ettertid at andre instanser, for eksempel barnevernet, skolen og BUP har hatt samarbeidsmøter uten at de er involvert. Helsesøstrene har en bekymring overfor pårørende barna og hvordan foreldrenes sykdom innvirker på barnet samtidig som de vet at de har viktig og god kompetanse som kan være med på å gi barna og familien en bedre hverdag. Line forteller om en fortvilet hverdag hvor de opplever at andre instanser ikke ser behovet for å involvere helsesøstrene i arbeidet med disse barna;

Vi blir nok stoppet litt i vårt arbeid fordi andre ikke tenker at det betyr noe eller at det ikke utgjør en forskjell, at det ikke er nødvendig at helsesøster er involvert.....Høres kanskje ut som om vi tror vi er Guds gave til alle, men det er ikke det jeg mener. Vi har en rolle som ingen andre harog den må ungdommen og barna i alle fall få lovt til å kjenne tilog da er vi avhengig av andre voksne som er der og forteller de det så noen ganger kommer vi ikke i posisjon til barn som pårørende fordi at viogså er det sikkert også fordi vi mange ganger gjør en for dårlig jobb, for all del,men vi må jo vite for å kunne komme i posisjon (helsesøster Line)

Her peker helsesøstrene på det faktum at de har god kunnskap om barn og unge og hvilken påvirkning en syk omsorgsgiver kan ha på barn og unges utvikling, og at dette er noe de ønsker at både barn og voksne skal ha kjennskap til. Ved å vite om hvilken kunnskap og mulighet for hjelp helsesøstrene kan bidra med gir dette en større mulighet for at andre, både andre instanser, barna selv og de voksne omsorgspersonene, har lettere for å ta kontakt med helsesøsteren på helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten. Etter hvordan jeg tolker helsesøstrene opplever de også at de er lite synlige i form av at andre ikke har oversikt over hvilken jobb de kan gjøre og hva de kan bidra med for å gi barn og unge en bedre hverdag. Dette er et fenomen som også Clancy og Svensson (2009) beskriver i sin artikkel. Her kommer det frem at flere mener helsesøstrene er så ”innkjørte” i samfunnet og det er tatt for gitt at de er der og gjør den jobben de skal gjøre. Det er mange som ikke har oversikt over hvilke oppgaver utenom de ordinære konsultasjonene og vaksinene helsesøstrene utfører. Det etterlyses at helsesøstrene markedsfører seg selv mer og fremhever den kunnskapen og

profesjonen de har (Clancy & Svensson, 2009). Killén (2013) beskriver at blant annet helsesøstre har en stor mulighet for å unngå at enkelte sykdommer og familiære problemer fortsatt skal være tabubelagt.

Helsesøster på helsestasjon og i skolehelsetjenesten har som arbeidsoppgave å ha hovedfokus på barn og unge. For andre yrkesgrupper er ikke alltid dette hovedfokuset, og det er nok ikke alltid helsetjenesten rundt voksne pasienter tenker på at pasienten har barn. Det er en lovpålagt tjeneste at helsepersonell skal kartlegge om pasienten har mindreårige barn (Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017). Men som helsepersonell har man ikke gjort jobben sin bare ved å spørre om pasienten har barn. Pasienten skal også følges opp i form av å samtale om pasientens barn og tilby hjelp til å tilrettelegge for informasjon og oppfølging av barna (Helsedirektoratet, 2010; Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017).

Hvilke muligheter har man ved å samarbeide?

Helsesøstertjenesten er ulik andre instanser på mange måter. De er blant annet den eneste helseinstansen som tilbyr kontinuerlig oppfølging av alle barn (Helsedirektoratet, 2017a; Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015; C. E. B. Neumann, 2009). Andre instanser har ansvaret for enkeltsubstanser hos barnet og har fokus på det. De fleste er spesialister innen et område som gjør de gode på differensierte deler. Dette kan være diabetessykepleiere, kreftsykepleiere, psykiatrisk sykepleier, jordmor, fysioterapeut. Andre instanser kan være rettet mot de voksne omsorgspersonene, mange innenfor spesialisthelsetjenesten. De vil da ha fokus både mot enkeltsubstanser, men også mot den voksne og dermed mindre eller ingen fokus rettet mot barnet.

Andre ulikheter ved helsesøstre kontra andre instanser kan være forskjellen på det behandlende fokuset kontra helsesøsters forebyggende fokus. Dette vil gjøre at man har et ulikt utgangspunkt i kontakten med barnet. Helsesøstre i kommunehelsetjenesten gjennomfører det meste av forebyggende arbeid og skal videre være premissleverandør for andre instanser (K. Glavin, 2007). Ved å jobbe forebyggende ønsker helsesøstre på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten å være i forkant og komme i kontakt med barnet og

familien før barnet utvikler symptomer på foreldrenes sykdom. Ved å få til et godt samarbeid mellom de ulike hjelpeinstansene, blant annet spesialisthelsetjenesten, og ikke minst foreldrene vil man raskt kunne få iverksatt en samarbeidsgruppe som kan bidra fra ulike vinkler alt etter hva familiens behov er.

På to av de videregående skolene vi har her har vi noe som heter nærværsteam. Dette er ment for å forebygge drop-out fra videregående skole på et tidlig tidspunkt. Dette er tverrfaglige møter som fungerer veldig godt.
(helseøster Anette).

Her beskriver helsesøstrene et tverrfaglig samarbeidsteam rundt elever i videregående skole hvor det jobbes forebyggende for å hindre frafall i videregående skole. Dette viser at det er mulig å få til et samarbeid på tvers av profesjonene. Helsesøstrene er opptatt av at kulturen på de skolene de ønsker å få til et tverrfaglig samarbeid med, har mye å si for hvordan resultatet av samarbeidet blir. At kulturen på en arbeidsplass styrer hvordan man gjennomfører et arbeid, støttes også av blant annet Glavin og Erdal (2013), Lauvås og Lauvås (2004) og Orvik (2015).

Ved at man samarbeider om å ivareta familien vil man se både barnet og den voksne, og deres ulike behov. At man i hjelpeapparatet har ulike funksjoner og spesialiteter vil gjøre at man også utfyller hverandre og at man skaper et helhetlig tilbud. Dette støttes av flere kilder (Kari Glavin & Erdal, 2013; Helsedirektoratet, 2015; Irgens, 2007; Killén, 2013; Meld.St. 26 (2014-2015), 2015). Ved å samarbeide om barn som pårørende blir man bedre kjent både med personene i de ulike stillingene og med profesjonene som helhet. Man blir kjent med hvilken kunnskap de har og hva de kan bidra med. Dette vil trolig lette samarbeidet rundt barn som pårørende, og samtidig gjøre det enklere å samarbeide om andre barn og deres familier.

Andre muligheter av å samarbeide er å ivareta pasientovergangene, at pasienten ikke ”faller i mellom to stoler”. Ved å ha gode ledelsesforankrede rutiner og et godt samarbeid vil koordineringen og informasjonen mellom tjenestene sikre at pasienten hele tiden har et tilbud (Meld.St. 47 (2008-2009), 2009). Dette vil likevel ikke automatisk sikre at barna blir fanget opp. Personlig tror jeg at ved å ha gode rutiner for pasientovergangene og kunnskap om barns behov vil man i mye større grad ha mulighet for å hindre at pasientens barn uteblir i pasientovergangene. Det gjøres mye bra i forhold til barn som pårørende i de ulike instansene,

men for å få helheten rundt familien er man avhengig av samarbeid (Meld.St. 26 (2014-2015), 2015).

Willumsen (2009) viser til flere studier som fremsetter tvil om det tverrprofesjonelle samarbeidet, om det er så positivt og effektivt som mange vil ha det til. Bakgrunnen for denne skepsisen presenteres på bakgrunn av at tverrprofesjonelt samarbeid blant annet er vanskelig å få til, har dårlig prognose og utfallet på samarbeidet anses som tvilsomt (Willumsen, 2009). Noen av disse påstandene kan jeg være enig i. Dette gjelder da spesielt den delen hvor det beskrives at tverrprofesjonelt samarbeid er vanskelig å få til. Litteraturen bekrefter at det er flere faktorer som skal til for at et samarbeid skal fungere optimalt (Kari Glavin & Erdal, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004; Vangen & Huxham, 2009; Willumsen, 2009). Helsesøstrene opplever også samarbeidet med andre profesjoner som utfordrende. Når det gjelder at utfallet av tverrprofesjonelt samarbeid er tvilsomt, er jeg mer uenig. Barn har etterlyst en bedre oppfølging over tid og flere voksne som engasjerer seg (Ruud et al., 2015). Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har i den samme studien (Ruud et al., 2015) etterlyst mer kunnskap om barn som pårørende. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om barn som pårørende, men har kunnskap om de syke omsorgspersonene. Helsesøstre kan mangle kunnskap om de syke omsorgspersonene, men har kunnskap om barn og hvilken påvirkning foreldrenes helse kan ha på barna. En kan da anta at et godt samarbeid mellom disse to instansene vil ha et positivt utfall overfor barnet og familien. I de fleste andre instanser vil det også være mye positivt i å bruke samarbeid for å ivareta familien, spesielt hvis man får til en ordning med en fagperson som kan koordinere arbeidet rundt familien. På denne måten slipper foreldrene denne belastningen, og kan heller ha fokus på seg selv og familien. Familiene etterlyster en person å forholde seg til, en som kan koordinere tjenestene rundt familien og som er lett å få kontakt med (Ruud et al., 2015). Ødegård (2009) mener at alle ser behovet og nytten for samarbeid. Glavin og Helseth (2009) sier videre at *”Tverrfaglig samarbeid er fortsatt en forutsetning for å lykkes i det forebyggende arbeidet. En forutsetning for godt tverrfaglig samarbeid er at eget fagområde er tydelig”*. Dette viser at samarbeid er viktig, også for å kunne komme tidlig i posisjon for å hjelpe barn som pårørende.

Vansker og utfordringer i samarbeidet

Etter hvordan jeg ser det er det spesielt to utfordringer når det gjelder samarbeidet om ivaretagelsen av barn som pårørende; taushetsplikten og sprikende kunnskapen om barn og deres utvikling.

Helsepersonell har taushetsplikt (Forvaltningsloven, 1970, siste endring gyldig fra 2016; Helse og omsorgsdepartementet, 1999, siste endring gyldig fra 2016; Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017). Denne taushetsplikten skal ivareta de det gjelder, i dette anseende syke omsorgspersoner, og gi de muligheten for å ha kontroll på den informasjonen som gis videre. Det skal foretas nøye vurdering til hvem den eventuelt gis videre til. Ved samtykke fra den det gjelder har man mulighet til å dele informasjon med andre instanser i hjelpeapparatet.

Helsesøstrene i min studie gir uttrykk for at de ikke mener at taushetsplikten skal være til hinder for samarbeidet, og at hvis man spør de det gjelder får man som oftest samtykke.

Pimærforebygging kan vi jo ikke snakke om i slike situasjoner engang. det er noe som skurrer her ... taushetsplikten er jo egentlig ikke til noe hinder for samarbeidet, man får som regel samtykke men da må den som spør ville... da må man ville samarbeide og man må ville se at det er viktig å ha kontakt med andre instanser. (helsesøster Line)

Slettebø (2007) stiller spørsmål om man glemmer seg bak taushetsplikten for å unngå å måtte gi faglige argumenter for de valgene man har tatt når det gjelder behandlingen man har gitt. Sett i sammenheng med det helsesøstrene beskriver kan kanskje dette være en av grunnene for manglende åpenhet.

Hvor enkelt det er å få samtykke til å samarbeide med andre instanser beror på hvordan man legger det frem. I følge LaForce ved Sørlandet sykehus (Sist oppdatert 30.06.2016) som har hatt stort fokus på barn som pårørende de siste årene, beskrives det at foreldrene ofte har behov for økt kunnskap om betydningen for at barna får informasjon om foreldrenes sykdom og at de får tilbud om en voksen å snakke med. Hvis helsepersonell ikke oppnår samtykke fra den som er syk, vektlegges også muligheten til å informere barna på generelt grunnlag blant

annet om at det ikke er barnas jobb å ivareta foreldrene og at det kan hjelpe barna å få snakket med en voksen de er trygg på (LaForce, Sist oppdatert 30.06.2016).

Hvis man spør på en slik måte at den syke omsorgspersonen føler seg som en dårlig forelder kan man gi de skyldfølelse og de kan bli engstelig for hva utfallet kan bli hvis man kobler inn andre instanser. Her ser jeg det som sannsynlig at den det gjelder kan motsette seg samtykke og ikke ønske hjelp fra det offentlige.

Jo dårligere foreldrenes psykiske helse er, jo lavere innsikt har de i eget liv (Kvello, 2010). De vil dermed også ha dårligere innsikt i barnets behov. Hvis man på den andre siden viser til kunnskap om pårørende barn og hvordan foreldrenes sykdom kan virke inn på barnet vil det gi foreldrene økt kunnskap. Jeg tror de fleste foreldrene ønsker det beste for barna sine. Foreldre etterlyser både mer informasjon og økt ivaretagelse av barna sine (Ruud et al., 2015). Ved å opplyse foreldrene om hva som er til det beste for barnet og gjerne tilføyer kunnskap om hvordan de andre instansene jobber, gir man foreldrene en mulighet til selv å se behovet for hjelp. De blir delaktige i ivaretagelsen av barna i den grad de har kapasitet til det.

Noen studier viser at foreldrene opplever at helsesøster har god tid og viser omsorg (Hjälmhult, 2009; Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015), og at de kan fortelle om egen psykisk lidelse til helsesøster hvis de har behov for dette (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Min erfaring, noe som også gjenspeiler seg i det helsesøstrene i min studie forteller, er at foreldre ofte ikke snakker om egen psykisk helse uoppfordret. Kun i enkelte tilfeller får helsesøstrene i min studie informasjonen direkte fra foreldrene. Dette kan støttes opp av litteratur som sier at barn som pårørende får mangelfull oppfølging (Killén, 2013, 2015; Ruud et al., 2015).

Betyr dette da at foreldrene ikke har innsikt i hvilke behov de selv og barnet deres har, og at de derfor ikke tar kontakt med helsesøster før barna har fått symptomer som kan knyttes til foreldrenes sykdom og alvorlighetsgraden har blitt stor? Dette støttes til en viss grad av Kvello (2010) som bekrefter at enkelte psykiske lidelser kan gi vrangforestillinger når det gjelder oppfattelse av egen tilstand.

Undersøkelsen som ble gjort av Landsgruppen av helsesøstre NSF (2015) beskriver også at helsesøster ofte tidlig kjenner til barn som lever i vanskelige oppvekstmiljø, noe som heller ikke etter min tolkning er samstemt med de erfaringene helsesøstrene i min studie har.

... men tenk nå hvor mange år vi har drevet å sloss med voksenpsykiatrien for å si det slik (Bekreftelse fra de andre). Der de er inne, hvor foreldrene er psykisk syk, også er det barn i familien og ingen ivaretar barna og ingen gir beskjed til noen om at det er barn, ... både i psykiatritjenesten og legetjenesten. (helsesøster Heidi)

Litteraturen sier at et samarbeid må være ledelsesforankret for å kunne fungere (Kari Glavin & Erdal, 2013; Meld.St. 26 (2014-2015), 2015). Dette stemmer nok, men jeg mener at et samarbeid er bygget på mer enn bare gode prosedyrer og at det er ledelsesforankret. Dette støttes også av empirien i min studie hvor helsesøstrene opplever at de ikke blir kontaktet av spesialisthelsetjenesten på tross av at det har kommet regler og prosedyrer som skal ivareta barn som pårørende. Helsesøstre i begge kommunene forteller frustrert om at de sjeldent hører noe fra spesialisthelsetjenesten, mens de andre nikker bekreftende. Her presentert med et sitat fra hver kommune som viser at helsesøstrene har svært liten og ingen kontakt med spesialisthelsetjenesten som behandler barnets foreldre.

Vi undrer jo oss over at ikke helsepersonell i institusjon tar mer kontakt med de som har med barna til de syke å gjøre. Det kan jo hende at barnevernet blir en del kontaktet uten at vi vet det, men vi blir svært sjeldent kontaktet. (helsesøster Line)

Da vi hadde de mestringsgruppene, barn med psykisk syke, foreldre som ruset seg og fysisk syke foreldre. Det var en periode for noen år tilbake ... Vi hadde aldri hørt noe om disse i fra barneansvarlig på psykiatrisk, selv om de var godt informert på et møte om at når foreldrene blir utskrevet så er det viktig at helsesøstrene får beskjed. Jeg synes det er rart... Det tror jeg vi alle her kan si... Jeg har i alle fall aldri fått en telefon... (Bekreftelse). (helsesøster Trude)

Helsesøstrene opplever et manglende samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette på tross av at man vet at spesialisthelsetjenesten har gode skriftlige rutiner både når det gjelder barneansvarlige, og rutiner for hvordan de skal håndtere barn som pårørende. Henviser her

både til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a (Helse og omsorgsdepartementet, 1999, siste endring gyldig fra 2016) og helsebibliotekets prosedyrer som ofte er linket opp mot de lokale prosedyrene (Helsebiblioteket, 2016). Hva er det da som mangler for at samarbeidet skal fungere optimalt? Personlighet? Ildsjeler? Tid? Kultur? Her mener jeg at det er en kombinasjon av mange faktorer, hvor blant annet alle de nevnte faktorene i tillegg til ledelsesforankring er nødvendig for å få et samarbeid til å fungere. Vangen og Huxham (2009) drar også frem tillitt som en forutsetning for at samarbeidet skal bli bra. Dette støttes også av rapporten Trygg, Tydelig og Tilgjengelig (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Dette vil være en viktig faktor og en årsak til at helsesøstrene i min studie opplevde et økende samarbeid med skolens lærere og elever etter at skolehelsetjenesten ble utvidet og helsesøster både fikk bedre tid til å vise sin kompetanse og at både lærere og elever hadde muligheten til å bli bedre kjent med helsesøstrene. Slettebø (2007) beskriver at en helsesøster må skape tillitt og at helsesøstrene ikke klarer å gjøre en god nok jobb hvis det ikke er opprettet tillitt.

Selv om det er anbefalt å samarbeide om ivaretagelsen av barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010) er det ingen lovbestemmelser som tilsier at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal samarbeide om disse barna. Det er satt fokus på at barn som pårørende skal ivaretas med informasjon og ivaretagelse, og at helsepersonell skal påse at dette blir håndtert. Anbefalingene sier også at det i utgangspunktet er foreldrene som bør gi informasjon til barna sine (Helsedirektoratet, 2010). Ved at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten selv har uttrykt mangel på kompetanse om barn som pårørende (Ruud et al., 2015) tenker jeg at de ikke har oversikt over hvilke skader et barn kan få av å være mindreårig pårørende og at de derfor ikke ser behovet for å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten.

For å hindre at barna får symptomer på foreldrenes sykdom er det viktig at man starter en samarbeidsprosess så tidlig som mulig, helst i barnehagen eller tidligere, og kommunene er avhengig av at spesialisthelsetjenesten tar ansvar i de tilfeller hvor det er barn involvert (Killén, 2013).

Det igangsettes mange prosjekter som omhandler samarbeid om ivaretagelse av barn i ulike risikofamilier (Baklien & Wejden, 2009; Bufetat, 2015; KorusNord, Sist endret 2017; Mathiesen & Skoland, 2016). Det viser seg at i flere av prosjektene har det vært vanskelig å få prosjektet godt nok implementert hos de involverte. Det har også vært stilt spørsmål om hva som skjer etter at prosjektperioden er over. Hartvigsen (2016) finner i sin masteroppgave at

graden av de ansattes involvering i implementeringsprosessen av prosjekter er avgjørende for de ansattes motivasjon, og resultatet av implementeringen.

De ulike profesjonenes primæroppgaver har ikke alltid klare grenser (Willumsen, 2009). Dette gjør det vanskelig å ha en oversikt over hva de andre instansene gjør. Noe som igjen vil kunne gi god oppfølging på enkelte områder, fra flere instanser, mens andre områder utelates. Ved tverrprofesjonelt samarbeid ser man både på primæroppgavene og på fellesoppgavene (Willumsen, 2009). Her blir fellesoppgavene diskutert og fordelt, og grensene mellom primæroppgavene settes (Willumsen, 2009). Ved å bruke samarbeidet til å legge en felles plan for hvordan jobben med barna og familien skal gjennomføres, og for hvordan man skal fordele oppgaver, sikrer man at alle enkeltfaktorene rundt familien blir ivaretatt. Etter mitt skjønn er det lite trolig at noen av instansene skal ha nok kompetanse og erfaring til å kunne håndtere alle disse elementene i omsorgen rundt familien på egenhånd. Dette støttes også av Killén (2013) som sier at kunnskapen varierer mellom å vite hvilken påvirkning foreldrenes sykdom har på foreldrefunksjonen, og også kunnskap om hvilken påvirkning dette har på barnets utvikling. Samarbeid er vesentlig for en tilnærmet optimal ivaretagelse av familiens behov.

Hvem i hjelpeapparatet har ansvar for barn som pårørende?

I følge lovverket (Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017) har alt helsepersonell ansvaret for ivaretagelse av barn som pårørende. Dette tolker jeg som om alt helsepersonell har ansvar for å fange opp og være oppmerksom på pårørende barn. De skal videre ved behov kontakte andre hjelpeinstanser, etter samtykke fra den som er syk, for å kunne gi barnet og familien et best mulig tilbud hvor hele familien bli ivaretatt (Helsepersonelloven, 1999, siste endring gyldig fra 2017). For å kunne være oppmerksomme på barn som pårørende er det viktig med kunnskap om at disse barna og familiene kan ha behov for ekstra støtte og hjelp.

Kvello (2010) drar frem de lovpålagte barneansvarlige, som koordinatorene for pårørendebarna. Videre sier han at de barneansvarlige skal systematisere og heve tilbudet i avdelingen samt at de også skal være med på å bedre samarbeidet mellom foreldrene og de

lokale tjenestene. Med tanke på at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten etterlyser kunnskap om barn som pårørende (Ruud et al., 2015) ser jeg behov for at denne kunnskapen må økes for at en koordinerende rolle skal fungere optimalt. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar som koordinator for er samarbeidsteamet som skal ivareta barnet og familien. Dette bør gjelde i alle fall for en overgangsperiode da de trolig har mest kjennskap til den situasjonen familien er i på det aktuelle tidspunktet, i den grad de har vært til behandling i spesialisthelsetjenesten, og til kommune har opprettet god kontakt med familien.

Retningslinjene for helsestasjon og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017a) mener at koordinerende enhet i kommunen har et viktig ansvar og skal være en samarbeidspartner for helsestasjonen og skolehelsetjenesten. For å gi de voksne pasientene et helhetlig tilbud er det nødvendig at også koordinerende enhet ser barnas behov når det skal settes inn tiltak rettet mot familien.

Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike instansene?

Etter de fokusgruppeintervjuene jeg har gjennomført, samt Multisenterstudien om Barn som pårørende (Ruud et al., 2015), kan det se ut til at samarbeidet om barn som pårørende ikke fungerer etter intensjonen, og i varierende grad ivaretar barnets behov. I alle fall opplever ikke familiene selv at samarbeidet er godt nok (Ruud et al., 2015). Helsesøstre som har vært delaktig i Landsgruppen av helsesøstre NSF sin studie, Trygg, Tydelig og Tilgjengelig (2015) opplever mye bra tverrfaglig samarbeid. Dette viser at det oppfattes ulikt mellom helsepersonell og familiene hvordan de blir ivaretatt, men også innad i yrkesgruppene.

Som nevnt over er det gjort flere prosjekter som skal øke samarbeidet mellom ulike instanser og som skal gi barn i risiko et bedre tilbud. Implementeringen av disse prosjektene har i noen tilfeller vært svært utfordrende, mens andre prosjekter har vært til stor nytte både for de ulike hjelpeinstansene og for familiene. Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) og Familiens hus er begge prosjekter som har vist seg å ha positive effekter og har gitt kommunene gode arbeidsredskaper for enklere å kunne samarbeide og gi et helhetlig tilbud. Erfaringer ved bruk av samarbeidsmodellen BTI viser at aktørene får bedre kjennskap til hverandre og hverandres arbeidsoppgaver. Dette gjør det enklere å koordinere et helhetlig tilbud til barn, unge og deres familier (Helsedirektoratet, 2017a). Familiens hus er en annen modell som åpner for å kunne

tilby familiene et helhetlig tilbud som er samordnet med flere instanser. Modellen bygger på prinsippet tidlig innsats samt å gjøre samarbeid med andre instanser mer tilgjengelig (Helsedirektoratet, 2017a).

6 Avslutning

Det jeg i denne studien har prøvd å finne er svar på var; *Hvilke muligheter har helsesøstre for å gi et tilbud til barn som har et pårørendeansvar?*

For å kunne se på helsesøstrenes mulighet for ivaretagelse av barn som pårørende har jeg også måtte se på begrensningene som helsesøster møter i sitt daglige virke.

Det jeg ser er at helsesøstre er avhengig av flere faktorer for å komme i kontakt med barn som pårørende, og dermed ha mulighet for å kunne gi et tilbud til barnet og familien.

Helsesøstre er blant annet avhengige av at barnet og foreldrene selv ønsker kontakt.

Helsesøstre er også avhengig av andre instanser/profesjoner, både skole og barnehager, fastlege, ansatte i spesialisthelsetjenesten og andre aktører som kan være aktuelle, både for å få informasjon om hvilke barn dette gjelder, men også for å kunne gi et helhetlig tilbud til familien. I tillegg etterlyser helsesøstre å kunne ha bedre tid, både på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Dette for å kunne gi hvert enkelt barn det de ønsker av oppfølging, samt å ha tid til å åpne opp for at barnet eller foreldrene selv kan ta opp utfordringer som eventuelt kan være aktuelle. For å få mer tid er helsesøstre da avhengig av politikere som kan bidra til økt tilskudd til kommunehelsetjenesten, og at de pengene som bevilges prioriteres til økte ressurser på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Dette vil gi helsesøstre bedre tid til kartlegging i helsestasjonskonsultasjonene og mulighet til å være mer synlig og ha bedre tid til hver enkelt elev i skolehelsetjenesten. Hvis ikke må helsesøstre i noen tilfeller trolig prioritere bort andre, noen ganger lovpålagte oppgaver, for å kunne gi et økt tilbud til barn som pårørende og deres familie.

Samarbeid for å gi barn som pårørende og deres familie et helhetlig tilbud dras frem i litteraturen som en nødvendighet og dette er noe helsesøstre også ser som svært viktig for å kunne gi familien et helhetlig tilbud. Å samarbeide er trolig den eneste måten å få sett situasjonen rundt familien fra flere synsvinkler og med flere øyne. Dette gjør det enklere å se helheten i de utfordringene familien har, og også gi en forståelse til hvorfor situasjonen i familien har utartet seg slik den har gjort. Samarbeidet vil også gi en bredde i hjelpetiltakene og gi et mangfold av tilbud en familie vil kunne ha behov for.

6.1 Hvilken betydning vil dette ha for praksis

Både stort arbeidspress på helsesøstrene og behov for et tverrfaglig samarbeid i helsesektoren, både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men også innad i kommunehelsetjenesten, har vært etterlyst mange ganger. Disse momentene blir også i min studie nå dratt frem som en av de viktigste faktorene for videre jobb. For å få dette på plass er det viktig å sette et økt fokus på barn som pårørende med økt kunnskap, både til politikere og til profesjoner som jobber med barn eller deres omsorgspersoner, om hvordan den voksne sykdom kan virke inn på barn og hvilke behov barn som pårørende kan ha. Og hvor viktig det er at disse barna og deres familie får et helhetlig hjelpetilbud så tidlig som mulig. Her har helsesøstrene en viktig oppgave å jobbe utad for å fremheve sin kunnskap og posisjon i samfunnet. De må gjøre seg mer synlig i samfunnet, og jobbe opp mot politikere, media og direkte opp mot samarbeidspartnere.

Ved å få til regelmessige felles tverrfaglige møter øker man sjansen for at samarbeidspartnerne blir bedre kjent og tryggere på hverandre, får økt kunnskap om hverandres arbeidsmåte og hvilke muligheter man har til å bidra. Dette er faktorer som bidrar til et bedre samarbeid. I tillegg mener jeg terskelen vil være lavere for å bringe inn en sak til et slikt fellesskap hvis det allerede er avsatt fast møtetid, enn om man på eget initiativ må kalle inn til et tverrfaglig møte i hver enkelt sak man ser behov for det. Her er man avhengig av at de tverrfaglige møtene prioriteres og at de gjennomføres.

I Folkehelseprogrammet 2017-2027 (2017) står det beskrevet at psykisk helse, med spesielt fokus på barn og unge, skal være et av hovedfokusene i den neste tiårsperioden. Det er et stort ønske å få styrket det forebyggende helsearbeidet rettet mot barn og unge. For å kunne fremme psykisk helse og livskvalitet må det legges vekt på forhold i barnets omgivelser. Med dette menes at det må være et fokus på økt mestring, tilhørighet, deltakelse og opplevelsen av mening (Folkehelseprogrammet 2017-2027, 2017).

Ved å se Folkehelseprogrammet opp mot resultatene i denne studien ser man at en del av fokuset mellom det helsesøstrene ønsker og det Folkehelseprogrammet fremmer er det mange likhetstrekk. Alle ønsker vi å jobbe for å ha økt fokus på å bedre barn og unges psykiske helse.

Min studie tar for seg barn som pårørende og hvordan helsesøstre har mulighet til å gi disse barna et godt tilbud. Ofte kan det da være snakk om å forhindre psykiske utfordringer på sikt hos disse barna. Behovet for å forebygge en dårlig psykisk helse hos barnet, og behovet for tverrfaglig samarbeid for å gi barnet og familien et helhetlig tilbud, kan være viktig også for andre grupper barn enn barn som pårørende. Jeg mener derfor at resultatene som har kommet frem i denne studien ikke bare kan brukes som hjelp i ivaretagelsen av barn som pårørende, men også er svært relevant for andre grupper barn og familier med ulike typer utfordringer.

7 Referanseliste

- Baklien, B., & Wejden, T. (2009). *Sirusrapport nr. 1/2009 Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon»* Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sirusrap.1.09.pdf>
- Barnekonvensjon. (1989, sist endret 2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Retrieved from http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/09/fns_barnekonvensjon.pdf.
- Barneombudets fagrapport. (2013). *Helse på barns premisser*. Retrieved from http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_p%C3%A5_barns_premisser.pdf
- Blindheim, K., Thorsnes, S. L., & Brataas, H. V. (2016). Pårørende trenger støtte. *Tidsskriftet sykepleien*(1), 42-45.
- Buchwald, D., Delmar, C., & Schantz - laursen, B. (2012). How children handle life when their mother or father is seriously ill and dying. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 228-235. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00922.x
- Bufetat. (2015). *Evaluering av Modellkommuneforsøket - Sluttrapport 2015*. Retrieved from https://www.bufdir.no/global/nbbf/Barnevern/Evaluering_av_modellkommuneforsoket_Sluttrapport.pdf
- Cameron, D. L., & Tveit, A. D. (2013). Profesjonsutøvelse i tverrfaglig samarbeid rundt et barn med spesielle behov i barnehagen. *FoU i praksis, Nr. 1 2013*.
- Clancy, A., & Svensson, T. (2007). 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 8(3), 158.
- Clancy, A., & Svensson, T. (2009). Perceptions of Public Health Nursing Practice by Municipal Health Officials in Norway. *Public Health Nursing*, 26(5), 412-420. doi:10.1111/j.1525-1446.2009.00799.x
- Dolonen, K. A. (2013, 06.01.15). 5 1/2 minutt pr. elev. Retrieved from <https://sykepleien.no/2013/02/5-12-minutt-elev>
- Dolonen, K. A., & Helmers, A.-K. B. (2013). Helsesøstre slår alarm. *Tidsskriftet sykepleien*, 101(2), 16-24.
- Dommerud, T. (2013). Helsesøstre mangler tid til å hjelpe. Retrieved from <http://www.aftenposten.no/norge/Helsesostre-mangler-tid-til-a-hjelpe-128951b.html>

- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2011). *Barn og unge som pårørende ved kreft. Hvordan kan barns situasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv?* Retrieved from https://www.krisepsyk.no/media/Barn_og_unge_som_parende.pdf
- Fagerlund, B. H. (2007). Ulike tilnæringsmetoder i praksis - Helsesøster på hjemmebesøk. In K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (Eds.), *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (pp. 269-280).
- Folkehelseprogrammet 2017-2027. (2017). *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027. En satsing for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet.* Helsedirektoratet.no Retrieved from [https://helsedirektoratet.no/Documents/Folkehelsearbeid i kommunen/Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Folkehelsearbeid_i_kommunen/Program_for_folkehelsearbeid_i_kommunene_2017-2027.pdf).
- Fonn, M. (2015, 07.11.2016). Spør foreldre om de slår barnet sitt. Retrieved from <https://sykepleien.no/2015/05/spor-foreldre-om-de-slar-barnet-sitt>
- Forvaltningsloven. (1970, siste endring gyldig fra 2016). *Lov om behandlingssåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>.
- Glavin, K. (2007). Grunnlag for god helsesøsterpraksis - Kommunediagnose eller helseprofil. In K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (Eds.), *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsetjenesten*. (pp. 68-78).
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis : til beste for barn og unge i kommune-Norge* (3. utg. ed.). Oslo: Kommuneforl.
- Glavin, K., Helseth, S., & Kvarme, L. G. (2007). utfordringer for helsesøstertjenesten - og veien videre. In K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (Eds.), *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (pp. 323-333).
- Grimsmo, A. (2015). Leder: Samhandlingsreformen - hva nå? *Tidsskr Nor Legeforen*, 17/2015.
- Grøholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2008). *Lærebok i barnepsykiatri* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Gullbr, F., Smith-Sivertsen, T., Rortveit, G., Anderssen, N., & Hafting, M. (2014). To give the invisible child priority: Children as next of kin in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2014, Vol.32(1), p.17-23, 32(1), 17-23. doi:10.3109/02813432.2014.874133

- Hartvigsen, E. B. (2016). Fra etisk dilemma til forebygging av traumer - en studie i hvordan ledere implementerer et nettkurs: Nord universitet.
- Haugland, B., Bugge, K. E., Trondsen, M. V., Gjesdahl, S., & BarnsBeste. (2015). *Familier i motbakke : på vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Bergen: Fagbokforl.
- Haugland, B., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt.
- Haugland, B. S. M. (2006). Barn som omsorgsgivere ; adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Helmersen, A.-K. B., & Dolonen, K. A. (2013, 06.01.2015). Helsesøstre slår alarm: «Vi rekker ikke følge opp de som sliter». Retrieved from <https://sykepleien.no/2013/02/vi-rekker-ikke-folge-opp-de-som-sliter>
- Helmersen, B. (2011). *Barn som pårørende når foreldre er psykisk syke - "Hvordan følges barn av psykisk syke foreldre opp i forbindelse med behandling av foreldrene"?*, Universitetet i Norland. Retrieved from https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/140108/3/Helmersen_Bodil.pdf
- Helse og omsorgsdepartementet. (1999, siste endring gyldig fra 2016). Lov om Spesialisthelsetjenesten m.m (Spesialisthelsetjenesteloven).
- Helse og omsorgsdepartementet. (2003 (sist endret 2013)). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Lovdata.no Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=kommunehelsetjeneste>.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Lovdata.no Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.
- Helsebiblioteket. (2016). Barn som pårørende - 1. Overordnet prosedyre. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/barn-som-parorende-1-overordnet-prosedyre>
- Helsedirektoratet. (2010). *IS-5/2010 Barn som pårørende*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS-5-2010.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien. IS-2057. Nasjona faglig retningslinje for barselomsorgen*. Retrieved from http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien-retningslinje-for-barselomsorgen/Publikasjoner/IS_2057_Barsel_retningslinjer_fullversjon.pdf.

- Helsedirektoratet. (2015). *IS-2483 Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport* Retrieved from [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1198/Status for samhandlingsreformen F%C3%B8lge med rapporten 2015.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1198/Status%20for%20samhandlingsreformen%20F%C3%B8lge%20med%20rapporten%202015.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017a). *IS-2582 Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.*
- Helsedirektoratet. (2017b). *IS-2587 Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten* Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%C3%A5r%C3%B8rendeveileder.pdf>.
- Helsedirektoratet, & Barne-, u.-, og familiedirektoratet,. (2008). *De usynlige barna. Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre.*
- Helsepersonelloven. (1999, siste endring gyldig fra 2017). *Lov om helsepersonell.* Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- Helseth, S. (2007). Teoretisk grunnlag for helsesøstertjenesten - Sykepleierfaglig forankring. In K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (Eds.), *Fra tanke til handling* (pp. 17-27).
- Helseth, S., & Glavin, K. (2009, 31.03.09). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. Det er billigere å forebygge enn å behandle. Retrieved from <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/kunnskap-i-trad-med-samfunnets-behov>
- Helsetilsynet. (1/2016). *Helsetilsynet - tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjeneste 1/2016. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling og utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.* Retrieved from https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf.
- Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning*, 4(1), 18-26. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0018
- Holme, H., Valla, L., Hansen, M. B., & Olavesen, E. S. (2016). *Helsestasjonstjenesten : barns psykiske helse og utvikling.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Irgens, E. J. (2007). *Profesjon og organisasjon : å arbeide som profesjonsutdannet.* Bergen: Fagbokforl.

- Kallander, E. K. (2010). Skjulte unge omsorgsgivere : helsepolitiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid (trykt utg.)*. 7(2010)nr 3, 206-216.
- Killén, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner : forebygging er alles ansvar* (3. utg. ed.). Oslo: Kommuneforl.
- Killén, K. (2015). *Sveket : I : Risiko og omsorgssvikt - et helseproblem og tverrfaglig ansvar* (5. rev. utg. [i.e. 2. utg. av 2-bindsetg.], ed. Vol. I). Oslo: Kommuneforl.
- KorusNord. (Sist endret 08.02.2017). Tidlig inn. Retrieved from <http://www.korusnord.no/Tidlig-identifikasjon/Tidlig-inn/>
- KorusNord. (Sist endret 2017). Bedre tverrfaglig innsats. Retrieved from <http://www.korusnord.no/Tidlig-identifikasjon/Bedre-tverrfaglig-innsats/>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko : skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- LaForce, B. (Sist oppdatert 30.06.2016). Hva med taushetsplikt og samtykke. Retrieved from <https://sshf.no/helsefaglig/kompetansetjenester/barnsbeste/sporsmal-og-svar/hva-med-taushetsplikt-og-samtykke>
- Landsgruppen av helsesøstre NSF. (2015). *Trygg, tydelig og tilgjengelig - Rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten*. Retrieved from Sykepleien.no: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/rapport_ny_trykk.pdf
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi* (Vol. 2. utgave).
- leksikon, S. n. (2009 [14.februar]). Paracelsus. Retrieved 20. april 2017 <https://snl.no/Paracelsus>.
- Lindboe, B., Kufås, E., & Karlsson, B. (2013). Tidlig intervensjon for utsatte gravide og småbarnsfamilier - samhandlingens betydning. *tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10, nr 4.
- Lunde, E. S. (2001). Større åpenhet om psykiske lidelser *Samfunnsspeilet*, 2001/5. Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/storre-aapenhet-om-psykiske-lidelser>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*.

- Mathiesen, I. H., & Skoland, K. (2016). *Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn - hva har skjedd i kommunene? Rapport IRIS – 2016/054*. Retrieved from [http://www.forebygging.no/Global/Oppdatert rapport om tidlig inn fra Iris.pdf](http://www.forebygging.no/Global/Oppdatert_rapport_om_tidlig_inn_fra_Iris.pdf)
- Meld.St. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Regjeringen.no Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>.
- Meld.St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Mjølstad, B. P. (2013). Barn i blindsonen. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 14.
- Moe, V., Siqveland, T. S., & Slinning, K. (2010). Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. In V. Moe, K. Slinning, & M. Bergum Hansen (Eds.), *Håndbok i sped og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2010.
- Moelven, O. (2013). *Veilederen: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn - ungdom - familier*.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2011, info hentet 05.03.16). SMIL, et gruppetilbud for barn med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. Retrieved from <http://www.napha.no/content/14277/SMIL-gruppetilbud-for-barn-med-psykisk-syke-eller-rusmiddelavhengige-foreldre>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2016). Alle norske kommuner bør ha barneansvarlige. Retrieved from <http://www.napha.no/content/20545/-Alle-norske-kommuner-bor-ha-barneansvarlige>
- Neumann, C. B. (2008). Helsesøstres dilemmaer: kategoriseringer, tvil og grensefigurer. *tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(03), 268-277.
- Neumann, C. E. B. (2009). *Det bekymrede blikket : en studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Oslo: Novus forlag.
- Nordenfors, M., Melander, C., & Daneback, K. (2014). *Unga omsorgsgivare i Sverig. Nka Barn som anhöriga 2014:5*. Retrieved from http://anhoriga.se/Global/BSA/Dokument/Rapporter_kunskaps%C3%B6versikter/Nka_BSA_Rapport_2014-5_webb.pdf
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (8th ed., International ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Raundalen, M. (2007). Det enkle barneperspektivet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(2), 176-177.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., . . . Weimand, B. M. (2015). *IS-0522 Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. Retrieved from [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn som p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf)
- Slettebø, Å. (2007). Grunnlag for god helsesøsterpraksis - Etske utfordringer i helsesøstertjenesten. In K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (Eds.), *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (pp. 35-47).
- Statistisk sentralbyrå. (2016). Kommunehelsetjenesten 2015. Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko/aar>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). Nøkkeltal for helse. Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/nokkeltall>
- Store norske leksikon. (2016 (22. november)). Hippokrates Fra Kos. Retrieved 20. april 2017 https://snl.no/Hippokrates_fra_Kos.
- Studieplan 2014. (2013, sist revidert 03.03.14). *Studieplan. Master I helsefag. Studieretning helsesøsterfag. Norges Arktiske Universitet*. uit.no Retrieved from https://uit.no/Content/371427/studieplan_helses%C3%B8ster_kull_14_.pdf.
- Søberg, A. N. (2009). I hvilken grad er anbefalinger fra Rundskriv IS-5/2006: "Oppfølging av barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre " implementert i praksis?
- Talgø, K. H. (2014). Ungdom søker helsesøster. Retrieved from <https://sykepleien.no/2014/11/ungdom-soker-helsesoster>
- Tjora, A. H. r. (2012). *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Utdanning og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanningen*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269386-rammeplan_for_helsesosterutdanning_05.pdf.
- Utdanning.no. (Sist oppdatert 02.03.2017). Yrkesbeskrivelse Allmennlege

- "Yrkesbeskrivelsen er basert på åpne data fra utdanning.no og er underlagt Norsk lisens for offentlige data (NLOD). Teksten vedlikeholdes på yrkessiden på utdanning.no". Retrieved from <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/allmennlege>
- Vangen, S., & Huxham, C. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (pp. 67-87).
- Waldum-Grevbo, K. S., & Haugland, T. (2015). Hvor er helsesøstre? En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*(4), 352-360.
- Wansink, H. J., Janssens, J. M. A. M., Hoencamp, E., Middelkoop, B. J. C., Hosman, C. M. H., Fogarty, C. T., & Mauksch, L. (2015). Effects of Preventive Family Service Coordination for Parents With Mental Illnesses and Their Children, a RCT. *Families, Systems, & Health*, 33(2), 110-119. doi:10.1037/fsh0000105
- Wifstad, Å. (1993). *Helhetsforståelse og kommunikasjon. Filosofi for klinikere*. Universitetet i Tromsø, Munin. Retrieved from <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/7019/report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (pp. 16-34).
- Ødegår, A. (2009). Konstruksjoner av samarbeid. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (pp. 52-66).
- Aalmen, T. (2015). Tverrfaglig innsats ivaretar de svakeste barna. *Spor*(1), 32-35.

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD



Ellinor Beddari
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 18.08.2016

Vår ref: 49210 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.07.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>49210</i>	<i>Hvilke samarbeidsmuligheter har helsesøster når det gjelder oppfølging av barn som pårørende?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellinor Beddari</i>
<i>Student</i>	<i>Lena Torbergsen</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

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

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lena Torbergsen lena_to@hotmail.com



Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet så fremt navn og kontaktinformasjon til student og veileder oppgis på side 2.

Personvernombudet legger til grunn at forskere og studenter følger UiT Norges arktiske universitet sine rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres.

Forventet prosjektslutt er 01.09.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Vedlegg 2: Forespørsel til kommunene

Forespørsel om å kontakte helsesøstre i forbindelse med mastergradsstudie

I forbindelse med min utdanning ved UIT Norges arktiske universitet skal jeg skrive en masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøster. Jeg har valgt å ha fokus på barn som pårørende og hvilke samarbeidsmuligheter helsesøstre har når det gjelder oppfølging av disse barna og deres familier. Formålet med studien er å se på hvordan barn som pårørende blir ivaretatt av helsesøstre og om hvordan dagens praksis for samarbeid med andre profesjoner fungerer.

For å få gjennomført mitt prosjekt er jeg avhengig av å kunne intervju en gruppe helsesøstre, ansatt i den kommunale helsetjenesten. I gruppen vil det bli stilt spørsmål og man kan sammen diskutere og reflektere over svarene. Intervjuet vil ha en varighet på 1-1,5 time. Alt data som fremkommer i intervjuet vil anonymiseres og det vil ikke være mulig å spore det tilbake til Deres kommune. Prosjektet er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata) og er planlagt avsluttet i mai 2017.

Jeg ber herved om tillatelse til å kontakte ledende helsesøster i Deres kommune for å legge frem mitt prosjekt og be om bistand til å rekruttere helsesøstre som har vært i jobb i den kommunale helsetjenesten i minimum 3 år.

Dersom det er spørsmål til prosjektet er De hjertelig velkommen til å ta kontakt med meg eller min veileder.

Kontaktinformasjon til veileder:

Førstelektor Ellinor Beddari

Tlf.nr:

Mail adr.:

Håper på raskt og positivt svar, helst innen 25. september 2016 pr brev eller på mail.

Med vennlig hilsen

Mastergradsstudent Lena Torbergsen

Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse til prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

”Klarer helsesøstre å ”fange opp” barn som pårørende?”

- og eventuelt hvordan klarer helsesøstre å fange opp disse barna?”

I forbindelse med min utdanning ved UIT Norges arktiske universitet skal jeg skrive en masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøster. Jeg har valgt å ha fokus på barn som pårørende og hvordan helsesøster fanger opp disse barna, og formålet med studien er å se på hvordan dette fungerer i praksis.

Ved å delta i studien blir du med i en gruppe på 5-7 andre helsesøstre, og meg som moderator. Her vil det bli stilt noen spørsmål hvor man sammen kan diskutere og reflektere over svarene. Intervjuet/samtalen vil vare i ca. 1-1,5 time. Her vil man prøve å finne et lokale som er i nærheten av der dere jobber slik at det ikke blir mye unødig reisetid.

Intervjuet/samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Dette for å sikre at jeg får med meg all informasjonen som kommer frem i samtalen. Disse lydbåndene vil bli oppbevart utilgjengelig for uvedkommende og vil bli slettet rett etter at studien er ferdig. Alle data vil bli anonymisert gjennom hele prosessen, og vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven. Masteroppgaven skal etter planen sendes til godkjenning i mai 2017.

Som deltakere til studien søker jeg helsesøstre med minimum 3 års erfaring fra den kommunale helsesøstertjenesten. Deltakelse i studien er frivillig og du kan når som helst, frem til innsending, trekke deg fra studien uten å måtte begrunne hvorfor du ønsker å trekke deg.

Dersom du har spørsmål eller kunne tenke deg å delta på denne studien håper jeg du kan ta kontakt med meg på telefon eller mail. Eventuelt kan du kontakte min veileder.

Kontaktinformasjon til veileder:

Førstelektor Ellinor Beddari

Tlf.nr:

Mail adr.:

Med vennlig hilsen

Mastergradsstudent Lena Torbergesen

Tlf.nr:

Mail adr:

Vedlegg 4: Samtykkeskjema

Samtykke til deltakelse i studien

”Hvilke samarbeidsmuligheter har helsesøster når det gjelder oppfølging av barn som pårørende?”

Jeg har mottatt informasjon om studien, og ønsker å stille til gruppeintervju/-samtale. Jeg har også mottatt informasjon om at studien er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg uten å oppgi begrunnelse.

(dato og signatur)

Jeg kan kontaktes på telefon nr

eventuelt mailadresse:

Vedlegg 5: Intervjuguide

Oppvarmingsdel: Jeg vil starte med å gi en kort introduksjon av meg selv og formålet med mitt prosjekt. Samtidig vil jeg informere om at jeg under intervjuet vil bruke to lydopptakere og bakgrunnen for dette. Jeg vil også nevne at de fortsatt har mulighet til å trekke seg hvis de ønsker det uansett hvor i prosessen studien er.

Før jeg går i gang med selve intervjuet vil jeg høre om informantene har noen spørsmål og jeg vil åpne for muligheten til at de kan stille spørsmål underveis hvis det er noe som er usikkert. Under hele intervjuet vil jeg bygge opp med oppfølgingsspørsmål hvor målet er å få informantene til å utdype og snakke mer om temaet; kan du si mer om det?, kan du gi noen eksempler på det?

Ønsker i denne delen av intervjuet å få et innblikk i hvilke jobberfaringer helsesøstrene har og hvilke erfaringer de har med *barn som pårørende*

- Ønsker at hver enkelt av helsesøstrene kort kan fortelle hvor lenge de har jobbet som helsesøster og hvilken type arbeidserfaring de har (helsestasjon, skolehelsetjenesten, andre arbeidsområder).
- Hvilken erfaring har dere med barn som pårørende?
 - Har dere egne erfaringer med *barn som pårørende* eller er de gjenfortalt av andre?
- Hvilke barn vil du si etter din erfaring kommer inn under betegnelsen «barn som pårørende»?
 - Hva er bakgrunnen for at det er disse barna dere ser i kategorien barn som pårørende?
 - Tenker dere at det er nødvendig at helsesøster involveres i alle barn som pårørende?
 - Evt. hvilke kriterier tenker dere er grunn for å involvere seg/ikke involvere seg?

Ved å stille disse spørsmålene i gruppa vil jeg få et innblikk i helsesøstrenes forståelse av hvem barn som pårørende er og hvilken erfaring de eventuelt har om dette temaet.

Refleksjonsdel: her vil jeg dra frem hovedpunktene som jeg har beskrevet sammen med problemstillingen. I tillegg vil jeg følge opp med spørsmål videre ut ifra det helsesøstrene forteller.

- Hvordan får helsesøster informasjon om at barn er pårørende i ulike situasjoner
 - Eventuelt: Hvem er det som fanger de opp?
 - Har du selv opplevd å ”fange opp” noen av disse barna?
 - Hva tenker dere er årsaken til at barn som pårørende blir/ikke blir fanget opp av systemet?
- Samarbeid kan være både formelt og uformelt (opp til den enkelt helsesøster). Hvordan vil du si samarbeidet rundt kartleggingen disse barna er?
 - Eventuelt (hvis det foregår et samarbeid)
 - hvordan opplever helsesøstrene det eventuelle samarbeidet?
 - I mellom hvilke instanser foregår det samarbeid?
 - hvilken betydning har samarbeidet for helsesøstrene i den videre jobben med *barn som pårørende*?
 - Eventuelt (hvis det ikke foregår et samarbeid)
 - Tenker dere at et organisert samarbeid med andre instanser ville hatt betydning for kartleggingen av *barn som pårørende*? Hvorfor?
 - Hvem tenker dere ville ha vært aktuelle samarbeidspartnere/samarbeids instanser
- Hvordan opplever dere at fokuset på disse barna er i det faglige miljøet blant helsesøstre?

- I utdanningen?
- I kommunehelsetjenesten?

Avslutningsdel: her blir det viktig å oppsummere hovedtrekkene av intervjuet. Se til at man har skjønnet det deltakerne har sagt, og gi rom for at de kan tilføye mer informasjon hvis de ønsker det.

Avrundning

Helt avslutningsvis ønsker jeg å fortelle litt om gangen videre i prosjektet før jeg takker alle for at de har latt meg få mulighet til å gjennomføre mitt prosjekt. Uten deres deltakelse vil det aldri bli en studie.