



Når eleven endrer atferd - barn som pårørende

En kvalitativ studie av skolehelsetjenestens utfordringer i forhold til å støtte, hjelpe og tilrettelegge for barn og unge som er pårørende av foreldre med psykiske vansker og rusproblematikk.

Anne-Turid Mellerud Karlsrud

Master i spesialpedagogikk rådgivning og endringsarbeid
Avdeling for pedagogikk og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer
Vår 2016



**Høgskolen
i Lillehammer**

Lillehammer University College • hil.no

Sammendrag

I denne studien så har jeg drøftet hvilke utfordringer skolehelsesøstre har i sin arbeidshverdag i forhold til å kunne støtte, hjelpe og tilrettelegge for barn som er pårørende av foreldre med psykiske vansker og/eller rusmisbruk. Hvilke hjelp og støtte kan de tilby eleven når forelderens utvikler psykiske vansker og /eller rusmisbruk? Hvordan kommer de i kontakt med barn som trenger hjelp og støtte? Og hvilke erfaringer har skolehelsetjenesten i forhold til tverrfaglig samarbeid?

Med bakgrunn i at skolehelsetjenesten som lavterskeltilbud vil kunne være en viktig støttefunksjon for eleven når elevens foreldre utvikler psykiske vansker og rusproblematikk, så har jeg intervjuet 6 skolehelsesøstre ved ulike skolehelsetjenester i Sør- Norge. Alle helsesøstrene i studien argumenterte for at barn som pårørende har behov for hjelp og støtte. Studien hermeneutiske og fenomenologiske utgangspunkt, gjorde det mulig å studere helsesøstrene ute i felten, i deres egen setting. Studiens utgangspunkt er kvalitativ undersøkende. Dette ga mulighet til å hente inn helsesøstrenes egne dybdeforståelser, perspektiver og opplevelse, som utgjør studiens empiri.

I analysen så fant jeg 4 hovedutfordringer i skolehelsesøsterens arbeidshverdag, med bakgrunn i tematikken i denne studien; 1) Helsesøstrene opplevet at egen fagkunnskap er lite kjent hos andre faggrupper, 2) Det er en nesten fullstendig stillhet rundt foreldres rusmisbruk, 3) Helsepersonell og fastleger tar i svært liten grad kontakt med skolehelsetjenesten når foreldre blir innlagt /utvikler et rusmisbruk eller/ og psykiske vansker, 4) Forelderens tror egen epikrise videresendes automatisk til skolehelsetjenesten ved innleggelse til behandling, og barnet dermed er ivaretatt, uten at dette er tilfelle.

Helsesøstrenes opplevelse av at egen tjeneste, fagkunnskap og forebyggende kunnskap var lite kjent og benyttet av andre faginstanser, gjorde at helsesøstrene ble brukt i mindre grad enn ønskelig. At kunnskapen og handlingsrommet var lite kjent, førte også til at andre faggrupper kunne gjøre lovnader på helsesøstrenes vegne til foreldre, som kunne være problematisk å etterkomme.

Det kom også frem en nesten fullstendig stillhet rundt foreldres rusmisbruk. Det var også en helt klar tredeling i hvilke vansker som var lettest å dele. Somatiske vansker som MS og kreft ble delt både med venner, naboer, lærere og skolehelsesøstre. Psykiske vansker ble delt i mye mindre omfang. Rusmisbruk var det nesten en fullstendig stillhet omkring, både fra foreldre og barn. Hemmelighold gjorde det vanskelig for helsesøster å hjelpe eleven, fordi eleven ofte ikke turte å åpne seg. Der foreldre vegret seg for at barnet skulle vite, gjorde dette det også vanskelig å hjelpe, støtte og

tilrettelegge for eleven. Hemmeligholdet gjorde det også vanskelig å informere lærere, slik at disse kunne ta hensyn til eleven.

Oppringninger til helsesøstre fra helsepersonell og fastleger om barnets situasjon når forelderen blir innlagt, viste seg å være på et minimum. Dette gjorde det vanskelig for helsesøstrene å få tak i elevens situasjon, samt å hjelpe. Flere av helsesøstrene arbeidet ved både barne-, og ungdomsskole, og hadde fartstid i oppimot 20 år i tjenesten. Dette indikerer at det kan finnes en omfattende underrapportering fra helsepersonell og fastleger.

Foreldre kunne også være i den tro at barnet var ivaretatt av skolehelsetjenesten. Dette skyldes tro på at egen epikrise videresendes automatisk til skolehelsetjeneste ved innleggelse til behandling. Dette skapte et behov for at det fra helsepersonell sin side må sikres at foreldre er kjent med at slik informasjon ikke går automatisk. Foreldre kunne også ha gitt samtykke til å videreformidle barnets behov til helsesøster, uten at dette hadde funnet sted. Helsesøstrene så dermed et viktig behov for å formidle tydeligere informasjon om hvem helsepersonell hadde kontaktet ved forelderens innleggelse.

Studien viste en klar tredeling i hvilke vansker som er lettest å ta opp. Somatiske vansker som MS og kreft deles både med venner, naboer, lærere og skolehelsesøstre. Psykiske vansker er vanskeligere å dele. Helt nederst er rusproblematikk, som det er en nesten fullstendig stillhet omkring.

Tilbakemeldingene fra rusinstitusjonene var i fåtall. Flere av helsesøstrene hadde lang fartstid i tjenesten i fra både barne-, og ungdomsskole, tilbakemeldingene i denne tiden hadde derimot vært på et minimum. I forhold til problematikkens størrelse så indikerer dette en høy underrapportering.

Flere av skolehelsesøstrene var av den tro at mangelen skyldes stigma innenfor behandlingsstedene i forhold til å ta opp problematikken med foreldre, samt at kunnskapen om hvor tidlig barn egentlig reagerer var lite kjent.

I denne studien så kom det frem at til tross for at helsesøstre kan ønske å bidra med sin fagkunnskap, så kan ytre faktorer som organisatoriske hindringer og ressursmangel gjør det vanskelig å følge opp pasienters barn. Et systemfokus kan gjøre at forelderen i behandling ses kun som en pasient, og ikke som en forelder, som gjør at barnet blir borte. Stigma og hemmelighold gjør det også vanskelig å få tak i problematikken fra både fra barnet, men også fra forelderen selv. Helsesøstrene åpnet derfor for et behov for at helsepersonell i behandling må oppmuntre forelderen til å åpne opp for å fortelle.

Å gi rom for eleven til å dele uten å overinvolvere

Forord

Det er med en blanding av ekstatisk glede og vemod, at jeg endelig kan sette sluttstrek for denne masteroppgaven! Arbeidet med oppgaven har tatt meg med inn i et for meg ukjent landskap, gjennom brokete omveger, som har gjort at jeg nesten har gitt opp. Heldigvis så har jeg ikke det.

Tusen takk til min veileder Astrid Halså, for konkrete og klare tilbakemeldinger. Din faglige hjelp underveis har vært helt uvurderlig.

Tusen takk også til helsesøstrene i denne studien som lot seg dybde intervjuer tross en travel hverdag. Dere ga meg verdifull erfaringer og innsikt omkring hvilke utfordringer dere står i forhold i deres arbeidshverdag i forhold til tematikken i denne studien.

Det er mange som har stått ved sidelinjen og heiet underveis i skriveprosessen av denne oppgaven. Ikke minst gjelder dette mine fire kjempeflotte sønner, som jeg er superstolt av. Tusen takk for masse god humor underveis Eirik, det har hjulpet meg til å holde humøret oppe, når jeg har kjørt meg fast. Gratulerer med dagen i dag Thomas, og tusen takk for foreldrerulling midt oppe i oppkjøringen av oppgaven. Det ga masse ny og god energi til slutføring av oppgaven. Akkurat nå så tror jeg kanskje vi begge to er like slitne. Tusen takk Petter og Pål for all teknisk støtte, omsorg og positivitet. Det har vært helt uvurderlig. Gratulerer også med dagen din i dag Pål, og tusen takk for at jeg fikk bruke litt av den til å gjøre meg ferdig. Tusen takk også til mannen i mitt liv, Atle. Uten din støtte, oppmuntring og omsorg, så hadde jeg aldri blitt ferdig, eller kommet meg gjennom studiet. Endelig så kan jeg gi dere 100 % av min oppmerksomhet!

En spesiell takk også til Marit, Trude og Line for god støtte, omsorg og fine pioner underveis! Og til mor og pappa som alltid er der.

Hurra, endelig er jeg i mål!

Gjøvik 17. mai 2016

Anne-Turid Møllerud Karlsrud

Innhold

KAPITTEL 1 INNLEDNING.....	7
1.1 BEHOVET FOR YTRE STØTTE, OG VANSKER MED Å TA OPP TEMAET	7
1.2 SKOLEHELSETJENESTEN SOM EN LAVTERSKELE STØTTEMULIGHET.....	9
1.3 STUDIENS PROBLEMSTILLING OG FORMÅL	10
1.4 MIN INTERESSE FOR Å FORSKE PÅ DETTE TEMAET.....	11
1.5 STUDIENS OPPBYGNING	11
KAPITTEL 2 KUNNSKAPSSTATUS: FORELDRENE VANSKER OG BARNETS UTFORDRINGER ...	13
2.1 VANSKENES INNVIRKNING PÅ BARNET.....	14
2.1.1 Den friske forelderen og ivaretagelse av barnet.....	16
2.1.2 Når rollene byttes – og behovet for støtte.....	17
2.2 Å HOLDE PÅ FASADEN - INNVIRKNING PÅ SKOLEARBEID OG EGEN ATFERD	18
2.2.1 Konsekvenser for personlig og sosial utvikling i skolegården.....	19
2.2.2 Atferd som lært regulering og overlevelsestrategi	20
2.1.2 Hjelp i et mestrings og utviklingsperspektiv	21
2.3 SKOLEHELSETJENESTEN – ET LAVTERSKELETLIBUD OG EN STØTTEMULIGHET.....	22
2.3.1 Å styrke den enkelte ressurser for å mestre eget liv.....	23
2.3.2 Helsesøstres kunnskap om barn og unges problemutvikling	25
2.3.2 Tverrfaglig samarbeid	26
KAPITTEL 3 METODE – ET INNBLIKK I EN ANNEN FAGGRUPPES UTFORDRINGER.....	29
3.1 METODOLOGISK UTGANGSPUNKT	29
3.1.1 Kontaktetablering - og presentasjon av informantene.....	31
3.1.2 Intervjuguidens betydning for intervjuet.....	33
3.1.3 Datainnsamling og transkribering - overblikk og analyse	34
3.2 METODEKRITIKK.....	35
3.2.1 Reliabilitet og validitet	36
3.2.2 Egen forskerrolle og etiske utfordringer.....	37
KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV RESULTATER	40
4.1 FIRE VEGGER OG EN ÅPEN DØR – OM HVA VI KAN TILBY	40
4.1.1 Hemmeligholdet- Når foreldene vil tie, og eleven ikke tør fortelle.....	41
4.1.2 Kontakten varierer med alder og kjønn.....	47
4.1.3 De ringer ikke – om nødvendigheten av å bli informert	48
4.1.4 Foreldre tror vi vet, også vet vi ikke – om følger av informasjonssvikt.....	50
4.1.5 De tar fortsatt ikke kontakt- tross informasjonssøkning	51
4.1.6 Oppsummering.....	52
4.2 SKOLEN SOM PAUSEOMRÅDE – OM Å DELE AKKURAT PASSE MYE INFORMASJON	52
4.2.1 Å måtte trø varsomt – for å forhindre at eleven forsvinner	54
4.2.2 Oppfølging - knapp tid, mange elever og akutte behov	55
4.2.3 Tverrfaglig samarbeid - om å forhindre blinde flekker	57
4.2.4 Vår fagkunnskap – er lite kjent hos andre faggrupper	59
4.2.4 Oppsummering.....	63
KAPITTEL 5 DISKUSJON.....	64
5.1 INFORMASJONSMANGEL – ET HINDER FOR Å KUNNE HJELPE ELEVEN	69
5.2 TVERRFAGLIG SAMARBEID- OG EN FOR LITE BRUKT SKOLEHELSETJENESTE.....	73

6 AVSLUTNING	77
LITTERATURLISTE.....	80
VEDLEGG 1- BREV FRA NORSK SAMFUNNSVITENSKAPELIG DATATJENESTE (NSD).....	92
.....	92
VEDLEGG 2- INTERVJUGUIDE.....	0
VEDLEGG 3 - FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT	2

Kapittel 1 Innledning

Omfattende forskning viser at psykiske vansker og rusmisbruk hos foreldre, øker faren for vanskelige oppvekstforhold i hjemmet. Den doble utfordringen å skulle mestre en vanskelig hjemmesituasjon i tillegg til å opprettholde en fasade utad, kan gjøre det vanskelig for barnet som pårørende å opprettholde en optimal funksjon. Dette kan føre til at barnet utvikler symptomer som utagering, sinne, skulk og innadvendthet i skolen (Helland & Mathisen, 2009; Olsen & Jentoft, 2010; Backett-Milburn, Wilson, Bancroft & Cunningham-Burley, 2008; Vallesverd, 2014). Elevens atferd og opptreden på skolen viser seg ofte å være en hoved indikator på om eleven er utsatt for risiko. Uro og utagering og/eller dårlig sosiale mestring kan dermed være tegn på at eleven er risikoutsatt (Olsen & Jentoft, 2013). Et ensidig fokus på elevens atferds symptomer, uten å se hva symptomene er et uttrykk for, kan føre til at barnet ikke blir forstått og hjulpet på en god måte. Dette kan også føre til at skolens støttetiltak og elevens anstrengelser ikke fungerer (Ruud et al., 2015). Mistilpasning og atferdsproblematikk kan på sikt få alvorlige følger for eleven, ved å påvirke utdanning og livsløp (Nordal, 2000). Å se de økte belastninger barnet utsettes for er viktig for å motvirke ulikheter og frafall i skolen (Ruud et al., 2015). Det er også viktig for å hindre at eleven utvikler psykiske vansker. Gode skoleprestasjoner vil kunne ha en beskyttende effekt, ved å styrke egen selvtillit, mestring-, og problemløsningsevne. Dette vil også kunne ha betydning for å redusere effektene av negative risikofaktorer (Helland & Mathisen, 2009).

Følelsen () av å ha mistet kontrollen er et vesentlig element ved utviklingen av psykiske problemer» (Langaard, 2006, s.33). Å forstå og mestre egen situasjon kan påvirke hvordan egen situasjonen oppleves. Oppleves den som håndterbar, forståelig, og meningsfull, så vil dette kunne bidra til å lette, dempe og fjerne opplevelse av stress (Sommerschild, 1998,s.51). Å få gå på skole, gjøre skolearbeid, være sammen med venner, delta på fritidsaktiviteter, og føle mestring i egen hverdag er av stor betydning for barn som pårørende (Helland & Mathisen, 2009). Ønsket fra barn som pårørende var at skolen skulle kunne legge til rette for pedagogisk fleksibilitet og trygge lærings-arenaer når livet er vanskelig. I møte med skole og skolehelsetjeneste innebar dette blant annet å bli møtt med forståelse for følelsesmessige dilemmaer og lojalitet til egne foreldre (Ruud et al., 2015, s. 111).

1.1 Behovet for ytre støtte, og vansker med å ta opp temaet

Effekten av å leve med foreldre som har psykiske vansker og rusproblematikk er et ukjent kunnskapsområde for mange. Det kan dermed være vanskelig å ta opp temaet. Barn som lever med

foreldre med slik problematikk vil trolig kunne ha et stort behov for støtte av noen med denne type fagkunnskap. Tross at det kan finnes hjelpepersonell i hjemmet for å ivareta forelderen, så viser funn at barn opplever å være alene om sine vanskeligheter. Faste tilgjengelige ressurser over tid, vil derimot kunne bidra til å opprettholde en opplevelse av trygghet (Mordoch & Hall, 2008).

Halvparten av barna i en undersøkelse av Sølvsberg (2011) hadde ikke hatt noen voksen støtte. Undersøkelsen viste at 17 % av barna fikk støtte av den friske forelderen, 16 % ble hjulpet av besteforeldre, 3 % fikk støtte av slektninger, 5 % oppgir at naboen var til hjelp, 10 % har hatt hjelp av familievenner og 10 % fikk hjelp av egen familie. Kun tre av barna i undersøkelsen hadde fått støtte fra offentlig hjelpeapparat.

En studie av Eide & Eide (2007) viser at både mindre barn og ungdom har samme behov for støtte. Ungdom vil imidlertid kunne motta mindre hjelp enn de faktisk trenger fordi de anses som eldre enn de faktisk er. Omfattende forskning som tar for seg betydningen av samtalestøtte for barn som pårørende, viser at støttede samtaler kan gi en viktig opplevelse av at noen bryr seg. Dette kan ha stor betydning når annerkjennelse og forståelse for egen hjemmesituasjon ofte uteblir ifra venner, jevnaldrende, lærere og hjelpere (Frank, 1995; Thomas, Stainton, Jackson, Cheung, Doubtfire & Webb, 2003; Bernando`s, 2006; Warren, 2008; Mordoch & Hall, 2008). Å få oppmerksomhet og få lov til å gi utløp for følelser er ofte forbeholdt den syke forelderen (Sølvsberg, Aase & Walnum, 2002). Barnet vil dermed kunne ha behov for noen å snakke med. Slike samtaler vil redusere opplevelse av angst og isolasjon (Hall, 2004). Å dele erfaringer underveis vil også kunne forebygge problemer i forhold til tilknytning, selvivaretagelse, følelseskontroll og vanskelige opplevelser i ettertid. Å kunne dele vil også kunne ha betydning både for danning av egen livshistorie og identitet. Det vil også ha betydning for valg av løsningsstrategier og mestringsmuligheter underveis i barnets liv. Prososiale voksne og effektive skolemiljø kan også være en beskyttelsesfaktor ved å bidra til å fremme positiv utvikling i tilfeller der barn utsettes for ytre belastninger (Waaktar, 2012). Dette vil kunne bety å klare seg til tross for omsorgssvikt i hjemmet. Slik støtte kjennetegner en normal utvikling til tross for utfordringene risikobarn opplever (Killén, 2012). En multi-senterstudie av barn som pårørende (Ruud et al., 2015), fant at barn ofte har behov for noen å snakke med både om sin egen situasjon, men også for å få informasjon og forstå forelderens sykdom og konsekvenser av den. Omfattende tilknytningsforskning viser også at én trygg tilknytning er tilstrekkelig, for å gi barn gode arbeidsmodeller, der foreldre har utviklet utrygge indre arbeidsmodeller, og svake foreldrefunksjoner. Å inneha minst en slik nær fortrolig, kan gi barnet beskyttelse og bedre mulighet, til å klare seg tross vanskeligheter (Werner & Smith, 1982; Sommerschild, 1998; Killén, 2009). SINTEF sin brukerbaserte evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med

psykiske vansker (Sitter, 2005), viser også at kontinuitet er spesielt viktig for å kunne slippe å gjenta egen historie. Ivaretagelse av barnets informasjon er dermed også av stor betydning. Stabilitet i relasjonen til samtalepartneren oppgis også å være en viktig faktor for barn som pårørende.

1.2 Skolehelsetjenesten som en lavterskel støttemulighet

For barn som vokser opp med foreldre med rusproblematikk og psykiske helseproblemer, så vil skolehelsetjenesten kunne tilby samtalestøtte som en av hjelpemulighetene. Skolehelse-tjenesten som hjelpekontekst har som uttalt lovfestet formål, å skulle forebygge utvikling av fysiske og psykiske problemer og psykososiale vansker § 1-1 (Lovdata). Skolehelsetjenesten som lavterskeltilbud krever ikke henvisning fra andre institusjoner. Tjenesten krever heller ikke involvering fra foreldre. Den kan i tillegg benyttes i skoletiden, ved generelle eller akutte behov for hjelp. Skolehelsetjenesten har dermed en større tilgjengelighet og frihet enn andre helsetilbud. Skolehelsetjenesten følger også barnet fra skolestart i 6 års alder, til skoleslutt i videregående når ungdommen når 18-19 år. Den er dermed også unik ved å kunne tilby tiltak tidlig i elevens livsfase (Helland & Mathisen, 2009).

En undersøkelse av 13-15-åringers hverdagsliv og psykiske helse (Helland & Mathisen, 2009), viser at skolehelsetjeneste og helsestasjon er en av de mest brukte helsetilbudene for barn og ungdom etter lege og legevakt. Tallene er basert på mødres innrapportering av egne ungdommers bruk av helsetilbudet. Bruken kan dermed være både større og mindre enn det undersøkelsen viser. En studie av Olsen & Jentoft (2010) viser imidlertid at skolehelse-tjenesten setter i gang for få tiltak. Tjenesten kritiseres også for ofte å reagere for sent. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse HUS (Myklestad, Johansen & Rognerud, 2005), påviste at kun 10 % av ungdom som utvikler psykiske vansker har vært i kontakt med allmennlege for sine psykiske problemer. Dette kan skyldes at ungdommen får hjelp gjennom andre helsetilbud. Studien viser også at helsehjelp har en lavere dekningsgrad enn hos voksne. Rapporten *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår* (Dahm, Reinar, Kirkehei & Landmark, 2010) finner en øktende bruk av lavterskeltilbudet hos barn og unge. Hvor vidt lavterskeltilbudet bidrar til å bedre psykisk helse, ved at vansken kan avdekkes tidligere, slås det imidlertid tvil om. Rapporten foreslår imidlertid at dette kan være tilfellet, men at dette krever mer forskning. Rapporten *En forsvarlig skolehelsetjeneste?* (Barneombudet, 2014) retter også kritikk til skolehelsetjenesten som forsvarlig tjeneste. Denne rapporten retter anbefalinger til både kommune, skolehelsetjeneste og myndigheter om blant annet behovet for økt innsats, bevilgninger, behov for fleksibilitet og kompetanseheving.

1.3 Studiens problemstilling og formål

Denne studiens tar sikte på å besvare følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Hvilke utfordringer har skolehelsetjenesten i forhold til å støtte, hjelpe og tilrettelegge for barn og unge som er pårørende av foreldre med psykiske vansker og rusproblematikk?

Forskningsspørsmål:

1. Hvilken type hjelp og støtte kan helsesøstre bidra med til barn og unge med rus / psykiske helseproblemer hos foreldre?
2. Hvordan kommer skolehelsetjenesten i kontakt med aktuelle barn og unge som trenger hjelp og støtte?
3. Hvilke erfaringer har skolehelsetjenesten i forhold til tverrfaglig samarbeid?

Vanskelige hjemmeforhold kan føre til at barn som pårørende får redusert sine muligheter til læring på grunn av konsentrasjonsproblemer. Skolehelsetjenesten som lavterskeltilbud vil trolig kunne være en støtte for disse barna, ved at det gis åpning for blant annet støttende samtaler. Jeg ønsker med denne studien å undersøke skolehelsetjenestens oppfølging av barn og ungdom, som er pårørende til foreldre med psykiske vansker og rusproblematikk. Jeg har intervjuet helsesøstre for å undersøke hvilke utfordringer de møter i sin arbeidshverdag i arbeidet for å kunne hjelpe, støtte og tilrettelegge for barn som pårørende. Å fremskaffe kunnskap om dette feltet er av stor betydning for å kunne forhindre et ensidig fokus på elevers problematferd. Å møte forståelse, støtte, fleksibilitet og trygge læringsarenaer når livet er vanskelig kan dermed bidra til å redusere negative risikofaktorer. Å hjelpe eleven til å oppleve kontroll over eget liv vil kunne bidra til at eleven kan få en normalutvikling tross belastningene eleven utsettes for.

Formålet med prosjektet er i hovedsak å avdekke skolehelsetjenestens utfordringer i forhold til å kunne støtte, hjelpe og tilrettelegge for barn som pårørende. Formålet er også som blivende spesialpedagog å samle kunnskap om andres fagfelt, og mulighet for tverrfaglig samarbeid slik barnet kan oppnå helhetlig hjelp, støtte og forståelse.

Avgrensninger:

Temaet i studien er avgrenset til å gjelde både psykiske vansker og rusmisbruk, på grunnlag av at problemområdene ofte vil kunne opptre sammen, eller være resultat av hverandre. Studien omfatter barn og ungdom i alderen 6-16 år. Hele gruppen vil i denne studien omtales som *barn*. Studier og funn som viser spesifikt tilbake til kun ungdom dvs. fra 13-16 år vil derimot omtales som *de unge*. Begrepet foreldre viser til de omsorgspersoner som barnet lever med dvs. biologiske foreldre eller

adoptivforeldre. Begrepet vil imidlertid også bli benyttet om biologiske foreldre som ikke lenger har omsorgen for barnet. Dette begrunnes i at selv om barnet ikke lengre bor med biologiske foreldre, så vil forelderens ve og vel allikevel kunne ha betydning for barnet samt påvirke barnets velbefinnende. Barn vil dermed fremdeles kunne regnes som pårørende selv om barnet har måtte flytte i fosterhjem på grunn av foreldrenes situasjon.

1.4 Min interesse for å forske på dette temaet

Bakgrunn for denne studien, er troen på at et tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner, og kunnskap om hverandres fagfelt, kan være av stor betydning for å avdekke barn med vanskelige hjemmeforhold sine utfordringer i skolehverdagen på et tidligere tidspunkt. Større forståelse for barn som pårørende sine utfordringer, vil trolig også kunne gjøre det lettere å forstå den bakenforliggende årsaken til vanskelig atferd.

Min forskningsinteresse for tematikken *barn som pårørende* har utgangspunkt i et psykologisk førstehjelpskurs; Barn som pårørende, lettende samtaler på RBUP i Nydalen i 2013, hvor fire ungdommer fortalte om hva som hadde vært nyttig under egen oppvekst med foreldre med rusproblematikk og psykiske vansker. Det som var fremtredende var deres felles opplevelse av å ikke bli sett, hørt eller hjulpet av en autentisk og langvarig relasjon og profesjonelle som strakk seg utover det som var forventet. *Utover forventet* ble blant annet definert som fleksibilitet til å kunne gi rom for mulighet til utvidet møtetid, fordi behovet for noen å snakke med ikke alltid samsvarte med den oppsatte tiden, slik at avlyste samtaletimer opplevdes svært dramatisk når annet nettverk var utilgjengelig. Dette betød at de måtte klare seg selv frem til en ny oppsatt time. Relasjonen ble oppfattet som mer ivaretagende hvis møtet ble lagt til steder som opplevdes som mer naturlig for ungdommen, som eksempelvis en kafe.

Interessen for tematikken barn som pårørende skyldes også mange samtaler med en bekymret barneansvarlig fra en psykiatrisk avdeling i Oppland, som ofte har stilt seg spørsmålet; hva skjer med barna etter at vi har kartlagt de? Blir de fulgt opp?

Min hypotese er at lavterskel samtalestøtte og hjelp utenom undervisning ideelt sett vil kunne hjelpe elever med vanskelige hjemmeforhold til å kunne mestre sitt eget liv, og skole-situasjonen bedre.

1.5 Studiens oppbygning

Denne studien er bygget opp av seks deler, hvorav *den første* består av en innføring i tematikken samt studiens problemstilling. *Del to* av studien, presenterer, gjennomgår og drøfter kunnskapsstatus

og forskning som er gjort i forhold på de ulike feltene tidligere nasjonalt og internasjonalt. Empirien ses med utgangspunkt i betydningen av empowerment og mestring ved hjelp av Antonovskys teori om science of coherence (salutogenese). *Del tre*, som er den metodiske delen, beskriver og drøfter studiens vitenskapelige metode, etiske retningslinjer og implikasjoner. I *del fire*, så blir studiens hovedfunn gjort rede for. I *del fem* diskusjonsdelen, ses hovedfunnene opp mot tidligere forskning på feltet. I den avsluttende *del seks* så blir studiens konklusjoner, begrensninger og implikasjoner for videre forskning lagt frem.

Kapittel 2 Kunnskapsstatus: Foreldrenes vansker og barnets utfordringer

Når foreldre utvikler alvorlig rusmisbruk og psykiske vansker, så viser flere studier at dette påvirker forelderens generelle evne å ivareta egne barn, fordi fokuset bevisst eller ubevisst legges på egne behov (Killen, 1988; Halså, 2008). Psykiske vansker og rusmisbruk kan variere i styrke fra helt milde til alvorlige vansker. Funksjonsevne og ivaretagelse vil imidlertid kunne svekkes allerede ved milde til moderate psykiske vansker og/eller rusmisbruk. Dette kan bety at forelderen kan gå fra å være en normal ressursperson, til å bli en belastning for barnet allerede tidlig i forløpet (Ahlgren, 2001). Å erkjenne slike vansker vil kunne ta tid. Dette betyr at barnet vil kunne oppleve forelderens atferd og ivaretagelse som problematisk, lenge før vanskene blir så alvorlige at forelderen kommer inn under behandling (Lindgaard, 2015).

Å tallfeste hvor mange barn som lever med foreldre som enten har et rusproblem eller en psykisk lidelse eller begge delene er problematisk. Både rusmisbruk og psykiske vansker varierer i alvorlighetsgrad, og er dermed vanskelig å definere. Rusproblematikk og psykiske vansker blir også ofte holdt skjult. Dette gjør det vanskelig å finne eksakte tall for hvor mange foreldre som har slike vansker. Det kan dermed være store mørketall av barn som lever med foreldre som av ulike grunner ikke er kommet under behandling. På grunnlag av slike usikkerhetsfaktorer, så anslo Nasjonalt folkehelseinstitutt i 2011 (Torvik & Rognmo, 2011, s. 4) ut ifra statistiske utregninger av totalbefolkningens sannsynlighet til enten å ha et rusproblem eller psykisk vanske. Beregningene kom frem til at hele 450 000 barn (40,5 %) har foreldre med helt milde til alvorlige psykisk lidelser, alkoholproblem, eller en kombinasjon av både et rusproblem og en psykisk vanske. Av disse så har hele 115 000 barn og ungdom en eller to foreldre hvor de psykiske vanskene er så alvorlige at dette innvirket på daglig fungering. I forhold til rusmisbruk så viser utregningene at 90 000 barn lever med foreldre med alkoholmisbruk, hos 30 000 av disse barna har enten den ene eller begge foreldrene et alvorlig alkoholmisbruk.

Empiri viser at barn som pårørende ofte betraktes som en ensartet gruppe, sosialt kategorisert som barnet av den syke forelderen. Utfordringen ved en slik kategorisering er at dette opprettholder barnet i sin posisjon som å være en del av den syke forelderen. Ivaretagelsen vil dermed kunne bli farget i et risiko og avviksperspektiv, hvor barnet forhindres i å være en aktiv aktør i eget liv (Rabbe, 2010; Halså, 2012). En styrking av barnets mestring- og problemløsningsevne vil derimot kunne redusere effekten av negative risikofaktorer (Mathisen & Helland, 2009). Med utgangspunkt i Antonovsky (Sommerschild, 1998, s.51) teori om generelle motstandsressurser - *salutogenese* så vil forståelse og mulighet til å mestre egen situasjon påvirke hvordan situasjonen oppleves. Hvis den

oppleves som håndterbar, forståelig, og meningsfull, så vil dette kunne bidra til å lette, dempe og fjerne opplevelse av stress. Å mestre egen livssituasjon kontra å motta hjelp kan også forhindre *Matteus – effekten*, hvor den pårørende forblir i sin risiko og avviksrolle. Et ensartet fokus på barnet som en pårørende, kan forhindre fokus på barnets mestring av situasjonen. Det vil også kunne forhindre utvikling av ytterligere handlingskompetanse for å kunne takle situasjonen (Rabbe, 2010). Å vektlegge ressurser hos barnet fremheves av stor betydning i resilliens fremmede arbeid (Waaktar, 2012). Dette vil kunne innebære å se barnet som en som forsøker å håndtere og se sammenhenger, og som ivareta både egen familie og identitetsdannelse (Rabbe, 2010; Halså, 2012).

Hva kan skolehelsesøstrene bidra med for å støtte, hjelpe og tilrettelegge? Og hvilke utfordringer har skolehelsesøstrene i forhold til å kunne gjøre dette? Både internasjonal og nasjonal forskning tar opp tematikken barn med omsorgsansvar/barn som pårørende. Lite nasjonal forskningen er imidlertid gjort ut ifra barnets eget perspektiv, samt i forhold til barnets behov for å dele problematikken. Forskningsfokuset har ofte vært på skolehelse-søstrenes tilgjengelighet og bemanning, samt implikasjonene i forhold til dette. Det har derimot vært gjort lite nasjonal forskning i forhold til skolehelsetjenesten som en støttende arena. Få nasjonale studier har tatt for seg utfordringer skolehelsesøstre har i forhold til å kunne hjelpe, støtte og tilrettelegge for barn som pårørende. I den første delen i dette kapitlet redegjør jeg for hvilken innvirkning forelderens vansker har på barnets konsentrasjon, skolearbeid og sosiale liv i skolen. Dette er viktig for å forstå hvilke belastninger barnet kan utsettes for. Deretter legger jeg frem betydning av en trygg kontekst, samt frem nasjonal og internasjonal forskning omkring skolehelsetjenesten, og betydningen av tverrfaglig samarbeide.

2.1 Vanskenes innvirkning på barnet

For å kunne lære så er konsentrasjon essensielt, dette forutsetter at hjernen ikke er opptatt på annet hold. Når foreldre utvikler psykiske vansker og/eller rusproblematikk så kan det medføre at barnet utsettes for vanskelig og skremmende atferd og situasjoner, som kan få følger for barnets utvikling, og konsentrasjon. Rusmisbruk omfatter i denne studien bruk av både rusmidler som alkohol, samt foreskrevne og legale medikamenter som metadon og lovlig løsemidler. Det omfatter også bruk av illegale stoffer som heroin, amfetamin, kokain, crack, cannabis, ecstasy osv. Disse rusmidlene vil enkeltvis eller i kombinasjon kunne utløse angst, psykoser, paranoia, synsforvrengninger, angst, abstinens og aggressivitet hos forelderens (Helsedirektoratet, 2010). Narkotiske stoffer vil både kunne øke forelderens impulsivitet, men også svekke forelderens konsentrasjon, hukommelse og kritisk evne. Dette kan føre til neglisjering og selvmotsigelser, som kan være svært forvirrende for barnet.

Det kan også føre til at barnet utsettes for alvorlige konsekvenser som omsorgssvikt og overgrep. I tillegg vil barnet kunne oppleve et høyere nivå av vold enn jevnaldrene (Velleman & Templeton, 2007). Alkoholmisbruk hos spesielt far kan også øke faren for et farlig høyt alkoholforbruk hos barnet (Haugland, Holmen, Ravndal, & Bratberg (2013).

Alvorlige psykiske vansker som schizofreni, psykoser, angst eller tunge depresjoner kan gjøre samhandling med foreldre utfordrende, skremmende og uforståelige (Lauveng, 2011).

Narkotikamisbruk og dype depresjoner kan dessuten gjøre forelderen uttrykksløs, og vil kunne øke behovet for å trekke seg vekk fra forelderen. Døtre er mest påvirket av mødre (Toda & Fogel, 1993). Trolig fordi døtre er mest avhengig av mødres respons. Hvis forelderen er utilgjengelig, eller ikke beskytter barnet så kan dette etter hvert utvikle usikre eller desorganiserte tilknytningsvansker hos barnet (Killén, 2009). Omfattende studier viser at selv små endringer i samhandlingsmønstre mellom foreldre og barn, kan føre til både utviklings-, og psykologiske forstyrrelser (Perry, 2000; Söderström & Skårderud, 2009,s.62; Nordanger & Braarud, 2014). Medisinering som vil kunne lette psykiske vansker, kan gjøre forelderen fjern og distansert. Dette gjelder også for bruk av metadon (Folkehelseinstituttet, 2015). Medisinering for å gjøre forelderen mer rustet til å ivareta egne barn, vil dermed kunne redusere evnen til å holde fokus. Samhandlingen kan også bli uforutsigbar (Bøje et al., 2002).

Alvorlig rusmisbruk og psykiske vansker kan redusere foreldrenes evne som arbeidstager. Dette kan få ringvirkninger for familiens økonomi, ved at familien i verste fall må flytte. Svak økonomi kan også redusere barnets mulighet til å delta i aktiviteter med jevnaldrende. Forelderens evne som venn og nabo kan også bli redusert. Dette kan føre til at familiens nettverk blir svekket. Barnet kan dermed risikere å stå helt uten nettverk. Narkotikamisbruk øker også behovet for penger, som i verste fall vil kunne utløse uønskede konsekvenser som kriminell aktivitet (Killen, 1988; Ghate & Hazel, 2002; Velleman & Templeton, 2007). En internasjonal undersøkelse av Currie & World Health Organization Regional Office for Europe (2012), viser at det finnes klare sammenheng mellom en familie sin økonomiske forutsetning, og påvirkningen dette har på barnets liv, i forhold til antall venner, støtte fra klassekamerater og nærhet til foreldre. En undersøkelse utført av Uni Research (2013) viser lignende funn. Barn i familier med dårlig økonomi hadde flere symptom på atferdsproblem, konsentrasjonsvansker, emosjonelle vansker, vansker i vennerelasjoner og søvnproblemer. En undersøkelse utført av NOVA (Mossige & Stefansen, 2007) fant at dårlig råd og rusmisbruk hos foreldre også økte risikoen for grov vold mot egne barn. Jentene var mer utsatt for vold fra både mor og far. En studie av Rutter & Quinton, (1984) viser også at den aggressive atferden oftest er rettet mot det mest temperamentsfulle eller *vanskeligste* barnet i familien.

Samspillsvanskene kunne dermed bestå selv etter at situasjonen ble bedre. Hovedrisikoen var imidlertid de psykososiale forstyrrelsene som forelderens atferd skapte i familien. Det er dermed selve resultatet av foreldrenes problem, som aggresjon, truende, irritert og voldelige atferd som er det avgjørende. Psykiske vansker og rusmisbruk hos forelderens kan dermed øke barnets behov for å kunne henvende seg til den friske forelderens.

2.1.1 Den friske forelderens og ivaretagelse av barnet

Det er nærliggende å anta at den friske forelderens ivaretagelse, støttefunksjon og håndtering blir desto viktigere for barnet når den ene av foreldrene sliter med enten alvorlig psykisk sykdom og/eller rusmisbruk. Flere studier viser nettopp at den friske forelderens håndtering har stor positiv innvirkning på hvordan familien og barnet takler vanskene (studie).

Studier viser imidlertid at psykisk sykdom og rusproblematikk kan utløse stress, bekymring og etterhvert depresjon også hos den friske ektefellen. Dette kan redusere den friske forelderens evne og mulighet til å gi omsorg til barnet. Den friske forelderens kan dermed komme til å overse barnet, bevisst eller ubevisst. Dette kan utvikle negative reaksjonsmønstre hvor barnet lærer og ikke søke hjelp, som kan gjøre det vanskelig å fortelle om vanskene til andre utenfor hjemmet (Rutter & Quinton, 1984; Madsen, 2000; Mevik & Trymbo, 2002; Sundfær, 2002). Omfattende studier viser at mangel av ytre støtte for å takle utfordringene, og opplevelsen av å ha mislyktes eller feilet, kan forhindre foreldre fra å søke offentlig hjelp for å takle forelderrollen (Frank, 1995,s.26; Ytterhus et al., 2008 i Ytterhus, 2012,s.36; Vallesverd, 2014,s.13). Når foreldrene ikke makter å ta ansvaret, så kan dette føre til at barnet overtar omsorgsansvaret. Dette kan være for å ta kontroll over situasjonen, eller for å ivareta søsken som også opplever omsorgssvikt (Frank, 1995; Dearden & Becker, 2004; Carpentieri, 2006; Kallander, 2010). Slike omvendte relasjoner, der barnet tar forelderens plass, omtales blant annet som parentifisering (Boszormenyi-Naga & Farmo, 1965, referert i Haugland, 2008). Ved slike bytter så vil tradisjonelle huslige, organisatoriske, private og psykologisk oppgaver, samt ivaretagelse av foreldrenes sikkerhet kunne bli barnets oppgave (Frank, 1995; Shifren, 2001; Dearden & Becker, 2004; Myrvoll, Lund & Kufås, 2004). Å bli brukt som forelderens ressursperson kan tyngre barnets både på kort og lang sikt. Psykiske vansker og rusmisbruk hos den ene eller begge foreldre kan også øke faren for skilsmisse. En studie av Rognmo, Torvik, Idstad & Tambs, (2013) viser at høyt alkoholmisbruk hos den av foreldrene både øker risikoen for psykiske plager hos den andre ektefellen, samt risikoen for skilsmisse med 20 %. En skilsmisse vil kunne øke barnets totale opplevelse av stress. Den vil også kunne svekke andre voksnes mulighet til å følge opp og gripe inn,

hvis vanskene utvikler seg. En skilsmisse kan også øke barnets omsorgsansvar og lojalitet til den syke forelderen, som kan gjøre det vanskeligere å si ifra til andre.

2.1.2 Når rollene byttes – og behovet for støtte

Selv om omsorgsansvaret kan være omfattende, så viser studier at det er vanskelig å identifisere. En av grunnene til hemmeligholdet er frykten for at familien skal oppløses (Haugland, 2008). Rollebytte kan oppfattes både nedverdiggende og stigmatiserende av barnet, men ikke minst av forelderen. Dette gjør det vanskelig å dele byrden med andre utenforstående (Frank, 1995; Warren 2008; Carpentieri, 2006). Ikke alle foreldre oppfatter i hvilken grad barnet opplever å ha ansvar. Der forelderens vanske varer over lengre tid, så kan dette føre til at barnets ansvar blir normalisert (Ruud et al., 2015).

Omfattende forskning viser at omsorgsansvar oppleves svært ulikt. Noen barn opplever at omsorgen har positive følger som nærhet og opparbeidelse av livsferdigheter (Thomas et al., 2003). Funn i Haugland (2006) sin litteraturgjennomgang av barn som omsorgsgivere, viser også at noen barn finner styrke i å kunne ta kontroll over situasjonen. Lignende funn finnes i en studie av (Murdoch & Hall, 2008). Denne studien viser også et behov for å holde egen identitet adskilt fra foreldrene, tross forsøk på å bli dratt inn i omsorgsrollen. Ansvar blir også vurdert som tungt, til tross for både anerkjennelse, nærhet og aksept fra forelderen (Mayselless, Bartholomew, Henderson & Trinke, 2004 i Haugland, 2008). Lignende funn finnes både hos Frank (1995), og Early & Cushway (referert i Jurkovic, 1997). Å ta en omsorgsrolle, kan medføre at egne behov ikke blir vektlagt. Dette kan gi vansker i både forhold til tillitt, og nære relasjoner senere. Rollebytter kan dermed skade både identitet, personlighet og mellommenneskelig utvikling, og gi problemene som i verste fall kan vedvare inn i voksenlivet. Faren for transgenerasjonelle gjentakelser er også stor (Macfie, McElwain, Houts & Cox, 2005). En studie av Mayselless et al. (2004) fant imidlertid at det var avvisningen som var dermed den største risikofaktoren, ikke rollebytte i seg selv. Barn og ungdomstiden vil også kunne bli påvirket. Barn med omsorg for stoffmisbrukende foreldre oppga å ha mistet deler av egen barndom (Backett - Milburn et al., 2008). Dette tapet førte til at overgangen fra barndom til ungdomsalder ble vanskeligere enn for jevnaldrende. Belastningen og støtten ble opplevet forskjellig blant yngre og eldre søsken. Eldre barn mottok oftere støtte og medlidenhet fra andre utenfor familien. De var samtidig også de som opplevde å ikke strekke til ved ivaretagelse av den syke forelderen. I motsetning til yngre søsken, så opplevet eldre søsken også å være ansvarlige for ivaretagelse av familien (Ahlgren, 2001).

2.2 Å holde på fasaden - innvirkning på skolearbeid og egen atferd

Nyere studier viser at vanskelige hjemmeforhold kan gi utviklingstraumer, som kan oppta og hemme hjernens kapasitet, og vanskeliggjøre læring ved at barnets hjerne tvinges til å fokusere på overlevelse (Stien & Kendall, referert i Nordanger & Braarud, 2014). Belastningen i hjemmet kan dermed i verste fall resultere i trøtthet, konsentrasjonsvansker og problemer med å lære. Problemene kan etter hvert føre til likegyldighet i forhold til skoleprestasjoner, og innleveringer, fordi skolearbeidet oppleves som utfordrende (Helland & Mathisen, 2009; Olsen & Jentoft, 2010; Vellemann & Templeton, 2007; Backett- Milburn, 2013; Vallesverd, 2014). Belastningene kan også føre til underytelse, på tross av et ønske om å yte. Liten tid kan imidlertid gjøre det vanskelig å strekke til. Risikoen er at dette oppfattes som svak innsats av lærerne, som ikke makter å se bak problematikken (Frank, 1995). Behovet for spesialetilpasning på skolen var også større, spesielt hos guttene (Vellemann & Templeton, 2007).

Ofte vil ikke belastningene vise seg før eleven får karakterer i ungdomsskolen. Problemene vil da ha kunne kommet så langt at eleven dropper ut av skolen. En dropp -out kan imidlertid forverre situasjonen ytterligere ved at ungdommen utsettes for ekskludering fra jevnaldrende (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012). Frykt for at klassekamerater skal få kjennskap til situasjonen, gjør at mange velger å holde hjemmesituasjonen hemmelig. Dette kan bety å forsøke å være usynlig, ved å gjøre alle lekser, og å være stille i timene (Fjone & Ytterhus, 2009). Å få snakke med læreren privat opplevdes også som vanskelig. Mange kunne også vegre seg for å innlemme lærere i egen problematikk, på grunn av frykt for intervensjon, samt at skolen som fristed skulle forsvinne (Frank, 1995; Bernando`s, 2006; Backett- Milburn et al., 2008). Læreres oppfatning av elevers velbefinnende, hjemmeforhold og begrunnelsen for å holde egen problematikk hemmelig er ofte en helt annen en det eleven tror. En studie av (Barnardo`s, 2006) viste at flertallet av lærerne kunne forstå det slik at elevens hjemmesituasjon ble holdt hemmelig for lærere og klassekamerater av frykt for omsorgsovertagelse av eleven. Halvparten av elevene opplevet på sin side at lærerne ikke var interessert i hvordan de hadde det hjemme. De opplevet også å bli straffet av læreren i skoletimene, fordi de var blitt berørt av forholdene hjemme. I motsetning til dette så uttrykte de fleste av lærerne bekymring for at ikke alle elever ble fanget opp. Funn i Helland & Mathisen (2009,s.51-52) sin undersøkelse for Folkehelseinstituttet, avdekket også at det finnes klare negative sammenhenger mellom symptomnivå og lærerstøtte. At elever med mye plager får lite lærerstøtte er uheldig. Dette begrunnes i innvirkningen gode skoleprestasjoner har i forhold til å kunne øke elevens selvfølelse, mestringssevne og problemløsningsevne. Samt den samtlende effekten disse tre faktorene har i forhold til å kunne redusere negative risikofaktorer (Helland & Mathisen, 2009, s. 51).

2.2.1 Konsekvenser for personlig og sosial utvikling i skolegården

Flere studier viser at å ha en omsorgsrolle for egne foreldre kan bidra til en opplevelse av å være annerledes og alene (Carpentieri, 2006; Øverland, 2014). Ungdommers sitt viktigste prosjekt er imidlertid å kunne være som alle andre jevnaldrende (Fjone & Ytterhus, 2009). Å passe inn, og å møte ytre forventninger og regelverk vil dermed kunne være grunnleggende viktig. Å møte disse forventningene kan oppleves som ekstra utfordrende i forhold i forhold til skole, men også i forhold til lokalsamfunnet (Mordoch & Hall, 2008, s.1131). Skolen som arena er et spesielt viktig sted å ikke skille seg ut. For barn som pårørende kan dette skape frykt for å bli sett i lys av forelden, og å bli oppfattet som avvikende. Skolearrangementer og møter der foreldre er forventet å være tilstede, kan også skape konflikt mellom å la forelderen få være tilstede, og å unnlate at forelderen kommer. Begge valgene vil kunne gi grunnlag for stigmatisering (Sundfær, 1999; Fjone & Ytterhus, 2009).

Omfattende studier viser at barn og ungdom som vokser opp hos stoffmisbrukende foreldre vil kunne oppleve et høyere nivå av både atferdsforstyrrelser, antisosial atferd og emosjonelle vansker (Vellemann & Templeton, 2007). Vanskene kan skape besvær både i forhold til personlig, men også sosial utvikling. Dette gjelder både i forhold til å etablere, opprettholde og pleie sosial omgang med jevnaldrende. Hjemmeforholdene og forelderens tilstand kan også gjøre det vanskelig å ta med skolekamerater hjem. Dårligere økonomi og svekket sosial status, vil også kunne gi rot for både utvikling av både mobbing og utestengelse (Frank, 1995; Dearden & Becker, 2000; Mevik & Trymbo, 2002; Thomas, et al., 2003; Carpentieri, 2006; Mordoch & Hall, 2008; Backett- Milburn et al., 2008; Mohaupt & Duckert, 2009; Olsen & Jentoft, 2010). Skolen som en positiv arena og mulighet for «time-out» kan dermed forsvinne. Utestengelse og relasjonsproblemer er ekstra sårbart i ungdomsalder. Denne fasen består både av en viktig løsrivelse fra foreldre, og egen identitetsutvikling. Dette gjør at barnet vil kunne oppleve å stå alene. Ungdommer vil dermed ofte være mer bekymret for tap av egen personlige utvikling, enn tap av stabilitet og trygghet enn yngre barn (Sundfær, 1999; Mordoch & Hall, 2008). Konflikten mellom ønske om å leve eget liv, og frykt for at den syke forelderen skal bli tatt hånd om, kan føre til utvikling av både stress og frustrasjon. Hos eldre gutter så vil dette også kunne resultere i utagerende atferd (Carpentieri, 2006; Mordoch & Hall, 2008). Jenter kan på sin side innta morens rolle, som kan være uheldig ved å forsterke tilbaketrekking til hjemmet og kjønnsmonstret ytterligere (Tatum & Tucker, 1998 i Carpentieri, 2006).

2.2.2 Atferd som lært regulering og overlevelsesstrategi

Et ensidig fokus på elevens atferds symptomer, uten å se hva symptomene er et uttrykk for, kan føre til at barnet ikke blir forstått og hjulpet på en god måte. Mistilpasning og atferdsproblematikk kan på sikt få alvorlige følger for eleven, ved å påvirke videre utdanning og livsløp. Eleven vil også kunne oppleve å bli både stigmatisert og marginalisert (Nordal, 2000).

Bronfenbrenner (1976) fremhever betydningen av å se atferd i lys av en gjensidig interaksjon mellom personlige egenskaper og miljømessige forhold. Fysiske og personlighets egenskaper hos eleven, og familiemessige forhold, forhold i skole, nærmiljø, vennekrets, samt samfunnsforhold, politiske strukturer og makro-økonomiske strukturer påvirker hverandre dermed gjensidig. Påvirkningene kan styre den enkelte elev sin utvikling i en positiv eller negativ retning over tid (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Innenfor en interaksjonsorientert forståelsesramme, kan barn som pårørende sin atferd dermed forstås som en gjensidig påvirkning mellom barnets medfødte forutsetning for interaksjon, foreldrenes omsorgsevne og omsorgssituasjon (Rye, 2007). Helt konkret så kan sviktende andreregulering fra en psykisk syk eller rusmisbrukende forelder for eksempel gjøre at barnets alarm-systemet blir hypersensitivt. Dette kan gi problemer med å regulere egne følelser. Barnet kan dermed enten reagerer med å mobilisere til flight eller fight. Reaksjoner som uro, aggressivitet, utagering, impulsivitet kan dermed forveksles med diagnoser som hyperaktiv atferd og konsentrasjonsvansker (ADHD), adferdsforstyrrelser og depresjon (Nordanger & Braarud, 2014). Diagnoser vil kunne være svært negativt både for elevens egen opplevelse av seg selv og sin egen mestring (Innset, 2012).

Barn i vanskelige hjemmesituasjoner velger ofte unnvikelses- og korrigerende strategier for å holde ut. Dette kan innebære å søke likhet og vennskap med jevnaldrende som er annerledes eller som har foreldre med like vansker. Det kan også innebære å gjøre det samme som andre, eller å justere og tilpasse egen atferd for å unngå vanskelige situasjoner. Eller å søke ut og late som at alt er bra. Andre vil kunne søke tilflukt i egen ensomhet og usynlighet for å gå utenom konfliktsituasjoner og uakseptable eller overveldende følelser (Almvik & Ytterhus, 2004; Early, Cushway, and Cassidy, 2006; Velleman & Templeton, 2007; Mordoch & Hall, 2008; Fjone & Ytterhus, 2009). Noen vil også velge å anta rollen som klovn, streber, trøbbelmakeren eller oppmerksomhetssøkeren for å holde ut (Mayfield & Neil, 1983). Funn i Rutter & Quinton (1984, referert i Halså, 2008) viser at konsekvensene for jenter og gutter når forelderen har psykiske problem ofte er ulike. Jenter reagerer med tilbaketrekking og angst. Guttene utvikler derimot oftere atferdsforstyrrelser.

2.1.2 Hjelp i et mestrings og utviklingsperspektiv

Studier som tar for seg tilbakemeldinger fra barn som har opplevet å vokse opp med foreldre som har rusproblematikk eller psykiske vansker viser at håndtering og forståelse av egen livssituasjon bidrar til lette opplevelsen av stress. Flere studier viser imidlertid at en slik håndtering ofte forutsetter at barnet har en å dele sine bekymringer med. Alvorlige rusmisbruk og psykiske vansker hos foreldre kan påvirke både familieøkonomi og familienettverk negativt, og medføre at barnets tilgang til støttende nettverk blir svekket (Killen, 1988; Ghate & Hazel, 2002; Vellemann & Templeton, 2007). Rusmisbruk og psykiske vanskene vil også kunne fornektet og holdes hemmelig. Dette kan avskjære familien fra utvidet familie og felleskap med andre, og føre til at barnet blir enda mer sårbart og avhengig av sine nærmeste (Laybourn, Brown & Hill, 1996; Sundfær, 1999).

Omfattende studier viser at å kunne dele egen historie i en trygg kontekst kan ha stor betydning for å kunne forvise seg om at hendelser faktisk har skjedd. Muligheten til å dele egen historie vil også kunne gi bedre forståelse for hvorfor en forelder for eksempel holder avstand. Dette kan være av avgjørende betydning for å forhindre at barn og ungdom utvikler negativ tiltro til seg selv og andre (Myrvoll et al., 2004; Dyregrov, 1993, i Sølvsberg, 2011). Lignende funn finnes i evalueringen av prosjektet *De gjemte og glemte barna* (Kvamme, Sibbern & Gullhav, 2010). Å kunne dele egne opplevelser med andre gjorde det lettere å snakke om og å sette ord på foreldrenes vansker. Mange ble også roligere. Behovet for å ha noen å snakke med var forskjellig. Halvparten av jentene hadde slike behov. Få av guttene i studien rapporterte imidlertid det samme behovet (Sundfør, 2006; Grové, Reupert, & Maybery, 2015). Samtalegrupper for barn reduserte opplevelsen av å være alene og annerledes. Gruppene gjorde det også lettere å søke hjelp utenfor familien senere. Utfordringen ved slike grupperinger var at barna identifiserte seg som barnet av forelderens med psykiske vansker (Tanner, 2000). Grupperinger kunne også skape behov for å trekke seg vekk fra andre som ikke var i samme situasjon. Dette kan være uheldig ved at barnet ikke får tilgang til nye funksjonelle nettverk (Hargreaves et al., 2008). Deltagelse med andre i samme situasjon hadde på den andre side en positiv effekt, ved å øke opplevelsen av styrke og mestring (Ruud et al., 2015).

Gjennomgang av forskning på feltet har indikert at psykiske vansker og rusproblematikk hos foreldre vil kunne hemme forelderens evne til oppmerksomhet og støtte. Symptomtrykk og variasjon i sykdomsbilde kan også utsette barnet for sterke inntrykk som vil kunne bekymre og oppta konsentrasjon i hverdagen. Mye av forskningsresultatene fokuserer mest på de negative konsekvensene for barnet ved å måtte ta omsorgsansvar. Samtidig fremkommer det funn som viser at omsorgsansvaret kan gi positive mestringsopplevelser og følelse av å ha kontroll over situasjonen.

Det fremkommer også viktige indikasjoner på at å frata barnet dette ansvaret for å hjelpe, vil kunne oppleves negativt for barnet, fordi barnet dermed vil kunne oppleve at kontrollen forsvinner. Gjennomgangen viser også et gjennomgående behov for støtte, anerkjennelse og forståelse fra noen for å kunne mestre situasjonen. Det kommer imidlertid frem at mindre barn helst foretrekker familie og forelderens hjelp og støtte så langt dette er mulig. Eldre barn ønsker derimot hjelp fra andre voksne på grunn av ønske om konfidensialitet. Grupper med andre i samme situasjon ble også vurdert som hjelpsomt.

2.3 Skolehelsetjenesten – et lavterskeltilbud og en støttemulighet

En studie av Mordoch & Hall (2008), viser at tilgang til formell hjelp som kan hjelpe barnet til å takle situasjonen er av stor betydning. Flere studier viser at skolehelsetjenesten ofte blir valgt på grunnlag av muligheten til å kunne tilby stabilitet, langvarige relasjoner og mulighet til å følge opp (Sitter, 2005). Skolehelsesøstre fremheves også å kunne være en sentral ressurs for barn i risiko, ved å kunne samarbeid med ansatte i skolen, i saker med risikoutsatte barn (Olsen & Jentoft, 2013, s.).

Skolehelsetjenesten ble startet i 1970 som et prøveprosjekt for å forebygge mental helse, ved å hjelpe den enkelte til å mestre eget liv, ved å styrke egen tilhørighet og kompetanse (Sommerschild, 1998). Skolehelsetjenesten er i dag en lovpålagt lavterskel tjeneste, med det som beskrives som en oppslutning og dekningsgrad på nær 100 % (IS- 1154). Ved fylkeslegenes felles tilsyn av skolehelsetjenestene (Statens helsetilsyn sin oppsummeringsrapport fra, 2000), viste derimot at 10 av de 59 kommunene som deltok i undersøkelsen ikke hadde skolehelsetjeneste. Skolehelsetjenesten beskrives som en uutnyttet støtte for barn som pårørende sin hverdag. En tilstedeværende skolehelsetjeneste kan være en viktig del av barnets sikkerhetsnett. Dette begrunnes i tjenestens mulighet for fleksibilitet, kunnskap og livserfaring (Osen, 2015; Waaktar, 2012). Oppfølging over lengre perioder kan også gi stabilitet som kan være avgjørende. Tjenesten kan dermed gjøre det mulig å mestre hverdagen, ved å være et fristed for å lufte bekymringer og frustrasjon (Sundfær, 1999).

Helsedirektoratets utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenester (IS- 1798) viser at tjenesten benyttes av 50 % av ungdommene i ungdom- og videregående skole. Fysisk/ geografisk lett tilgang til tjenesten kan gjøre det lettere å søke hjelp. Tjenesten tilbyr også flere typer tjenester. Dette gjør dette det vanskeligere for andre medelever å oppdage hva eleven søker hjelp for. Tjenesten er dessuten åpen for alle skolens elever. Dette kan medvirke til at tjenesten oppleves som mindre stigmatiserende enn andre samtaletilbud, og gjøre det både lettere og oppsøke, og å motta

hjelp (Langaard, 2010). Skolehelsetjenestens skal være en lett tilgjengelig tjeneste, ved å alltid ha en åpen dør til skolens elever. Dette forutsetter det som beskrives som tilstrekkelige ansatte, kort ventetid og «publikumvennlige åpningstider» (IS-1154). Helsedirektoratet estimerte i 2010 normtallet for elevoppfølging pr. skolehelsesøster. Estimeringen viste behovet for skolehelsesøstre i barne-, ungdom-, og videregående skole med utgangspunkt i en 100 % full stilling. Normeringens innstilling viser at en helsesøster skal kunne følge opp til 300 barneskoleelever, 550 elever i ungdomsskole, eller 800 elever i videregående skole (IS-1798). Det antydes imidlertid at det finnes et misforhold mellom Helsedirektoratets foreslåtte tall og faktisk tilgjengelighet. HIAK – undersøkelsen 2005 (referert i IS-1798) viser at et helsesøsterårsverk i gjennomsnitt ivaretar 1000 elever. Helsesøstertettheten er størst hos barn fra 0-5 år. Den er deretter fallende. I 1998 ble det igangsatt en Opptrappingsplan (OP) for å styrke psykisk helse. Kommunenes rapportering i 2008 viste at det var blitt foretatt en økning av antall helsesøsterårsverk. Tallmateriale fra KOSTRA viser derimot at det ble foretatt nedskjæringer (IS- 1798). I forhold til normering så skal en fulltidsstilling kunne følge opp til 300 elever i barneskole, 550 elever i ungdomsskole, eller 800 elever i videregående skole (IS-1798). En kartlegging av skolehelsesøstre sin tilstedeværelse i skolen (Waldum-Grevbo & Haugland, 2015), viser at slike fulltidsstillinger er sjeldne. I gjennomsnitt er skolehelsesøster til stede 2 dager i uken. Tilstedeværelsen beregnes også å være mindre på grunn av møter. Stillingsbrøken er også 10 % lavere ved barneskole enn ved ungdoms- og videregående skole. Lav tilstedeværelse vil kunne sette lavterskeltilbudet i fare, ved at elever velger å ikke komme tilbake. Utfordringen ved liten tilstedeværelse er også at tilbudet ikke lengre kan defineres som et lavterskeltilbud (Waldum - Grevbo & Haugland, 2015). Tilgangen vil dermed kunne sies å påvirke elevens mulighet til å få dekket sine behov for helsetjenester direkte (Telljohann, Price, Dake & Durgin, 2004). En undersøkelse av skolehelsesøstrenes egne opplevelser av egen arbeidshverdag (Helmers & Dolonen, 2013), viser at under halvparten av skolehelsesøstre opplever å ha tid nok til å utføre oppgaver som er lovpålagte. Over halvparten har også unnlatt å stille elever spørsmål, fordi de ikke har tid til å avvente på svaret. For å styrke lavterskeltilbudet så har blant annet Nøtterøy og Namsos kommune også tilsatt psykologer i førstelinjetjenesten, som tar over der skolehelsesøstre kommer til kort (Helsedirektoratet, 2010).

2.3.1 Å styrke den enkelte ressurser for å mestre eget liv

Forebygging av symptomutvikling hos barn som lever i høyrisikofamilier hvor mor eller far har psykiske vansker eller rusmiddelproblematikk kan være utfordrende. Symptomene er ofte er diffuse, problematikken er også både sammensatt og lite tilgjengelig. Dette kan gjøre det vanskelig å sette inn tiltak tidlig (Major et al., 2011). I 2010 gjennomførte Nasjonalt kunnskapssenter for

helsetjenesten en kunnskapsoppsummering (Dahm et al., 2010). Denne viser at skolehelsetjenesten har en forebyggende effekt i arbeidet for å hindre utvikling av psykiske problem. Undersøkelsen registrerte også en økt bruk av tjenesten. Skolehelsetjenestes viktigste oppgave er å som nevnt i kapittelet ovenfor å forebygge psykiske lidelser, ved å styrke den enkeltes ressurser for å kunne mestre eget liv. Skolehelsetjenesten er også i en unik posisjon til å kunne oppdage elevers utfordringer, ved hjelp av tjenestens unike mulighet til å fange opp barn og familier i risiko. Dette gjør det mulig å igangsette intervensjon på et tidlig tidspunkt.

En av skolehelsetjenestens uttalte hovedmålsettinger gjennom kommunehelsetjenesteloven, er forebygging av både fysiske og psykiske vansker § 1- 2. Forebyggende arbeid kan inndeles i primær-, sekundær-, eller tertiærforebyggende tiltak. Tiltakene vil variere ut ifra om vansken kan forhindres, eller om det primære utgangspunktet er å hindre forverring. I et *primærforebyggende arbeid* rettes forebyggingen mot alle de tre områdene. Dette kan innebære å forebygge ved hjelp av vaksinearbeid, kostholds arbeid og forebygging av ulykker. I dette nivået vil det ennå være rom for å forhindre risiko, eller utvikling av vansker. Ved sekundærforebyggende *arbeid*, så er vansken allerede til stede. utfordringen på dette nivået er imidlertid å oppdage vansken tidlig nok til å kunne sette inn tiltak for å forhindre at vansken utvikler seg. Ved *tertiærforebygging* så er hovedhensikten koordinering og samordning av tjenester for å forhindre forverring av problemet som har oppstått (Helgesen et al., 2014).

Omfattende studier viser at forebygging er viktig for å forhindre at vansker utvikler seg til en diagnose eller klinisk sykdom (Smith, 2004; Major et al., 2011). Å sette inn forebyggende tiltak i forhold til problematferd, forutsetter imidlertid at signaler som fravær, trøtthet, latskap, underytelse og atferdsvansker ikke tydes som atferdsvansker, men som tidlige indikasjoner på at barnet opplever vanskelige forhold i hjemmet (Thomas et al., 2003). Hvordan eleven blir møtt vil kunne påvirke både hvordan elevens forstår sin egen atferd, samt hvilke behov for hjelp eleven dermed også ser nytte av (Langaard, 2011). Dette vil kunne ha innvirkning i det forebyggende arbeidet. Handlingsveilederen for skolehelsetjenester beskriver forutsetningene for å kunne forebygge og drive helsefremmende arbeid slik i (IS-1154, 2004);

(...)et godt og systematisk helsefremmende og forebyggende arbeid må foregå på de arenaer barn og ungdom befinner seg. Det legges vekt på kunnskap og kompetanse i tråd med barn og unges behov. I det forebyggende psykososiale arbeidet bør helsestasjons- og skolehelsetjenesten være særlig opptatt av grupper med spesielle behov. Dette gjelder både barn, ungdom og familier i risikogrupper, og barn og ungdom som allerede har psykiske

lidelser eller problemer. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig arena for tidlig intervensjon. Tjenesten må ha kompetanse på å fange opp signaler på omsorgssvikt, mistrivsel og utviklingsavvik. (Jf. tiltak nr. 37 i strategiplanen for barn og unges psykiske helse)(IS-1154, 2004,s.35).

Denne veilederen vil bli erstattet av nasjonale faglig retningslinjer for helsestasjon- og skolehelsetjeneste i 2016. Nye retningslinjer skal sikre at det gis et likeverdig tilbud til barn og ungdom ved alle helsestasjon- og skolehelsetjenester i Norge. Anbefalingene som gis vil bli gitt i forhold til både tverrfaglig samarbeid, faglig innhold og god praksis. Retningslinjene vil i forhold til denne studien kunne gi svar på; hvordan tjenesten best kan avdekke barn og unge og familier i risiko, samt hvordan tjenesten kan; () styrkes på systemnivå i samhandling med de øvrige kommunale tjenester for barn og unge». Målet retningslinjene er dermed å understøtte helsefremmende, forebyggende og tidlig innsats (Helsedirektoratet, 2015). En undersøkelse av SINTEF (Andersson & Steihaug, 2008) viser at 20 % elever som tar kontakt med skolehelsetjenesten har et udekket behov for polikliniske tilbud. Dette tilsvarer en økning på 3,9 % fra 2004.

2.3.2 Helsesøstres kunnskap om barn og unges problemutvikling

I helsesøsterutdanningen går helsesøstrene igjennom ulike kunnskapsområder i forhold muligheten til å forebygge problemutvikling hos barn og unge. En av kunnskapsområdene i utdanningen er helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, som kan bidra til å avdekke og forebygge vansker hos eleven på et tidlig stadium. Slik kunnskap om barn og ungdoms fysisk, psykisk og sosiale utvikling har stor betydning for å vise eventuell skjevutvikling på et tidlig stadium (Høyskolen i Oslo og Akershus, 2016). I utdanningen inngår også kunnskap om risiko og beskyttelsesfaktorer. Dette gjør det mulig å kunne vurdere elevens risiko opp mot beskyttende faktorer som støttende nettverk. Tilknytningsteori, betydningen av foreldre-barn samspill, foreldrerollen, behov for støtte og familieformer gjør det mulig å danne et bilde av hvordan barnets behov blir ivaretatt. Det gjør det også mulig å se betydningen av ivaretagelse, samt hvilken hjelp som kan eller bør settes inn ved behov. Fokus på empowerment er ment for å hjelpe eleven til å kunne ta kontroll over eget liv. Kunnskap om helsefremmende mestring og løsningsstrategier kan gi mulighet til å finne mulige overlevelsesstrategier for barnet, men forutsetter at eleven ønsker hjelp.

En brukerundersøkelse utført av SINTEF (ibid.) viser at 79 % av de brukere med psykiske vansker og 89 % av gruppen uten slike problem angir at tjenesten har bidratt positivt i forhold til egne vansker. Flertallet av begge gruppene opplever også at tjenesten dekker behovet for noen å snakke med. Et fåtall av gruppen med psykiske problem oppgir at samtalene virker forbedrende i forhold til

familien. Forskning viser også at å dele egne historier i en trygg kontekst vil kunne ha stor betydning for å forvise eleven over at hendelser har funnet sted. Det vil også kunne ha betydning for å skjønne hvorfor forelderen holder avstand, som vil kunne forhindre at eleven utvikler negativ tiltro til seg selv eller andre (Myrvoll et al., 2004; Dyregrov, 1993, i Sølvberg, 2011). Få brukere i SINTEF sin brukerundersøkelse (Sitter, 2005), oppgir imidlertid tidsutfordringer ved konsultasjon med skolehelsesøster. Et fåtall oppgir at tiden er for knapp. Dette er i hovedsak brukere med psykiske problem. Både tre av fire brukere av brukere med psykiske problem, samt 64 % av gruppen uten slike problem oppgir ønske om å kunne benytt tjenesten mer. SINTEF sin brukerundersøkelse (Sitter, 2005) viser at brukere flest opplevet at det var mulig å få kontakt med helsesøster utenom de oppsatte timene.

2.3.2 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er samarbeid på tvers av faggrenser, etater, eller sektorer mot et felles mål. Slike samarbeid forutsetter både teoretisk og praktisk faglig trygghet. Realistiske forventninger i forhold til eksisterende kunnskap, felles problemforståelse, og en avklart ansvarsfordeling er også nødvendig (Glavin & Erdal, 2013).

Samarbeid mellom skolehelsetjenesten og andre faggrupper er av stor betydning. Barn og ungdommers problemstillinger og vansker er ofte er ulike. Problematikken kan også være kompleks, og kreve kunnskap om hva andre faggrupper kan bidra med. Kunnskap om andre fagfelt vil kunne ha betydning både for å igangsette forebyggende prosesser, og tverrfaglig samarbeide. Dette forutsetter at faggruppene ønsker eller ser betydningen av å samarbeide til beste for barnet. (Langgard, 2010). Tverrfaglige samarbeid fremheves også som positivt både for å øke den enkeltes kompetanse, men også for å redusere fare for utbrenthet. Teamwork på tvers gjør det også mulig å foreta en helhetlig vurdering og kartlegging av barnets situasjon. Slike vurderinger kan bidra til at barnets behov for hjelp både avklares og videreformidles tidligere (Lindgaard, 2015). Tett tverrfaglig samarbeid og kunnskapsutveksling mellom første og andrelinjetjenesten, påpekes også å ha betydning for å se alvorlig psykisk utvikling hos barn som kan bli borte i førstelinjetjenestens fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid (Bratlie, 2012). TNS Gallup 2009/2010 kommuneundersøkelse for Helsedirektoratet, viste at imidlertid at skolehelsetjenesten var lite tverrfaglig sammensatt. Flere av skolehelsetjenestene manglet også både lege og fysioterapeut for å kunne oppfylle lov om forskrift (IS-1798).

I desember 2011 fikk Helsedirektoratet tillatelse til å tilpasse den danske samarbeids-modellen BTI-bedre tverrfaglig innsats, til norske forhold. Bakgrunnen til dette var at modellen skulle bidra til at alle instanser jobbet mot en felles løsning og helhetlig innsats. Målet for bruk av BTI er å unngå oppfølgingsbrudd til målgrupper, som det er knyttet bekymring til (Helsedirektoratet, 2011). I praksis innebar dette at én medarbeider (stafettholder) skulle ha det koordinerende ansvaret, både i forhold til samarbeid, oppfølging og dokumentasjon av barnet på tvers av de ulike instansene. Handlingsveiledere for oppfølging skulle sikre dette¹. En undervegsvalueringen av BTI, viste imidlertid at kun 40 % av de spurte kommuneansatte har tatt kontakt med en annen tjeneste ved bekymring (Helgesen, 2013, s.101). Tilbakemeldinger fra kommuneansatte viste også at kun 1/4 av respondentene kjente og benyttet veilederen fra *Bekymring til handling*². Dette til tross for at halvparten av informantene i undersøkelsen hadde mer enn 8 års fartstid. Svarprosenten på denne delen av undersøkelsen er på under 50 %. Dette betyr at flere men også færre, både kan kjenne til og benytte veilederen i sitt arbeide. Undersøkelsen viser også at organiseringen og innholdet i tverrfaglige team var lite kjent. Fordi felles holdninger og meninger er av stor betydning, så tilbød flere av pilotkommunene derfor tverrfaglig samarbeid som høyskoleutdanning. Akilleshælen var imidlertid viderefremidling av kunnskapen, som særlig kom til syne ved begrepsbruk. Begrep som *bekymring* viste seg å være nært assosiert til involvering av barnevern. Dette gjorde det nødvendig å tilføre nye begrep som *undring* for å gjøre terskelen mindre i forhold til å se bekymringer hos barn og unge. Denne oppdagelsen har senere lagt grunnlag for handlingsveilederen *Fra undring til handling*, som i dag finnes i flere kommuner. Kommunenes ressurser vil imidlertid også påvirke hva som er mulig å igangsette av tiltak (Helgesen, 2013).

En følgeevaluering av BTI (Helgesen, 2013) beskriver suksesskriteriene for et vellykket tverrfaglig samarbeid med utgangspunkt i blant annet fravær av domenekonflikter, likeverd, klare roller og fordelt ansvar på oppgaver. Evalueringen viste også at tverrfaglig samarbeid også vil kunne avhenge av kommunens forhold til slikt arbeid. Fremtredende fokus på økonomi, kan for eksempel føre til vegring og det som beskrives som enhetsegoisme i forhold til å ville dele ressurser med andre. et økonomifokus vil også kunne skape hindringer for et forpliktende tverrfaglig samarbeid (Helgesen, 2013). Funn i SINTEF sin undersøkelse fra 2007 (Andersson & Steihaug, 2008) viser lignende sammenhenger mellom ressurser hos samarbeidende instanser og tverrfaglig samarbeid, hvor mangel av ressurser og kapasitet samt liten tillitt til både ledere og andre tjenesteområder kan gjøre samarbeidet vanskelig. Tidligere opplevelser av ansvarsfraskrivelse, samt at taushetsplikten

¹Handlingsveilederen - *Fra undring til handling*

²Handlingsveilederen - *Fra bekymring til handling*

misforstås skaper også hindringer for konsultasjon med andre faggrupper. En utfordring ved bruk av tverrfaglig samarbeid, er behovet for å innhente samtykke fra foreldre for å kunne dele informasjon jfr. § 22 første ledd i helsepersonelloven og forvaltningsloven §13 a nr.1. (Glavin & Erdal, 2013,s. 51). Samtykke opphever da taushetsplikten så langt som samtykke gjelder. Der det ikke er mulig å innhente samtykke, så fremhever Smith (refert i Glavin & Erdal, 2013, s. 51) muligheten å benytte unntaksregler i lovverket. Elevens brukervedvirkning fremheves som sentral (IS- 1798).

Kapittel 3 Metode – et innblikk i en annen faggruppes utfordringer

Denne studiens problemstilling, omhandler hvordan skolehelsesøstre selv opplever sine utfordringer i forhold til å kunne støtte, hjelpe og tilrettelegge for barn som er pårørende av foreldre som misbruker rus eller har psykiske vansker. Hvordan er arbeidshverdagen til skolehelsesøstre, hvordan identifiserer og fanger de opp elever hvor foreldrene har psykiske vansker og rusproblematikk? Hvilken type hjelp og støtte kan de bidra med, hvordan kommer de i kontakt med aktuelle barn og unge som trenger hjelp og støtte? Og hvilke erfaringer har skolehelsetjenesten i forhold til tverrfaglig samarbeid?

Skolehelsesøsterens subjektive opplevelse, forståelse og fortolkning i forhold til å kunne tilrettelegge, støtte og hjelpe barn som har foreldre med psykiske vansker og rusproblematikk kan ha røtter i dype og ulike underliggende strukturer. Dette var derfor et behov for å få frem mest mulig nyanserte og detaljerte beskrivelser, opplevelser og forståelse av problematikken fra den enkeltes skolehelsesøster sitt synspunkt. For å kunne utforske skolehelsesøstrenes utfordringer i dybden, og dermed besvare problemstillingen, så har jeg valgt å benytte kvalitativ metode og en induktiv design valgt for å innhente datamateriale til denne studien. I den første delen av dette kapittelet redegjøres det for studiens vitenskapelig forankring, og metodiske valg. I den midtre delen så blir kontaktetablering, og presentasjon av informantene presentert. I den siste delen av kapittelet så blir studiens reliabilitet, etiske utfordringer og refleksjoner over egen forskerrolle lagt frem.

3.1 Metodologisk utgangspunkt

Denne studiens utgangspunkt er kvalitative undersøkende. Kvalitative intervju gir mulighet til personlige åpne samtaler hvor ny kunnskap kan konstrueres (Frey & Oishi, 1995). I denne studien så ga kvalitative intervju som valgt metode en verdifull mulig å innhente helsesøstrenes egne dybdeforståelser, perspektiver og opplevelse av utfordringer i egen arbeidshverdag i forhold til problemstillingen i denne studien. Mitt utgangspunkt i hermeneutikk og fenomenologi gjør det mulig å studere mennesker i deres naturlige setting. Utgangspunktet gjør det også mulig å fortolke fenomen ut ifra den mening folk gir dem (Halsa, 2008, s. 39). Mitt hermeneutiske og fenomenologiske utgangspunkt ga dermed en viktig mulighet til å kunne studere helsesøstre ute i felten, i deres egen setting. Bruk av et hermeneutisk vitenskapssyn gjør det mulig å se og tolke fenomen - som i denne studien er helsesøstrenes utfordringer i hverdagen for seg, men også i en helhet (Thagaard, 2013). Datamaterialet som er innhentet i intervjuene med helsesøstre, er i diskusjonsdelen belyst og drøftet ut ifra empiri som er innhentet i teoridelen, samt fra annen forskning som er innhentet

undervegs for å underbygge og forklare funn som er kommet frem. Det empirisk materiale i studiens teoridel, er blitt innhentet gjennom snøballmetoden og konkrete stikkordsøk i hovedsakelig i søkeverktøyet Oria, men også Google. Utgangspunktet for søk var hovedsakelig stikkord fra problemstillingen og forskningsspørsmålene. Formålet har i all hovedsak vært å hente ut fagfellevurderte tidsskrift, samt aktuelle rapporter og undersøkelser på området. Jeg har også benyttet faglitteratur der dette har vært hensiktsmessig. Det har også dukket opp interessant og relevante artikler og forskning og funn undervegs via artiklene som jeg har lest. Formålet med empirien i teoridelen har vært å innhente hvilke innvirkning, effekt og risiko det vil kunne ha for barnet når foreldrene utvikler psykisk sykdom eller/og rusmisbruk. Formålet har også vært å innhente utbredelse av problematikken, potensielle støttemuligheter samt eventuelle, motvirkende risikofaktorer, erfaringer og forskning på området. Denne teorien har dannet bakteppe for min forforståelse i denne studien. Gadamer beskriver slik erfaring som en forståelsesprosess, som tar utgangspunkt i vår forståelses-horisont, og det vi kan beskue fra der vi står. Bevegelse og ny erfaring og kunnskap gjør at horisonten beveger seg med. Dette gjør at det jeg tidligere har sett fra min tidligere erfaring, vil kunne ses i et nytt lys. Denne prosessen gjør dermed at min horisont som forsker blir endret og utvidet (Thomassen, 2006, s. 87).

Denne studiens induktive design gjorde det også mulig å gå i dybden. Dette ga mulighet til å hente ut både detaljerte, og nyanserte beskrivelser av utfordringer i skolehelsesøstrenes arbeidshverdag angående tematikken i studien (Jacobsen, 2003). Metoden gjorde også at nye funn kunne utforskes under selve intervjuet. Den gjorde det også mulig å ta med nye funn videre i de neste intervjuene med andre helsesøstre, for videre undersøkelser og utdypning. Kunnskapen produseres dermed gjennom selve interaksjonen mellom meg som forsker og helsesøster som intervjues. Dette innebærer at beskrivelsen og forståelse av *fenomenet*- som i denne studien er skolehelsesøstrenes utfordringer må beskrives før det kan gis en forklaring, utvikles teori eller behandles abstrakt (Kvale & Brinkmann, 2009,s.31). Det interessante er ikke å finne essensen av et fenomen, men å finne ut hvordan og hvorfor aktører ser ting slik de gjør det (Halsa, 2008, s. 39).

Det er imidlertid først når *fenomenene* ses mot helheten at meningen trer frem (Thomassen, 2006). Data materialet fra intervjuene som denne studien bygger på- helsesøstrene egne beskrivelser av utfordringer i forhold til tematikken i denne studien, er deretter kategorisert ut ifra sentrale utfordringer som har kommet frem. Disse er deretter belyst ut ifra relevant forskning og empiri. Denne forståelsesprosessen gjør det mulig å kunne fortolke helsesøstrenes beskrivelser og forståelser ut ifra flere mulige nivåer. Studiens fenomenologiske utgangspunkt gjør det mulig å innhente informantenes egne subjekt-perspektiv i forhold til egne erfaringer og opplevelser. Helsesøstrenes

beskrivelser og dypere mening kan dermed settes i forgrunnen, uten at mine egne forforståelser, teorier, antagelser og forventninger som forsker står i veien for ny forståelse (Thagaard, 2013). Dette gjorde det mulig å skille mellom hva som var helsesøstrenes fakta og egne vurderinger som forsker, og min formening og ønske om hva det innsamlede datamaterialet skulle vise (Thomassen, 2006). I den aktive prosessen mellom intervjuer og informant skapes selve produktet, som et resultat av spørsmål og svar (Kvale & Brinkmann, 2009). I motsetning til det kvantitative forskningsintervju gjør bruken av et kvalitativt intervju det mulig å innhente nyanserte beskrivelser. Utfordringen ved slike beskrivelser er muligheten for flertydighet. Dette krever større bevissthet for å komme frem til hva som menes, og krever det Kvale & Brinkmann (2009, s. 151) omtaler som () maksimal åpenhet for fenomenene». Kvalitativ metode gjør det også mulig å undersøke underliggende og etablerte maktstrukturer (Alvesson & Sköldberg, i Thagaard, 2013), som gjorde det mulig å se skolehelsesøstrenes utfordringer i fra flere ulike vinkler.

Kvalitative intervju kjennetegnes ved at selve intervjuet og ønske om å dele informasjon, påvirkes av samspillet mellom forskeren og den intervjuede. Asymmetri i intervjuet kan frembringe angst hos den intervjuede. Dette kan medføre at den som intervjues velger å holde informasjon tilbake. En positiv atmosfære er viktig for at informantene skulle føle seg trygge og ivaretatt under intervjuet. For informanten kan dette skape en viktig opplevelse av å bli hørt i forhold til egne oppfatninger og opplevelser av tematikken som forskes på (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne type intervju gir også mulighet til å innhente skolehelsesøsterens hverdagslige verden. At intervjuene er intersubjektive, innebærer at intervjuet kan forstås ulikt. Det er også selve styrken ved denne type intervju. Muligheten til å lede spørsmålene i bestemte retninger fremheves som både overdrevent, og som en god mulighet til å lede intervjuet mot ny kunnskap der dette kan være hensiktsmessig (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.1.1 Kontaktetablering - og presentasjon av informantene

Utvalget av skolehelsesøstre ble gjort ut ifra snøballmetoden. Utvalget ble avgrenset til å gjelde skolehelsesøstre i Sør-Norge. Rekrutteringen foregikk ved at det ble sendt ut skriftlige forespørsler på mail til tilfeldige valgte skolehelsetjenester ved ulike kommune størrelser i Sør-Norge, om å delta i studien. Bakgrunnen for å intervju skolehelsesøstre kun i egen region, har bakgrunn i studiets opprinnelige tidsbegrensning. Dette gjorde det nødvendig å økonomisere tiden jeg hadde til rådighet.

Henvendelsene til skolehelsesøstre ble sendt via mail til ledende helsesøstre i kommunenes helsestasjoner, med oppfordring om å formidle forespørselen videre til aktuelle kandidater for

studien. Ledende helsesøstre formidlet kontakten så videre [vedlegg 3]. Helsesøstrene var i varierende grad interessert i å delta. Dette gjorde rekrutteringen av informantene til en svært tidkrevende prosess. Helsesøstrenes travle hverdager, gjorde at mange vegret seg for å delta. Det er kanskje også slik at mange også vurderer slike forespørsler som vanskelige å svare på, eller vanskelig å delta i. Noen vil også kunne finne det avskrekkende at intervjuene både tas opp, og skrives rett ut slik som spørsmålene har blitt besvart. Det måtte derfor mange forespørsler og purringer til for å få et tilstrekkelig utvalg informanter.

Jeg ønsket opprinnelig et utvalg på åtte informanter, fra ulike kommunestørrelser i Sør- Norge. Begrunnelsen for dette valget var muligheten til å undersøke eventuelle likheter og ulikheter i forhold til studiens problemstilling over et større utvalg. Seks helsesøstre ønsket tilslutt å delta i studien. Utvalget er dermed ikke et tilfeldighetsutvalg. Utvalget representerer imidlertid både større og mindre kommuner med god spredning i radius. Aldersmessig så er fordelingen liten. Nesten alle helsesøstrene i denne studien er i 40- årene. Alle som ble forespurte om å delta i denne studien fikk informasjon i forkant i forhold hva deltagelse i studien ville innebære [vedlegg 3]. Forespørselen inneholdt også beskrivelser av studiens hensikt, formål og problemstilling. Utfordringen var å gi tilstrekkelig informasjon til å vekke interesse for deltagelse i studien, uten å påvirke og føre svarene i bestemte retninger senere i selve intervjuene.

Alle skolehelsesøstrene som er informanter i denne undersøkelsen har gitt informert samtykket skriftlig til å delta i studien. På intervjudagen, før selve intervjuet, så fikk alle de intervjuede også kopi av brev og anbefalinger fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) [vedlegg 1], i forhold til begrensninger og anbefalinger i forhold til studien. Alle helsesøstrene i denne studien fikk også mulighet til å reservere seg fra å delta, hvis dette behovet skulle oppstå undervegs, eller i ettertid. Ingen av de intervjuede har benyttet denne muligheten. Alle skolehelsesøstrene som er informanter i denne studien, virket positive til å dele informasjon når intervjuet fant sted. Flere av de intervjuede var også positive til å bli kontaktet for å avklare eventuelle uklarheter i etterkant.

Skolehelsesøstre som yrkesgruppe er valgt på bakgrunn av skolehelsesøstres mulighet for å kunne inneha direkte kjennskap til denne studiens tematikk og problemstillingen i forhold til barn som pårørende. I utgangspunktet var studien ment å avgrenses til å gjelde skolehelsesøstre ved ungdomsskole. Bakgrunnen til dette var funn i forskning som mente å vise at barn først forstår foreldres psykiske vansker og rusmisbruk fra 12 års alder. Elever i aldersgruppen 12-16 år benyttet også i større grad skolehelsetjenesten enn yngre barn. Den lave svarprosenten fra helsesøstrene, og faktumet at flere av helsesøstrene som takket ja til intervju også hadde barneskole, gjorde det

imidlertid interessant å ta med utfordringer i forhold til begge elevgruppene. Dette viste seg også å være en interessant avgjørelse i forhold til flere funn. Det ga også en mulighet til å kunne gi et mer helhetlig bilde av helsesøsterens utfordringer.

Alle helsesøstrene i denne studien er utdannet sykepleier med spesialisering fra helsesøsterutdanningen. Fartstid i skolehelsetjenesten, tidligere yrkeserfaring, videreutdanning og kurs skiller imidlertid helsesøstrene fra hverandre. Flere av de intervjuede i undersøkelsen hadde både kombinasjonen av tilleggsutdanninger i tillegg til dels svært brede yrkeserfaringer og kurs. På grunnlag av muligheten til å kunne identifisere skolehelsesøstrene, så er ikke konkret arbeidserfaring, tilleggsutdanninger og kurs med i presentasjonen. Navnene på helsesøstrene er fiktive.

Fiktive navn	Erfaring	Kommunestørrelse	Skoletype
Anna	9 år	Stor	B og U
Alina	18 år	Liten	B (erfaring fra U)
Astrid	18 år	Stor	B og U
Gunn	2 år	Liten	U (erfaring fra B)
Lotte	13 år	Mellomstor	U
Bente	18-19 år	Mellomstor	B og U

3.1.2 Intervjuguidens betydning for intervjuet

Intervjuguiden i denne studien består av et på forhånd utvalgt antall tema, som skulle sikre at det fantes en fast struktur under intervjuene [vedlegg 2]. Dette skulle sikre at spørsmålene var omtrent de samme, selv om ordlyden på spørsmålene og rekkefølgen kunne variere noe. Hovedspørsmålene ga også grunnlag til å stille oppfølgingsspørsmål underveis (Thagaard, 2013).

Guidens struktur fungerte relativt greit. I noen av intervjuene dukket det opp ny problematikk underveis. Den nye problematikken førte dermed også til nye utforskende spørsmål. Ofte kunne dette føre til at samtalen både gled av sted. Dette skapte utfordringer med å holde tritt på at alle spørsmålene ble besvart underveis. Det var dermed nødvendig å ta pauser underveis i noen av intervjuene, for å forsikre at alle hovedspørsmålene var gjennomgått. I noen av intervjuene så dukket det også opp nye funn. Disse ble forsøkt utforsket i de neste intervjuene, for å undersøke om flere

hadde sammenfallende oppfatninger. Fordi utforskningen dermed begrenset seg til de gjenstående intervjuene, så har ikke alle informantene fått mulighet til å gi sin vurdering. Dette var spesielt tydelig i det siste intervjuet. Her dukket det opp helt ny problematikk i forhold til tverrfaglig samarbeid med en av faggruppene. Dette intervjuet var det siste i rekken. Dette førte til at det var vanskelig å undersøke dette videre. Jeg la vekt på at informantene fikk snakke mest mulig uforstyrret og uavbrutt. Målet var å forsøke å gi rom for at den enkelte fikk snakke seg tom om emnet, for å forhindre at viktig informasjon gikk tapt (Thagaard, 2013). Ved alle intervjuene så fungerte dette fint. Ingen av intervjuene sporet heller av. Totalinntrykket var også at ingen de intervjuede opplevet å brenne inne med viktig informasjon som de ønsket å dele.

3.1.3 Datainnsamling og transkribering - overblikk og analyse

De kvalitative dataene er samlet inn med utgangspunkt i å få inn bredest mulig informasjon, i forhold til helsesøstres utfordringer i arbeidshverdagen. Alle intervjuet er tatt opp på bånd, og deretter transkribert til skriftspråk løpende. Denne løsningen ga et godt overblikk over hvordan spørsmålene var lagt til rette i de ulike intervjuene. Den ga også mulighet til å oppdage nye temaer og tendenser tydeligere, samt til å undersøke disse videre i nye intervju. Intervjuene er transkribert ordrett, og på samme måte. Intervjuene er også gjennomgått flere ganger for å sikre korrekt gjengivelse. Kroppsspråk og stemmeleie er også tatt med der dette er naturlig tilleggsinformasjon. Intervjuene er også forsøkt gjengitt på en slik måte at gjengivelsen ivaretar både den intervjuedes integritet og konfidensialitet. Fremtredende dialekt er derfor ikke gjengitt ordrett (Kvale & Brinkmann, 2009). Etter at alle intervjuene var transkribert, så ble alle intervjuene gjennomlest flere ganger for å avdekke gjennomgående tendenser i helsesøstrenes svar. For å sikre at intervjuene ble korrekt gjengitt, så er intervjuene også både lest og hørt flere ganger. Dette bidro til å bli godt kjent med materialet og den enkelte helsesøster. Gjennomgangen ga også muligheter til å gjenkjenne tendenser etter hvert som intervjuene ble gjennomført. Dataene er deretter organisert og delt i tre emner ut ifra forskningsspørsmålene.

Analysearbeidet er gjort med utgangspunkt i en hermeneutisk analyse. Dette betyr at delene både analyseres vekselvis, samt ut ifra en støtte helhet. Dette gjorde det mulig å skape en ny forståelse ut ifra av delene, samt til å se likheter og ulikheter mellom de ulike svarene. Utfordringen ved å benytte et intensivt design, er at detaljrikdommen som blir hentet ut i et dybdeintervju kan gjøre analysearbeidet utfordrende, tidskrevende og uoversiktlig (Jacobsen, 2003). Dette var også en fremtredende tendens i analysearbeidet. Detaljrikdommen i svarene kunne besvare flere av forskningsspørsmålene.

Dette gjorde det utfordrende både å plassere dataene på rett sted i datapresentasjonen, samt å begrense materialet tilstrekkelig for å unngå gjentakelser.

Ved at delene både ses enkeltvis og i lys av sammenhengen det er hentet fra, så bevares og tydeliggjøres også helheten og sammenhengen (Jacobsen, 2003). Materialet ble analysert og tematisert ut ifra sentrale erfaringer og tendenser i den deskriptive fasen. Skolehelsesøsterenes erfaringsnære refleksjonene ga dermed mulighet til å tolke mønstrene induktivt (Frangen referert i Thagaard ,2013). Delene i analysen er inndelt og kodet ut ifra fokus på mening (Jacobsen, 2003). Analysen er deretter kategorisert ut ifra hovedmønstre, i forhold til helsesøsterens hovedutfordringer. Mønstrene er valgt ut på bakgrunn av både sentrale og gjennomgående utfordringer, som har kommet frem i intervjuene. Materialet består dermed både av nye, og gamle kategorier. Materialet er videre tolket i lys av relevante teorier, samt tidligere forskning på området, for å gi teksten mening og sammenheng (Kvale & Brinkmann, 2009). Utfordringen ved å inndele materialet i tendenser er imidlertid faren for at andre perspektiv ikke kommer til syne. Silverman (referert i Thagaard ,2013) poengterer derfor betydningen av å stille spørsmål til hva, hvordan og hvorfor i analysearbeidet. Spørsmålene vil dermed kunne bidra til å fortolke de intervjuede sine utsagn og handlinger.

Et analysearbeid kan påvirkes av både den intervjuede, men også av andre som har tilknytning til studien. For å forhindre partiske subjektive fortolkninger, så er teksten forsøkt fortolket ut ifra flere ulike perspektiv. Det er også stilt kritisk spørsmål til innholdet i teksten undervegs, for både å kunne styrke analysen, samt hindre muligheter for videre fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2009). Min faglige forankring som blivende spesialpedagog er ulik skolehelsesøstrenes. Min faglige forankring vil heller ikke dra noe personlig utbytte av funnene i undersøkelsen.

3.2 Metodekritikk

Denne studien er gjort med bakgrunn i kvalitativ metode og en intensiv design. Fordelen ved denne metoden er muligheten til å komme nær fenomenet som kan gi forståelse og nærhet for den intervjuedes naturlige kontekst. Nærheten kan imidlertid forføre, slik at studien blir rettet mot det forskeren ønsker (Jacobsen, 2010). Nærhet til informanten kan også påvirke og farge resultatene. Fleksibiliteten ved metoden, og muligheten til å følge opp funn kan føre til at undersøkelsen blir mer omfattende enn tenkt. Fordi metoden er ressurskrevende, så begrenser dette antall intervju. Dette gjør at funnene ikke kan generaliseres. Intersubjektiviteten i kvalitative studier hvor flere er enige om det samme beskriver dermed den nærmeste sannhet ved sosiale fenomen (Jacobsen, 2010). En beskrivelse vil kunne være rett hvis flere mener det samme. Dette gjelder også ved ulike perspektiv.

Detaljrikdom i intensive design, skaper også utfordringer i forhold en ubevisst siling og innlært siling av det vi ser, hvor noe enten tillegges vekt eller overses (Jacobsen, 2010). Denne studiens utgangspunkt i temasentret tilnærming kan også være problematisk. Dette skyldes at informasjonen fra informantene ikke presenteres i sin helhet. Den enkelte helsesøsters forståelse av sin egen situasjon kan dermed bli borte. Informantene vil på den annen side kunne gjenkjenne felles utfordringer. På den annen side så vil informanten kunne oppleve å bli gjengitt feil (Jacobsen, 2010). Fordi informanten ikke vet hva informasjonen benyttes til så vil dette i følge Josselson (referert i Jacobsen, 2010, s. 215) utfordre prinsippet om konfidensialitet. For å ivareta informanten så krever dette at forsker både er nyansert i fremstillingen, med mål om at informantene ikke skal ta skade av studien (Jacobsen, 2010).

3.2.1 Reliabilitet og validitet

Reliabiliteten i undersøkelsen bestemmes både av presisjonen i undersøkelsen, samt hvor allmenngyldige funnene er. Dataenes nøyaktighet indikerer validiteten av dataene (Frey & Oishi, 1995). Validiteten bestemmes også i hvilken grad observasjonene i studien reflekterer studiens problemstilling (Pervin, referert i Kvale & Brinkmann, 2009), samt i hvilken grad påstandene er undersøkt og kontrollert mot eventuelle mulige feilkilder eller partiske og selektive fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2009).

De 6 informantene i dette studiet er valgt med utgangspunkt i snøballmetoden. Antall informanter ligger i den nedre grensen for 15 ± 10 , som betraktes som vanlig antall intervjuer i en slik studie (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 129). Bakgrunnen til det lave antallet skyldes som tidligere nevnt utfordringen i å få tak tilstrekkelige antall skolehelsesøstre ved ungdomsskoler i Sør – Norge. For å forsøke å heve antallet, så ble studien ble derfor utvidet fra å gjelde bare skolehelsesøstre ved ungdomsskole, til også å gjelde skolehelsesøstre ved barneskole. Dette ga i tillegg en verdifull mulighet til å innhente og sammenligne funn på tvers av trinnene. Det gis ingen teoretiske holdepunkter for at antall intervjuer gjør kvalitative studier mer vitenskapelig (Kvale & Brinkmann (2009).

En intensiv design som er benyttet i denne studien gir spesifikk gyldighet i forhold til en spesiell kontekst. Selv om funnene i denne studien er hentet fra en spesifikk faggruppe og kontekst- skolehelsesøstre i skolehelsetjenesten ved både barne- og ungdomsskole, så vil funnene ikke kunne generaliseres eller ha ekstern gyldighet hos alle skolehelsesøstre i Norge. Dette skyldes studiens få enheter og valg av intensive design. Dette gir funnene en lav ekstern gyldighet, men derimot høy intern gyldighet. Dette innebærer at forskningen ikke kan forventes å kunne generaliseres til å gjelde

for alle skolehelsesøstre i Norge. Metoden vil imidlertid kunne gi et dybdeinnblikk i hvordan problematikken løses i noen kommuner (Jacobsen, 2010). Selv om synspunkter og erfaringer går igjen hos flere av de spurte skolehelsesøstrene, så vil det også være rimelig å anta at tjenestene vi kunne ha store lokale variasjoner, både i forhold til kompetanse og tilgjengelige ressurser. Variasjonene er sannsynligvis mye større enn det som kommer frem i denne studien.

Intervjuene er som tidligere redegjort for, foretatt med utgangspunkt i en fastsatt intervjuguide for å sikre at alle de intervjuede fikk de samme spørsmål. Intervjuguidens kvalitet vil ikke kunne sikre validiteten i dataene. Intervjuguiden og spørsmålene kan kompromitteres av både pariske spørsmål fra meg som forsker, hvordan spørsmålene er stilt, hvilken rekkefølge spørsmålene stilles, om spørsmål er utelatt, samt hvordan svarene er gjengitt (Frey & Oishi, 1995). Studiens intersubjektivitet påvirkes også i hvilken grad jeg som forsker har klare skiller mellom fakta, egne vurderinger og andres bidrag. Dette har betydning for å sikre at studien blir upartisk, saklig og en bevisstgjøring av hvordan skolehelsesøstrene opplever sine utfordringer. Dette vil kunne gi verdifull kunnskap for hvilken innvirkning dette har i forhold til deres mulighet for å hjelpe, tilrettelegge og støtte barn som pårørende (Thomassen, 2006). Verdinøytralitet kan hindre at helsesøstrene påvirkes av studiens hensikt ved å fortelle historier som passer inn i studien. Asymmetri under intervjuet kan også resultere i at de intervjuede trekker seg tilbake, eller gir informasjon som passer inn i studiet. På bakgrunn av at alle de intervjuede både var pågående og aktive under intervjuet, så er det rimelig å anta de intervjuede opplevet intervjuforholdet som symmetrisk (Thagaard, 2013).

I denne studien har mitt hovedfokus som forsker vært å få frem skolehelsesøstre sine egne perspektiv, opplevelse og erfaringer av egne utfordringer i arbeidshverdagen i forhold til å kunne hjelpe og støttearbeid og samarbeid med andre faggrupper. Barna og samarbeidspartnere har dermed ikke komme til orde. Dette gjør at fremstillingen vil kunne være unyansert. For å oppveie opp dette, så har jeg forsøkt å hente inn barna/ungdommen og samarbeidspartnere sin mulige opplevelse av problematikken gjennom empiri som er gjort på område.

3.2.2 Egen forskerrolle og etiske utfordringer

Intervjuets regi kan farge forskningsintervjuet. Min forforståelse, selve konteksten og kjemi til den intervjuede kan dermed påvirke informantens tillitt og velvillighet til å dele viktig informasjon (Jacobsen, 2010, s. 63). Utfordringen var dermed å forhindre at holdningen blir så fortrolig og empatisk at de intervjuede opplevet å dele mer enn det som var etisk og ønskelig, men, slik at helsesøstrene derimot turte å argumentere og stille kritiske motspørsmål til meg som forsker (Kvale

& Brinkmann, 2009). Slike innvirkende og påvirkende faktorene var dermed viktige å ta med i betraktning under forberedelse av og undervegs i intervjuet.

Informantene består som tidligere presentert av 6 skolehelsesøstre i ulike deler av innlandet i Sør-Norge. Helsesøstrene fikk selv velge hvor og når intervjuene skulle finne sted. Alle intervjuene ble foretatt på helsesøstrenes hjemmebane. Helsesøstrene ble også som tidligere nevnt, gitt informert samtykke i forkant av intervjuene for å sikre at de involverte både var informert, samt at de deltok frivillig. Alle de seks har gitt sitt samtykke til sine intervju. Ved henvendelse så fikk alle helsesøstrene også informasjon om at det når som helst var mulig å trekke seg fra deltagelsen i studien. De forespurte mottok også informasjon i forkant om både studiens hensikt og intensjon, samt etiske retningslinjer i forhold til å ikke omtale 3.person via vedlegg fra NSD om studien. Det ble også formidlet kunnskap om konfidensialitet, hvem som skulle ha adgang til opptak av intervju, samt hvordan opptaket skulle behandles i ettertid. Konfidensialitet skal sikre at de intervjuedes identitet og privatliv ikke kommer til kjenne (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne er forsøkt sikret og ivaretatt ved at området skolehelsesøstrene er hentet ut ifra er forstørret. Typiske kjennetegn, navn og dialekt er også endret.

Bruk av informert samtykke har både positive og negative aspekter. Slike samtykker sikrer at den intervjuede gis kunnskap om studiens intensjon og hensikt. Informasjonen vil også kunne bli påvirket av at den intervjuede ønsker å gi informasjon som passer inn i studien. Det gjør det også mulig å lese seg opp på tematikken. Kunnskapen vil også kunne farges (Kvale & Brinkmann, 2009). I studier som denne studien vil dette være uheldig ved at de intervjuede ser ut til å ha mer kunnskap om tematikken. I denne studien ville det kanskje vært naturlig å føye til et tilleggsspørsmål om hvor stor kjennskap den intervjuede hadde før intervjuet, samt om informasjonen i forkant førte til de intervjuede gjorde forundersøkelser i forkant av intervjuet.

Alle intervjuene fant sted utenom helsesøsterens oppsatte kontortid på skolene. Ingen barn ble dermed berørt av at helsesøster var opptatt i intervju. Flere av helsesøstrene hadde også pauser undervegs i intervjuet for å være tilgjengelig på telefon. Et av intervjuene fant sted i et møtelokale på den lokale helsestasjonen. Fire ble intervjuet på helsesøstrenes eget kontor på kommunens helsestasjon. Kun et av intervjuene ble utført i skolehelsetjenestens kontor på den aktuelle skolen. I motsetning til de foregående intervjuene, ga dette viktig tilleggsinformasjon i forhold til tilgjengelighet, mulighet for diskresjon for elevene, og utforming. Dette intervjuet ga også mulighet til å stille spørsmål til hvordan helsesøsteren opplevet at beliggenheten på tjenesten virker inn på elevene.

Alle informantene viste positiv interesse og velvillighet for å dele egne opplevelser i forhold til studiens problemstilling. Alle var også svært nøye med å ikke dele gjenkjennerbar informasjon om 3.person. Det er rimelig å anta at den selvvalgte konteksten har gitt informantene trygghet til å dele informasjon. At intervjuene ble utført på eget arbeidssted kan imidlertid ha gitt føringer for hvilken informasjon som er delt.

Intervjuguiden inneholdt ulike spørsmål om helsesøstres erfaringer rundt hvordan barn med psykiske syke foreldre, eller rusproblemer blir ivaretatt og fulgt opp, og hvilken innvirkning oppfølgingen ser ut til å kunne ha for barnets evne til konsentrasjon i skolehverdagen. Intervjuene har også hatt som formål å avdekke hvilken opplæring helsesøstrene har mottatt for å kunne hjelpe barn med foreldre med psykiske vanske og rusproblematikk i skolehverdagen. Undervegs i intervjufasen dukket det opp nye spørsmål som ble forsøkt utforsket. Alle helsesøstrene har dermed ikke fått mulighet til å besvare alle spørsmålene. Dette kom tydelig frem i det siste intervjuet hvor helt ny og kanskje viktig problematikk i forhold til opplevelse av PPT-tjenesten som en diffus og lukket tjeneste kom frem. Av tidsmessige og praktisk logistiske grunner [fellesferie] fikk ikke de fem som tidligere var intervjuet mulighet til å gi sine betraktninger over dette innspillet. Problematikken vil dermed stå uutforsket inntil videre.

Kapittel 4 Presentasjon av resultater

I dette kapitlet vil jeg legge frem studiens hovedfunn i forhold til hvordan helsesøstrene i skolehelsetjenesten selv vurderer sine egne utfordringer i forhold til å kunne støtte, hjelpe og tilrettelegge for barn som vokser opp med foreldre som enten har psykiske vansker eller misbruker rus. Funnet er sett i lys av tre hovedområder; skolehelsetjenesten som hjelpekontekst, informasjonskonteksten, og den tverrfaglige samarbeidskonteksten.

4.1 Fire vegger og en åpen dør – om hva vi kan tilby

Skolehelsesøstrene som er mine informanter arbeider i ulike skolehelsetjenester i Sør-Norge ved siden av arbeidet ved de kommunale helsestasjonene. De har dermed betydelig erfaring med barn og unge fra 0-20 år. Skolehelsesøstrene utfører et vidt spekter av pålagte tjenester som vaksinasjon, helse-informasjonsarbeid, og tilrettelegging. De følger også opp elevenes fysiske og psykososiale utvikling. En arbeidshverdag kan også innebære samarbeid med ulike instanser som skole, barnevern, PPT og BUP m.m for å kunne fange opp og forebygge skjevutvikling, problemer hos eleven og avdekke risikofaktorer (Helsedirektoratet, 2015).

Ved at tjenesten er et lavterskeltilbud, så kan elever tilbys samtale og støtte uten krav til henvisning, eller innblanding fra andre utenforstående, som foreldre, lege osv. Eleven trenger heller ikke å måtte avtale i forkant. Alle elever vil dermed få noen å snakke med, uten at eleven må henvises til spesialisthelsetjenesten. Tjenestens unik fordel - *den åpne dørs politikk*, gir en unik mulighet til å søke noen å kunne tenke sammen med, bak en lukket dør. Denne muligheten for å kunne dele egen problematikk i konfidensialitet, kan være svært viktig for sårbare grupper elever. Skolehelsesøstrene er også i en unik posisjon ved å inneha forkunnskap om skolens miljø, lærere og medelever. Dette gjør det mulig å hjelpe eleven i skolehverdagen gjennom samarbeid med ansatte i skolen eller andre etater hvis eleven ønsker dette (Torsteinsson, 2012).

Helsesøstrene i denne undersøkelsen sier de vanligvis bistår elever i forbindelse med psykososiale problemer som mobbing, venneproblematikk, spørsmål om prevensjon og helse osv. De hjelper også ved utvidede behov for hjelp og oppfølging, som hvis eleven selv, elevens foreldre eller søsken får problemer med rus, psykiske vansker eller somatisk sykdom. Enkelte har også erfaring med å hjelpe når elever opplever dødsfall i nær familie. Oppfølging kan dermed variere fra helt enkle samtaler for å rydde litt i elevens tanker, til oppfølging tett over lengre perioder. Noen elever følges også opp

over flere år. Det er imidlertid begrensninger i forhold til hva helsesøstrene kan bistå med. Hovedtilbudet defineres å være å kunne støtte, lytte og veilede. Arbeidet kunne også bestå av å forsøke å koble på et nettverk der familien har dårlig råd, for å forsøke å forhindre at eleven mistet kontakt med jevnaldrende. Utfordringen er å endre på selve hjemmesituasjonen til eleven. Unntaket er når eleven forteller om vold, overgrep eller omsorgssvikt, som er pliktet meldt til barnevern, eller i alvorlige tilfeller til politi. Primært tilbudet er imidlertid å kunne tilby et trygt sted hvor eleven kan luften sine bekymringer uten henvisninger, og uten at eleven skal måtte være det en av skolehelsesøstrene beskriver som *baias* i klassen for å få hjelp.;

«Jeg hadde en gutt, en tiende klassegutt innom som hadde pratet med meg og når jeg reiste meg opp så, så sa han; det er så godt å prate med deg fordi du ikke skal fikse og ordne alt». Og nå er det slik at det han sa, at hadde jeg tatt dette opp med en lærer, så hadde han begynt å fikse og ordne. Da skulle de opp i foreldresamtale, så jeg tror at de har nok et inntrykk av at vi som helsesøstre så kan de bare gå å prate uten at det skal skje så veldig mye rundt de».

Helsesøstrene er imidlertid avhengige å få kjennskap til elevens situasjon enten fra eleven selv eller utenifra fra andre for å kunne hjelpe. Det som imidlertid kommer tydeligst frem som en sentral utfordring i denne undersøkelsen, er mangelen av tilbakemeldinger fra barnet selv, samt fra andre som har kjennskap til barnets situasjon. Dette gjelder spesielt der foreldre misbruker rus eller har psykiske vansker. Dette skaper utfordringer i forhold til skolehelsesøsterens mulighet til å kunne hjelpe.

4.1.1 Hemmeligholdet- Når foreldene vil tie, og eleven ikke tør fortelle

En sentral del av rusmisbruk og psykiske vansker hemmeligholdet omkring vanskene. Hemmelighold vil kunne påvirke både evne til konsentrasjon og innlæring. Det kan også kunne øke opplevelsen av stress. Flere av skolehelsesøstrene viste bekymring for at slik hemmelighold kunne være slitsomt for eleven over tid, fordi dette kunne gjøre det vanskelig for eleven å lære;

() du blir jo fysisk veldig sliten av å sitte og ikke sprekke den ballongen. Men, når du får satt deg ned, og den sprekker, så er det uhorvelig mye bedre, fordi da kan du slappe av litt. Og når du kan slappe av litt så kan du kanskje lære litt på skolen også».

Skolehelsetjenesten som et lavterskeltilbud gir elever som har behov en mulighet til å ha noen å snakke med uten å hente inn henvisninger. Dette hjalp lite hvis eleven var redd for å fortelle i frykt for konsekvenser. Helsesøstrenes erfaring var at stigmaet og hemmeligholdet rundt foreldrenes rusmisbruk og psykiske vansker, ofte gjorde det vanskelig for eleven å oppsøke hjelp. Flere av helsesøstrene sier de opplever dette som problematisk. At psykisk sykdom ofte er forbundet med å

være gal, tross av at psykisk sykdom er noe som kan skje alle beskrives også som utfordrende. En gjennomgående opplevelse hos alle helsesøstre var imidlertid den nær fullstendige stillheten rundt foreldres rusmisbruk. Flere av helsesøstre opplevet at barn ofte visste helt instinktivt at de ikke skulle fortelle om forelderens rusproblematikk til andre utenfor familien. Det var også en klar tredeling i hvilke problemer som var vanskeligst å snakke om. Stillheten var størst rundt rusmisbruk, dernest kom psykiske vansker. Somatiske sykdommer som Kreft, MS ble derimot ofte delt med andre utenfor nær familie;

«Hele nabolaget får nesten vite det hvis det er snakk om kreft, fordi det er noe du ikke har gjort noe for å få, men du har heller ikke gjort noe for å få den psykiske lidelsen. Det er mye skam fortsatt, så jeg tror nok at mange holder på det, fordi at de er redd for å bli stigmatisert, redde for å bli utstøtt, at folk skal ta avstand Så de sier ikke så mye, og det blir jo vanskelig for ungene da, fordi da får jo den forståelsen av at det er noe jeg ikke må snakke om, at dette er skambelagt».

Når helsesøstre en sjelden gang fikk kjennskap til elever som hadde foreldre som misbruket rus, så kom dette ofte opp helt tilfeldig ved at eleven fikk reaksjoner i etterkant av at slik tematikk var blitt tatt opp i grupper eller klassen på skolen. Bekymrede lærere, venner eller foresatte til medelever eller venner kunne også formidle mistanker til at noe var galt. Det kunne også bli meldt om diffuse mistanker om foreldres rusmisbruk på bakgrunn av rykter i nærmiljøet. Slike diffuse mistanker var problematiske. Pene og vellykkede fasader kunne gjøre det vanskelig å oppdage rusmisbruket. Kontinentale drikkevaner skapte også utfordringer i forhold til å kunne skille *vanlige* forbruk fra misbruk. Nye drikkevaner gjorde det også lettere for foreldereren å ta til motmæle ved spørsmål om misbruk av rus. Ofte kunne foreldereren svare at; «Ja, du drikker kanskje ikke du du?». Dette gjorde det vanskeligere å identifisere et eventuelt rusproblem, og gjorde det mer nødvendig å bruke ekstra tid for å undersøke;

«Det er de her mer diffuse sakene hvor du antar at her er det ikke helt greit hjemme, de er vanskeligere å få tak i».

I noen tilfeller så hadde barna levd med problemer i mange år før skolen eller skolehelsetjenesten fikk kjennskap til problemene. Med utgangspunkt i at rusmisbruk er en svært skjult problematikk har flere av helsesøstre som fast praksis å ta opp rus som tema. Dette ble gjort både i førskole og i tredjeklasse-undersøkelsen på barneskolen med foreldrene til stede. Spørsmål om bruk av rus kunne dermed avdekke både eleven og forelderens oppfatning av både røyk og alkoholbruk. Holdninger til eget alkoholforbruk kunne dermed være viktige indikatorer på mulig bruk av alvorlige rusfrembringende stoffer. Under slike samtaler kunne elever utbryte: « Du drikker hver dag du!». Slike

utbrudd ble tolket som at eleven var trygg på å fortelle om foreldrenes vansker med foreldrene tilstede. Som det kommer frem tidligere så var slik åpenhet sjeldent.

Skolehelsesøstrene var svært oppmerksomme på at barn reagerer raskt ved endret atferd. Små mengder alkohol kan gjøre barn redde. Helsesøstrene mente det var vanskelig å avdekke når bruken gikk over i at barnet ikke opplevde seg ivaretatt av foreldrene, og forsøkte å bevisstgjøre dette med foreldrene. Redsel og uro for forelderens rusbruk behøver ikke nødvendigvis bety at foreldereren er rusmisbruker. En av helsesøstrene sier hun allikevel minner foreldrene om å være oppmerksomme på hvor vare barn er, i forhold til forelderens atferdsendringer;

«Vi minner foreldrene på at de skal være bevisst på at endret atferd den oppdages allerede etter et halvt glass(). Vi merker ikke at vi har drukket engang. Ikke at vi endrer oss, men ungen merker det. Selv om vi bare blir ekstra glad og blid, så er det også skremmende for en unge. Fordi det er en atferd som de ikke helt vet hvordan de skal forstå.»

Frykten kunne være fremtredende spesielt der ingen utenfor kjente til forelderens problem. Eleven visste heller ikke alltid hva som feilte foreldereren. Noen ante kun at det er noe som ikke stemte, andre kunne derimot ha forstått sammenhengene selv. Ofte varierte denne kunnskapen både ut ifra alder og modenhet, men også om barnet var informert eller ei. Tross at det er forpliktet gjennom lovverket å gi adekvat informasjon fra psykiatritjenesten, så opplevet flere av helsesøstrene at de det var en lang veg å gå.

Å snakke med eleven om foreldrenes vansker var av stor betydning. Helsesøstrenes erfaring var at dette kunne hjelpe eleven til å forstå og se ting i sammenheng. Samtalene kunne også forhindre at foreldrenes vansker ble et ikke tema, som kunne føre til at foreldrenes vansker ble ført over til barnet, slik at historien gjentok seg;

() vi vet jo det at når de voksne er syke, så har de vokst opp med det. De har vært barn en gang og levet i samme forhold og ikke fått hjelp. Så hvis vi kan treffe de da og samtidig bekrefte, vi bekrefter de jo som foreldre fordi de er bekymret for ungene sine, og hvis ingen snakker med ungene så blir det et ikketema.»

Mange foreldre ble både glade og engstelige når helsesøstrene ønsket å ta opp dette med barna. Andre foreldre ønsket derimot å unnlate å informere barnet for å beskytte. Noen foreldre kunne også gi tilbakemeldinger på at de antok at barnet ikke forsto, eller hadde fått med seg hva som var skjedd. Til tross for at helsesøstrene oppfordret til å dele dette, så hendte det også at foreldre vegret seg. Dette var problematisk for samtalene med eleven. Ofte visste barnet at noe var galt, hemmeligholdet kunne imidlertid hemme eleven fra å ville fortelle om sine opplevelser i frykt for represalier. I slike tilfeller så ble foreldereren ofte forsøkt hentet inn til samtale for å åpne opp for problematikken. Å

bryte stillheten ved at forelderen fortalte om sine vansker, var også viktig for å forhindre utvikling av frykt, uro og tanker om død og alvorlig sykdom. Helsesøstre erfaring var at informasjon kunne senke skuldrene til eleven, ved at eleven ble klar over at foreldrenes vanske ikke var dødelig;

«Jeg tror at unger som har fått informasjon senker skulderen og, «det var nå enda godt at det ikke var noe verre, for jeg trodde du skulle dø, at du hadde kreft», fordi det er jo det vi hører, fordi kreft har de hørt om. Også er det ikke så farlig at mor eller far er deprimerert, fordi da skal de i allefall ikke dø».

Eleven kunne også ønske å holde foreldre utenfor sin egen problematikk. Ved alvorlige ting så er helsesøstre også forpliktet til å informere foreldre frem til eleven er 16 år jf. § 4-4 (pasient- og brukerettighetsloven). Å innhente samtykke var noe alle helsesøstre fremhevet som helt nødvendig. En gjennomgang av intervjuene viser en annen mer moderat praksis og bruk av skjønn. Flere av helsesøstre var av den oppfatning at elever mellom 12 og 16 år kunne ha rett til noe taushet. Foreldreinnblanding ble dermed ofte en vurderingssak mellom elev og helsesøster. Når eleven ikke ønsket at forelderen skulle vite, så ble dette drøftet nøye i samråd med eleven. Spesielt eldre elever kunne vegre seg for å trekke inn foreldrene, fordi eleven ønsket å løse problemene selv. Helsesøstre hadde også erfaring med at eldre elever opplevet å ikke trenge egne foreldre. Helsesøstre var ofte av en annen formening. Slike samtaler kunne gjøre eleven urolig for hva som skulle fortelles. Mange hadde det derfor som fast praksis å ringte forelderen når eleven var til stede, hvis eleven ønsket dette, for å gi oversikt over hva som ble sagt. Eleven kunne også få informere foreldrene selv, enten i helsesøsterens påhør, eller alene hvis dette var ønskelig. Helsesøstre var også svært nøye med å formidle sine begrensinger, i forhold til når de må trekke inn andre til eleven tidlig i samtalen;

() jeg sier ofte det at de kan få tømme seg uten å være redd for at jeg forteller alt til foreldrene, fordi det gjør jeg ikke. Hvis det er kjempeviktig og alvorlig så må fortelle jeg det til foreldrene selvsagt.»

Helsesøstre må innhente samtykke (jfr. § 22 første ledd i helsepersonelloven, og § 13a nr.1 i forvaltningsloven), fra foreldre for å kunne informere, eller hente inn andre fagressurser. Uten samtykke så var risikoen for at taushetsplikten ble brutt uansett stor. Utfordringen var dermed å ta høyde for en slik utvikling tidlig i prosessen;

() å være den som eier en sak, og være den som gjør en god jobb- det er jo ganske godt inntil en viss grense. Når du ser at det oi det begynner å bli mye, dette her begynner å bli stort, det begynner å bli slitsomt og dette her klarer jeg ikke alene, da er det vanskelig å begynne å nøste opp i det og kanskje få tillatelse til å snakke med andre også har du så mange ting du må sitte å holde på, at det er vanskelig å melde fordi du bryter taushetsplikten din nesten uansett hva du gjør. Så det der å bli flinkere på å tenke det tidlig, det er viktig»

Helsesøsterens sier de som oftest har positive erfaringer fra slik innhenting. Helsesøstrene viste også stor forståelse hvorfor et samtykke var viktig; *()Du ønsker ikke at vi skal diskutere ungen din uten at du vet det()*. Noen foreldre kunne være skeptiske til å gi samtykke. Dette handlet ofte om forelderens redsel om at problematikken skulle bli fortalt *()sammen med brødiskiva på lærerværelse*».

Foreldrene var ofte velvillige til å gi tillatelse til å informere, når de fikk forståelse for hvordan informasjonen ble delt.

Elever kunne av og til fortelle om forhold i hjemmet som måtte undersøkes. Det kunne være at mor eller far slet, eller at far eller mor slo. Helsesøstrene sier de alltid gransker slike tilfeller nærmere, men med ulikt forløp. Alle helsesøstrene sier de har en lav terskel for å ta kontakt med foreldre for å undersøke nærmere det eleven hadde fortalt. Av og til så var helsesøstrene usikre på hvordan de skulle få dette til. Spesielt der eleven hadde fortalt at mor eller far hadde rusproblemer, så kunne det være vanskelig «å være tøff nok» til å ringe å undersøke dette med forelderen. Å få til gode dialoger med foreldrene var også av stor betydning, for å kunne gi en tettere oppfølging av eleven.

Der foreldrene av ulike grunner ikke ønsket dialog, så førte dette ofte både til en mer sporadisk kontakt, og større vanskeligheter med å hjelpe. Situasjonen kunne også bli stående fast, og gjøre at elevens problemer eskalerte. Flere av helsesøstrene var også opptatt av å ikke skulle å ta forelderens plass. Deres synspunkt var at familien måtte få beholde sine naturlige roller. For helsesøstrene så betød dette å være et støttende og styrkende supplement til eleven i den perioden eleven har behov for slik støtte, og å finne «det faktiske» behovet uten å overkjøre den enkelte.

Flere av helsesøstrene oppgir forståelse for at lærerne presses fra alle kanter, og at det kan hindre å se betydningen av at elever får rom til å dele sine bekymringer med helsesøster i skoletiden. Mange elever med vanskelige hjemmeforhold, vil kunne oppleve å ikke ha mange andre å dele sine bekymringer med. Bekymringene kunne dermed ta opp mye av elevens konsentrasjon. Å få tømt hodet, sortert og å få sagt bekymringene høyt samt å forstå gjorde ofte bekymringene mindre. En av helsesøstrene beskrev dette som «å komme å tanke litt»;

«Det bruker jeg å tegne litt oppi hjernen og sånn , tanker og følelser og alt dette her og hva er det som skjer når vi snakker , fordi da får vi sortert og plassere det på ei hylle der og og kanskje du ikke trenger å ha dette oppi hue hele tiden og. At det fort blir kaos, at det blir for trangt oppi der og da blir vi fort deprimerte rett og slett, og tegner og illustrerer litt da. Og det tar de fort. Så det skal ikke alt for mye til for å rydde opp litt i dette her da og sortert litt er min erfaring».

Ikke alle elever åpner seg i én til én samtaler. Noen av helsesøstrene benyttet derfor andre metoder, som å få eleven ved siden av seg, ved enten å gå tur, eller kjøre bil. Noen trakk også frem bruk av verktøy som figurer, tegninger, ballonger til å sitte på, og forklarende filmer, for å hjelpe eleven til å forstå sine egne tanker og belastninger. Det er rimelig at dette også vil kunne være slik at slike forklaringer også vil være med å opparbeide tillitt til at helsesøsteren forsto. Flere av helsesøstrene fremhever betydningen av å sette inn tiltak før eleven utvikler symptomer, men opplevet av og til å bli møtt med lite forståelse. Alle skolehelsetjenestene tilbød forebyggende gruppeundervisning i skolen, som Trygg Oppvekst gruppe, jentegrupper o.l. Noen lærere så kun utfordringer i forhold til det faglige. Dette gjorde at psykososialt arbeid oppleves mindre viktig enn å se det helhetlige perspektivet;

«Det er jo ikke alle lærere som syntes det er så fint at elevene kommer så mye til meg, fordi de mister så mye skoletid. Og spesielt så har det vært diskusjoner rundt dette her med jentegruppe når de blir tatt ut regelmessig over tid. Da kan det være vanskelig og noen lærere syntes det er utfordrende da, og syntes kanskje ikke at dette her er det viktigste som skjer på skolen».

Bruk av grupper skapte gode grunnlag for helsesøstrene til å nå inn til eleven. Rekruttering til samtalegrupper for barn av psykisk syke kunne være vanskelig. Så lenge barnet ikke hadde synlige symptomer som resultat av foreldrenes vansker, så opplevet helsesøstrene at foreldrene heller ikke så noe behov for at barnet skulle motta hjelp. Å differensiere grupper kunne også gi grunnlag for mobbing og stigmatisering. Spennet i de ulike problematikkene i rus og psykiatri gjorde også differensiering ekstra utfordrende;

() Vi har jo skilsmissegrupper, men det er liksom da mer opplest og vedtatt. De vet jo at du er skilsmissebarn, men du har ikke det stempelet at du er barn av psykisk syke foreldre. Å lage en gruppe med det blir veldig stigmatiserende tenker jeg, fordi det er så stort spenn i rus og psykiatri. Men, du ser jo ofte at kanskje jenter finner hverandre mer enn gutta som har foreldre som sliter. Jentene har det litt lettere for bli venn med andre som sliter litt med det samme».

For en av helsesøstrene så var samtalegruppene etter hvert var blitt så mange, og at tiden ikke strakk til. Dette gjorde det nødvendig å prioritere individuelle samtaler;

() det er mye å hente på få grupper, for de[elevne] lærer ..hører mer på hverandre enn på voksne som sier hvordan de skal leve livet sitt, men samtidig så tenker jeg at det er så mye grupper også rekker jeg ikke med alt, så nå har jeg prioritert å ha individuelle samtaler».

4.1.2 Kontakten varierer med alder og kjønn

Helsesøstrene sier de opplever at elevenes alder og kjønn påvirker i hvilken grad eleven tar kontakt med skolehelsetjenesten. Yngre elever ble oftest henvist av enten foreldre eller lærere. Eldre elever i ungdomsskole tok derimot oftere kontakt selv og benyttet skolehelsetjenesten i forhold til personlig bekymringer. Jentene og guttenes tilnærmet seg også problemene ulikt. Gutter kunne oftere vise til småskader, hodevondt og annen problematikk og måtte kjenne seg litt frem før de kom inn på hjemmeforholdene. Jenter var derimot raskere til å fortelle hvorfor de tok kontakt. Flere av helsesøstrene opplevet også at gutter ventet lengre med å søke profesjonell hjelp;

«Jeg tror nok det har pågått lenge før de [guttene] kommer. Det er jeg ganske sikker på.»

Flere av helsesøstrene opplevet også at elever ofte kunne tro at de eneste som opplevet slike forhold hjemme, fordi de aldri så lignende forhold hos jevnaldrende. Utfordringen var dermed å få eleven til å forstå at andre også kunne ha det slik;

«Også sier vi noe om at vi har hørt mange historier, så dette er vi vant til, og at vi kjenner mange som har det slik. Du er ikke alene. Det er fryktelig mange unger som har det sånn. For mange tror at de er helt alene, at de er de eneste i hele verden som har det sånn. Men, det er fordi at de kommer hjem til de har det ikke sånn. Men, de de ikke kommer hjem til har det kanskje slik, men det vet de ikke.»

Om dette var noe eleven reflekterte over til daglig var det usikkerhet omkring. Flere av helsesøstrene hadde derimot inntrykk av at elever i større grad enn før viste om andre i samme situasjon på grunn av muligheten til å oppsøke felleskap på nettet. Jenter så ut til å være mer åpne til dette. Hvor vidt denne type felleskap alltid gagnet eleven var det imidlertid delte meninger omkring. Flere av helsesøstrene var skepsis til om felleskapene også kunne virke mot sin hensikt, som ble begrunnet i muligheten i faren for å møte andre som ikke var støttende. Å dele egen bekymring med venner som ikke var i samme situasjon, kunne ofte være utfordrende for elevene. Vennene kunne ha vanskeligheter med å forstå hva medeleven gikk igjennom. Flere av helsesøstrene opplevet at gutter ofte kunne vegre for å dele problemer selv med venner. Behovet for å få hjelp kan i første øyeblikk se ut til å være større for elever i ungdomsskole enn for elever i barneskole. Det reelle behovet kan være like stort og kanskje større, fordi yngre elever sjeldnere henvender seg til andre utenfor familie. Utfordringen vil være å få tak i denne skjulte gruppen. Det er rimelig å anta at å få tak i denne gruppen enten krever at andre i elevens omgivelser er oppmerksomme på endringer hos eleven. Helsesøstrene sier i intervjuene at de står maktesløse når de ikke vet om elever som opplever vanskelige hjemmeforhold;

()De [elevene] får kanskje beskjed om at de kan gå til helsesøster, å snakke med helsesøster, og da er det viktig at vi kan si noe om at vi vet. Jeg vet at det ikke er så lett hjemme. Har du lyst til å si noe om hvordan du har det? Jeg vil at du skal fortelle meg om hvordan du har det».

Helsesøstrene opplevet av og til at visitter for småting hadde vært forsøk på å se an helsesøsteren. Å få kunnskap om dette i etterkant uten å ha hatt mulighet til å hjelpe var vanskelig for helsesøstrene. Helsesøstrene sier de dermed er helt avhengig av at elevens situasjon blir formidlet til skolehelsetjenesten. Dette kan forhindre at eleven først oppsøker hjelp når symptomer på egne problemer blir for plagsomme.

4.1.3 De ringer ikke – om nødvendigheten av å bli informert

Kjennskap til elevens situasjon gjør det mulig å kunne kalle eleven inn til samtale. Slike innkallinger kan gjøre situasjonen enklere for eleven vet at helsesøster lar eleven vite at hun vet. Eleven kan dermed komme tilbake hvis den hadde behov for hjelp;

() DPS på ... ringte. Og da kunne jeg ta inn den eleven å si at, dette her vet jeg om, syntes du det er vanskelig så kom, men jeg vet i alle fall om det. Bare det ikke sant, de blir ikke tvinga, det må ikke komme til noe mer, bare det at de vet at vi vet så har de en mulighet til å få litt støtte og komme litt her hvis det er vanskelig en dag()

En av helsesøstrenes største utfordring, var å motta informasjon om elevens situasjon ved forelderens innleggelse. Fastlege, behandlere og lærere vil enten kunne motta informasjon, eller oppdage barnets situasjon når foreldrene har psykiske vansker eller rusproblematikk. Selv om slik informasjon er taushetsbelagt, så vil et samtykke fra den syke foreldereren kunne åpne for at blant annet skolehelsetjenesten kan informeres. Ved spørsmål om behandlingstilbudene er gode på samhandling og videreformidling av informasjon, så svarer en av helsesøstrene som tidligere har jobbet både med rusinstitusjon ved psykiatrisk avdeling;

«Nei! Det er de ikke. Det er de veldig, veldig dårlig på. Og det forundrer meg litt, fordi vi har jo jobbet der med samhandling opp igjennom noen år. Og det er opprettet barnekontakter i mange institusjoner».

Denne oppfatningen er karakteristisk hos alle helsesøstrene. Alle de seks sier de savner informasjon om barnets situasjon når mor og far blir lagt inn til behandling. Fra psykiatrisk sykehus så beskrives tilbakemeldingene som helt tilfeldig, og i noen tilfeller helt fraværende. En helsesøster beskriver psykiatrien som blant verstingene;

«Da er vi kjempeheldige hvis vi får tak i dem [barna]. Fordi det ikke er noen melderutiner.»

Hovedinntrykket viser at oppringningene fra behandlingsstedene har vært helt på et minimum. En av helsesøstrene har ikke mottatt noen oppringinger i løpet av de 2 årene hun har arbeidet ved helsestasjonen. To av helsesøstrene har kun mottatt en oppringning fra psykiatrien i løpet av sine 9 og 18 år i skolehelsetjenesten. De sier de blir positivt overrasket om 2.linjetjenesten tar kontakt;

«Jeg tror det var en vanlig sykepleier som har jobbet som helsesøster før, sikkert derfor hun ringte, som var ansvarlig for pasienten da som ringte. Det var vel rett etter at den nye loven som kom igjen, den nye loven, så det var vel mye fokus på det da. Kanskje det var derfor hun ringte?»

Tilbakemeldingene fra rusinstitusjonene var også tilnærmet fraværende. Fire av helsesøstrene, derav tre med 9, 18 og 18 års erfaring hadde ikke mottatt noen oppringer fra rusbehandlingsinstitusjoner. To av disse helsesøstrene jobbet ved både barne-, og ungdomsskole. To hadde også tidligere erfaring fra både barne- og ungdomsskole, men jobbet nå henholdsvis på barneskole og ungdomsskole. Det vil dermed kunne antas at det er mange elever som kan ha vært eller som er berørt, uten at skolehelsesøstrene er informert.

Helsesøstrene sier de ikke har behov for mye informasjon. Det holder å vite at forelderen er innlagt, og at dette har konsekvenser for barna;

()Det jeg trenger å vite det er at barnet har et ekstra ansvar, fordi det er jo det de legger på skuldrene sine.»

Flere av helsesøstrene stilte imidlertid spørsmål ved mangelen av melderutiner ved de psykiatriske avdelingene og ved rusinstitusjonene, nå som alle institusjonene skal ha barneansvarlige helsepersonell. En av antagelsene var at skolehelsetjenesten og helsesøster ikke var naturlige å oppnevne, når behandlere la frem forslag om samtykke hos foreldrene i forhold til hvilke aktuelle personer som skulle kontaktes. I to av intervjuene ble det imidlertid meldt om en svak bedring i rapporteringen fra behandlingsstedene. Hovedinntrykket var imidlertid at henvendelsene foregikk i rykk og i napp. En av helsesøstrene opplevet det også som problematisk at overføringer fra behandlingsinstitusjon til kommune ikke går automatisk for å ivareta eventuelle barn. Nye kartlegginger kunne derimot føre til at forelderen vegret seg for å ville trekke inn andre;

«Det er ikke noe automatikk i overføring fra DPS eller akuttpsykiatrisk, over til kommunebiten i forhold til det å ha med seg barnet, så da starter kommunene igjen på samme biten med å intervjuer «har du barn og har du tenkt på det, og skal barna ha en plan, skal den ha en helt egen plan og skal det stå helt konkret hvem som skal kontaktes».

Leger vil også kunne møte forelderens problematikk tidlig i forløpet. Samarbeidet med leger blir imidlertid opplevet som svært varierende. Flere av helsesøstrene undret seg over dette, og mente

mangelen av tilbakemeldinger skyldes at barna enten blir glemt eller ikke brakt opp i samtalene i redsel for å bryte opparbeidede pasientallianser. Håpet var at helsepersonell, og ikke minst leger skulle bli bedre til å ha fokus på barna. Dette var spesielt viktig ovenfor barn som har kommet i fosterhjem, for å kunne forberede eleven, på forelderens tilstand og muligheten til å møte forelderen syk eller full tilfeldig ute på gata.

4.1.4 Foreldre tror vi vet, også vet vi ikke – om følger av informasjonssvikt

Når barn kartlegges i behandlingstilstandene så vil foreldre kunne ha gitt samtykke til å videregående informasjon, uten at dette blir gjort. Tilbakeholdelse av slik informasjon ble fremhevet som svært problematisk av helsesøstrene. Informasjonsmangel kunne dermed hindre et tidlig samarbeid mellom skolehelsetjenesten og foreldre. Foreldre trodde også at barnet blir ivaretatt uten av dette er tilfelle;

*«Jeg har som sagt den erfaringen at foreldrene, eller har trudd at jeg har visst lenge før jeg har visst og som hadde forventet at jeg kanskje skulle ha samarbeidet mer rundt det her. Også, oi! Visste jeg det ikke i det hele tatt. Jeg har ikke fått noen informasjon om det.»
(Bente)*

En av helsesøstrene mente ansatte i behandlingstilstanden burde formidle tydeligere, til foreldre om hvem de hadde kontaktet, for å forhindre misforståelser. Informasjonssvikten kunne imidlertid også gå den andre veien, ved at foreldre bevisst valgte og ikke informere andre i redsel for at ungene skulle bli hentet av barnevernet. Helsesøstrene mente at grunnen til at de ikke fikk beskjed om foreldrenes situasjon, var at lærere, og behandlere ønsker å se situasjon an. Dette ble beskrevet som uheldig, fordi eleven kunne utvikle symptomer i mellomtiden. En av skolehelsesøstrene beskrev det så sterkt;

() hjelpen skulle ha kommet inn mye før. Da hadde den [eleven] kanskje ikke trengt det».

Flere av helsesøstrene hadde lignende utbrudd. Dette kan tolkes som en felles opplevelse av oppgitthet og hjertesukk over å ikke kunne gripe inn før, for å forhindre at symptomene fikk utvikle seg. Som hjelpemiddel for å kunne avdekke slike utfordringer benyttet flere av helsesøstrene egne verktøy som helsesirkelen. Sirkelen ble presentert på ulike alderstrinn. Ved noen skoler så ble sirkelen presentert i sjette klasse. Andre hadde som fast praksis å presentere sirkelen i åttende klasse ved begynnelsen av skoleåret. Dette verktøyet ga rom for dialogundervisning i forhold til både fysisk, psykisk og sosial helse. En skalering av faktorer som trivsel, helse, søvn og trygghet hjemme, ga også en gylden muligheter til å komme i forkant av elevens problemer. Skaleringen ga også

helsesøstrene mulighet til å kunne be eleven inn til samtaler og oppfølging, samt til å gjenta samme prosess senere, for å evaluere endringer og tiltak.

4.1.5 De tar fortsatt ikke kontakt- tross informasjonssøkning

I de siste årene så har fokuset på barn som pårørende hatt en betydelig økning. Dette gjelder spesielt innen behandlingsinstitusjonene, hvor det har blitt innførte nye lover og retningslinjer for å sikre ivaretagelse av barn som pårørende. Dybdekunnskap og opplæringen i forhold til barn som pårørende vil kunne rette oppmerksomhet på skadevirkninger og betydningen av å forebygge og kontakte rette faginstanser tidlig. For å undersøke hvilken forkunnskap i forhold til tematikken barn som pårørende, så ble alle helsesøstrene forespurt om opplæring på dette feltet. En gjennomgang viser at helsesøstrenes opplæring i tematikken er varierende og tilfeldig. En av helsesøstrene hadde tidligere erfaring fra arbeid i psykiatri og rusbehandlingssteder. To hadde også videreutdanning i barn av psykisk syke. To hadde hatt flere kurs i problematikken. En av de spurte hadde imidlertid kun mottatt informasjon om temaet med jevne mellomrom. Ingen av de spurte påpekte et behov for mer kunnskap om denne problematikken. Det er rimelig å anta at helsesøstrene opplever å ha kunnskap nok. En av helsesøstrene som hadde videreutdanning i forhold til barn av psykisk syke fra et 10 år tilbake, sier hun oppdaget interessante sideeffekten av videreutdanningen. Utdanningen bidro til bedre samarbeid, og bedre fellesforståelse til de yrkesgrupper som hadde deltatt. Disse var også raskere til å ta kontakt enn andre som ikke hadde denne videreutdanningen.

Fokuset på barn som pårørende er økt både innen forskning og informasjonsarbeid de senere årene. Det er også igangsatt flere forsknings og opplæringsprosjekter. En av disse er Mosaikk-prosjektet som er et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Innlandet (SI) og Høgskolen i Lillehammer. Forskningsprosjektets formål er å sette fokus på hele oppveksten til barn som vokser opp med foreldre som er rusmisbrukende eller psykisk syke foreldre (Mosaikk, 2012). Forskere fra dette prosjektet har også delt av sine funn undervegs til ulike faggrupper som gjennom forelesninger og seminarer for å øke fokuset og kunnskapen på temaet. Det er rimelig å anta at slik deling vil kunne ha en opplærende effekt.

Det er også igangsatt opplæring på området. Innlandsmodellen og Barn i Mente ble satt i gang i 2012, gjennom KoRus-Øst og Sykehuset Innlandet HF. Prosjektet har som formål om å komme tidlig inn ved risiko hos spe- og småbarn for å avdekke problematikk tidlig og bedre samarbeidet mellom behandlingslinjene. Innlandsmodellen og Barn i Mente påpekes ved revidering å ha vist gode resultat, forpliktelse i forhold til samarbeid mellom behandlingslinjene og økt kunnskap om hvilke implikasjoner rus og psykiske problemer kan ha for barns utvikling. Funnet i et av intervjuene

fra en av kommunene der denne opplæringen nettopp har blitt presentert tyder imidlertid det motsatte. Behandlere tar fortsatt ikke kontakt med skolehelsetjeneste tross kursing og fokus på viktigheten av å se barn tidlig;

«Vi hører jo aldri noe fra behandler. Nei, det gjør vi ikke. Oftest er det at lærerne merker, lærerne får kanskje ofte informasjon før skolehelsetjenesten. Men, de merker det ofte på skoleprestasjonene, at de er ukonsentrert og at det skjer noe. Eller at andre foreldre eller besteforeldre eller noen nær ungen tar en telefon, og ønsker at vi skal prate med dem.»

En av helsesøstrene påpekte en viss fremgang. Hun hadde merket seg at behandlerne tok kontakt i større grad enn tidligere med den lokale helsestasjonen når rusmisbrukende pasienter var gravide;

() nå syntes vi at vi begynner å komme oss. Vi merker i alle fall at de tar kontakt med jordmor for eksempel, hvis det er gravide syke. Når det er rus så er det jo tvang, da kan de gå til tvang, men er det er jo psykiske lidelser så kan de forverres under fødsel og barsel. () nå er jo ikke det skolehelsetjenesten da, men forebyggende i forhold til skolehelsetjenesten og da».

4.1.6 Oppsummering

Kort oppsummert så viser funn i denne studien at hemmelighold rundt psykiske vansker og rusmisbruk gjør det vanskelig å hjelpe eleven. Et av hovedfunnene i denne studien er savnet av oppringninger fra behandlingsstedene og fastleger. Mangelen på informasjon fremheves som problematisk av helsesøstrene, fordi elevens symptomer kan utvikle seg unødige. Foreldre kunne også være i den tro at barnet var ivaretatt. Barn vil også kunne oppleve å leve i foreldrenes vansker over lengre tid før vansken defineres som så alvorlig at forelderen gis behandling.

Informasjonsmangel gjør at elevens vansker må bli synlige for å kunne hjelpe eleven. Studien viser også der foreldre vegret seg for å dele egne vansker med barnet, så hindret dette eleven i kunne åpne opp i samtalen med helsesøster. Foreldre kunne også vegre seg for å inngi samtykke til å hente inn flere fagressurser. Dette skapte hindringer for videre samarbeid. Det kommer også frem at det er variasjoner i forhold til barn og unges kontakt. Yngre barn tar i mindre grad kontakt enn eldre barn og unge. Jenter ser også ut til å kontakte helsesøstrene i større grad enn guttene. Jentene er også raskere til å fortelle hvorfor de er kommet.

4.2 Skolen som pauseområde – om å dele akkurat passe mye informasjon

En av skolehelsesøstrenes unike fordel er at de befinner seg i en nøytral sone utenfor skolen. Et gjennomgående ønske fra alle helsesøstrene var også å kunne få være den *nøytrale*, ved å være den på utsiden av elevens lærings- og undervisningsarena. Eleven kunne dermed få mulighet til å kunne

ha en privat sone utenfor klasserommet. Dette betød også at klasserommet og frikvarteret kunne representere elevens pause område, hvor eleven kunne være som jevnaldrende. Helsesøstrene opplevet imidlertid at elevens ønske kunne bli satt på prøve fra lærere som kunne ønske mer informasjon enn det helsesøstrene var komfortable med;

() det har vært informasjon som har kommet til meg at jeg ikke lekker noe ut til læremiljø da. Og det brukte jeg litt tid på, fordi lærere de vil jo gjerne vite, fordi får jo med seg hvem som er hos meg».

Skolehelsesøsteren sier de opplever at taushetsplikt, og å være den på utsiden inngir tillitt som kan gjøre det lettere for eleven å ville fortelle. Dette innebar at privat informasjon om eleven var forbeholdt helsesøster, med unntak av når dette var avklart med eleven selv at dette kunne videreformidles. Det var imidlertid nødvendig å gi lærere noe informasjon, for å gjøre læreren oppmerksom og forståelsesfull i forhold til elevens prestasjoner, konsentrasjon og atferdsendringer. Dette kunne gjøre det enklere å forstå hvorfor det kunne være vanskelig for eleven å få levert lekser i tide, eller hvorfor eleven er trøtt, opprørt eller lei seg;

«Det er ikke sikkert at det er ok at læreren vet så mye. Det kan være litt slitsomt også at de vet alt. Da kan det være greit at det er noen utenom som vet alt. At det er enklere, fordi de må ha en pause også. Det er greit at de vet litt, at det.. at de vet at noen vet, hvem det er som vet, men de trenger ikke vite og ha hørt alt ».

Det var også nødvendig å kunne ivareta eleven når helsesøstrene ikke var tilstede. Ved en gjennomgang av intervjuene, så viser det seg at det er ulike prosedyrer for hvem som gis slik informasjon, og for hvor mange som blir informert. Ved noen skolehelsetjenester så var kontaktlærer ansett å være den nærmeste til å kunne ivareta, fordi kontaktlærer «nærmest alltid» var tilstede. Ved andre skolehelsetjenester så kunne flere nøkkelpersoner bli involvert. Ikke alle skolehelsetjenestene så ut til å ha en fast praksis for hvordan denne type informering skulle løses. Dette kan skyldes at skolehelsetjenesten har hatt få elever med denne type problematikk. En av skolehelsetjenestene skilte seg helt klart fra de andre i forhold til å sikre elevene. Ved denne tjenesten så var vanlig praksis å knytte flere nøkkelpersoner både fra administrasjon og fra lærere til eleven ved hjelp av samtykke fra forelderen, for å sikre at noen alltid var til stede hvis eleven hadde behov for noen å snakke med. Informasjonsdelingen måtte imidlertid ikke overskride elevens behov for å beholde skolen som privat sone;

() jeg tenker at de trenger å vite at noen vet, så hvis det er en dag så de må snakke med noen, så syntes jeg at helsesøster og minst kontaktlærer og en av skolens ledelse skal vite om. Som taus kunnskap i alle fall. At de vet at da kan jeg gå dit og dit, for jeg er jo ikke her hver dag, derfor er det bra om noen andre også vet det, også kan jo kontaktlærer være syk også kan en

av skolens ledelse i allefall eller kanskje sospedteamet være informert uten at det er noe mer et tiltak».

Med taus kunnskap mente denne helsesøsteren å ha kunnskap om elevens vanskelige situasjon i samråd med eleven, for at eleven kunne bli ivaretatt hvis eleven hadde behov for dette. At kunnskap var taus var også av betydning i forhold til elevens behov for og ikke skille seg ut. Behovet for å være som jevnaldrende er ofte av stor betydning, spesielt for eldre elever. Å sikre at eleven ikke ble behandlet mer spesielt enn høyst nødvendig i skolen, betød at hverken helsesøstre eller lærere skulle fly etter eleven. Å møte dette behovet var utfordrende når eleven skulle kalles inn til samtale. I følge helsesøstre så var det ikke alle lærere som viste forståelse og respekt for behovet for og ikke skille seg ut. Helsesøstre måtte dermed forklare at dette handlet om at eleven ikke bare må tåle denne belastningen i en allerede utfordrende hverdag. Dette innebar at behovet for å ikke være annerledes måtte tas hensyn til. Der læreren hadde kunnskap om elevens situasjon gjorde dette det mulig å inngå egne avtaler med eleven. Slike avtaler kunne sikre både ivaretagelse og diskresjon. Avtalen kunne innebære å kunne få rekke opp hånden på lik linje med medelever, men at læreren var klar over at i dag så passet det ikke å svare.

4.2.1 Å måtte trø varsomt – for å forhindre at eleven forsvinner

Skolehelsetjenesten åpne dør prinsipp, gir eleven mulighet til å oppsøke hjelp når behovet er der. Elevenes behov for samtale var ulike. Noen elever hadde behov for å komme ofte, andre kom kun en gang. Noen elever sluttet også å komme fordi helsesøster etter hvert kom for nær;

() Det er veldig vanskelig å miste de da. Men, jeg håper jo at det [samtalene]gjør at det er en senere inngangsport til å søke hjelp. Det blir litt langtidstenkning.»

Varheten i slike samtaler, kunne gjøre det utfordrende i å klare å holde på eleven lenge nok til at eleven klarer seg selv. Dette betød å måtte trå varsomt i samtalene, for å ikke skremme vekk eleven. Elever kunne også la være å komme til avtaler, og måtte hentes inn igjen etter en stund. Helsesøstre er avhengige av at elevene ønsker å komme. Der eleven opplevet å bli tvunget til å oppsøke helsesøster, så var helsesøstre spesielt avhengig av å skape gode relasjoner for å få eleven til å vende tilbake. Press kunne også gjøre at det kunne ta lang tid før eleven tok kontakt, spesielt der barnet var eldre.

Det er rimelig å anta at tvang i denne sammenheng innebærer at eleven har blitt oppfordret til å oppsøke helsesøster. Å ønske å dele egne erfaringer med en annen forutsetter imidlertid tillitt til at den andre ønsker å høre. Barn som pårørende vil kunne ha tidligere erfaring ved at forelderen fokus

og tåleevne gjør at forelderen reagerer med å bli «syk», få vondt i hodet, blir sint, eller måtte sove i etterkant av samtaler med barnet. Slike avvisninger kunne føre til vegring for å dele egne erfaringer med andre. Slike dårlige erfaringer gjorde også at tillits-prosesser ble mer krevende for helsesøstrene. Noen elever kunne dermed måtte komme tilbake igjen og igjen, for å lære at helsesøsteren ikke var uberegnelig, men derimot tålte det som ble fortalt. Dette førte ofte til at det tok lang tid før helsesøster fikk hele elevens historie. Utålmodighet i denne prosessen kunne både ødelegge tillitsforholdet og forhindre kontakt og oppfølging senere. Det kunne også føre til at eleven valgte å lukke seg og skjule egne problemer.

To av helsesøstrene fremhevet derfor behovet for å jobbe forebyggende. Dette var viktig for å gjøre det mer naturlig å oppsøke hjelp. Å lære dette tidlig kunne gjøre det lettere å ta kontakt med profesjonelle ved behov senere. For kanskje trenger de det en gang, som Anna sier;

«Det er så fryktelig lett å komme hvis du har vondt i foten eller i hånda, men vel så mange har jo psykiske problemer eller at de har psykiske vansker da».

De første samtalene i barneskolen var både viktige og forebyggende. Å skape positive samtaleopplevelser på dette tidspunktet i eleven liv kunne senke terskelen for å søke hjelp senere. Positive opplevelser i sin helhet kunne også forhindre at eleven valgte å lukke igjen problemene og avslutte samtalene også senere;

()hvis de opplever om det er en god opplevelse med små ufarlige ting, så tenker jeg at de kommer når det er store farlige ting, og når de er klare. Men, hvis relasjonen er vanskelig, så lukker vi det kanskje () Så noe er å så [forebygge]videre, så at den dagen, når ungdommen kjenner at dette blir for vanskelig, så søker de faktisk hjelp. Da lar du det ikke gå ti år til.»

Elevens problem kunne også være av den art at eleven måtte henvises videre. Helsesøstrene var svært klare i forhold til egne begrensninger, og på hva de kan tilby i intervjuene. En av helsesøstrene opplevet at slike henvisninger tok lengre tid enn det som var ønskelig. Hennes ønske var å kunne sende elever direkte til spesialhelsetjenesten utenom lege og barnevern. Indirekte så var dette allerede praksis. Ønsket var at det skulle være enklere å gå direkte.

4.2.2 Oppfølging - knapp tid, mange elever og akutte behov

Helsesøstrenes erfaring var at noen elever kan ha behov for enten mye mer, eller langt mindre oppfølging enn som er først antatt. Dette var vanskelig å avdekke i forkant. Den gjennomgående opplevelsen at arbeidspresset var for stort i forhold til tilgjengelighet og antall oppgaver, og at dette gikk utover oppfølgingen;

() det er jo ferskvare det meste de kommer med. De har liksom ikke samlet opp en hel bærepose, noen har jo det og gjennom år, og det er klart når den begynner å lekke så lekker

det fort! Men, det fleste er jo ferskvare det de kommer med. Det er noe som har skjedd der og da, og da må vi være der da!»

I tre av skolehelsetjenester så helsesøster tilgjengeligheten 1,5 dag pr uke. Ved tre av de andre kommunene så var helsesøstrene til stede to dager i uken, mens ved de tre andre kommunene så hadde de to dagers tilstedeværelse på skolen i uka. Kontortiden skulle også økes fra en til to dager ved en av de andre kommunene. Møter og nødvendighet av å måtte ivareta kommunenes helsestasjon kunne også komme i veien, eller gjøre det nødvendig å begrense tiden på skolene. På det tidspunktet intervjuene ble utført, var en av skolehelsetjenestene så lavt bemannet at det kun lot seg gjøre å være til stede under en dag annenhver uke. Dette ble oppfattet som svært problematisk, og lite ønskelig. Bemanningssituasjonen ved denne skolehelsetjenesten lå dermed langt unna normen for bemanningsnormen (jfr innledning). Ved denne skolehelsetjenesten førte bemanningssituasjonen til at elever ble prioritert etter alvorlighetsgrad, og ventetid for å bli fulgt opp. Dette ble betraktet som uholdbart, ved i verste fall å kunne gå ut over akutte behov. Ønskesituasjonen var derimot flere ressurser til å kunne være mer tid på skolen, full bemanning, og mulighet til å kunne gå dypere inn i hver sak. Flere av helsesøstrene sier de opplever at tidspress og lav bemanning kan gå utover kvalitet og hyppighet på oppfølgingen. På den annen side så er de helt klare på at alle elever med behov for oppfølging blir fulgt opp og prioritert frem til (*de føler at de har bein å stå på*), men at hyppigheten på oppfølgingen kunne være større. Et gjennomgående funn er helsesøstrenes egne beskrivelser av egen arbeidshverdag som «hektisk». Tidspresset påpekes å kunne øke faren for sykmeldinger og utskiftninger, som kan gjøre det utfordrende å følge opp eleven. Oppfølgingsproblematikken gjaldt også ved elevens overgang til ungdomsskole. Ikke alle helsesøstre har både barne- og ungdomsskole. Dette kunne bety at eleven måtte bytte helsesøster. Risikoen ved slike bytter var at eleven og foreldrene valgte å avslutte oppfølgingen, fordi det ble for problematisk å gjenta prosessene på ny en ny helsesøster.

Oppfølging og ivaretagelse av eleven var også av og til viktig utenfor helsesøstrenes kontortid. Flere av helsesøstrene så det som nødvendig å be om tillatelse til å gi andre innpass i elevens situasjon for å sikre eleven også i fredstid. Helsesøsteren i en av de mindre kommunene hadde det som fast praksis å dele ut eget mobilnummer i begynnelsen av skoleåret, slik at elevene kunne ringe ved behov. En av helsesøstrene lot også elever ta kontakt på telefon til avtalt tid, hvis hjemmesituasjonen ble opplevet som vanskelig. Ved spesielt vanskelig situasjoner så ble eleven sikret ved at eleven fikk tilgang til helsesøster sitt private mobilnummer. Politiet kunne også bli informert og satt i stand by hvis eleven tok kontakt. Kun en av helsesøstrene sier hun ville tatt kontakt med fastlege hvis forelderens vanske eskalerte.

Ivaretagelse av eleven vil også kunne innebære å få tillatelse fra forelderen til å koble på ekstra nettverk slik at eleven skulle få en vanlig hverdag. Dette kan hindre at eleven faller ut av felleskapet. Å bygge nettverk var spesielt viktig der familiære økonomisk forutsetninger var slik at eleven ikke kunne delta på aktiviteter med jevnaldrende. Å få til slike avtaler med foreldrene kunne av og til både kreve varsomhet og tålmodighet fra helsesøstre;

() det krever mye lirk og lurk () å få tillatelse fra foreldre som sliter til å få lov til å koble på et bittelite nettverk av venner, så hadde man kanskje fått et par dager i uke som var allright(). Tenk å ha en normal ettermiddag hvis du har en superdeprimert mor».

4.2.3 Tverrfaglig samarbeid - om å forhindre blinde flekker

Flere av skolehelsesøstre sier de benytter tverrfaglige team. Slike team kunne bestå av inspektør, barnevern, PPT, fysioterapeut og helsesøster. Fordelen med slike team var at saker kunne tas opp anonymt. Det ble imidlertid beskrevet som mer ideelt når foreldrene selv oppsøkte hjelp og kunne fortelle. Tverrfaglig samarbeid vil ofte kunne være helt påkrevet for å kunne løse elevens problematikk. Dette gjelder spesielt i forhold til barn som er pårørende av foreldre med rusproblematikk og psykiske vansker. På grunn av problematikken kompleksitet så er samarbeid mellom ulike instanser både nødvendig og avgjørende. En av helsesøstre var helt tydelig på dette;

() om jeg sitter å prater med det barnet når det ikke er noen andre instanser som tar tak i avrusning eller noe sånn, så har vi ikke sjans i havet.»

Helsesøstre sier de er gjennomgående positive til tverrfaglige samarbeid, fordi dette kan forhindre at det oppstå blinde flekker hvor viktige perspektiver blir utelatt. En belysning av problematikken fra flere ulike vinkler, ville også sikre et bedre resultat for eleven, ved å forhindre ensidighet og feiltolkninger. Et tettere samarbeid kunne også gjøre resultatet bedre. En av helsesøstre opplevet det som utfordrende at ulike faginstanser ikke er plassert under samme tak, fordi dette gjorde samarbeidet mer krevende. I denne kommunen så var dette planlagt å skulle endres. Etatene skulle samles under samme tak, for å forenkle samarbeidet.

En av utfordringene ved tverrfaglige samarbeid var at ulike taushetsplikter gjorde at veiledning måtte skje på generelle grunnlag. Dette ble imidlertid vurdert som godt nok av helsesøstre, både for å kunne få innspill, og for å stå sterkere sammen. Bruk av anonymisering ga også mulighet til å diskutere elevens situasjon med andre faginstanser som barnevern, lege og i svært alvorlige problemstillinger politi;

«Noen ganger så får det lov å gå litt for lenge. Det kan jo avhenge av kompetansen du har til å se ting og tryggheten du har på å gå videre å gjøre noe med det. Litt sånn opplevelse av at det er litt unnfalighet i forhold til å melde bekymring, og det går jo litt på det samme som kanskje voksen psykiatrien at de er redde for å bryte relasjonen med foreldre og det er en vanskelig sak».

Anonymisering var spesielt viktig i mindre kommuner, hvor gjennomskiktighet gjorde at alle kanskje kjente alle. Helsesøstrene kunne dermed også ha større oversikt over den enkelte elev helt fra de var spebarn. Av denne grunn så kunne elever bli gjenkjent tross anonymisering. Dette gjorde det ofte nødvendig å benytte faginstanser fra andre kommuner, eller interkommunale tjenester. En gjennomgående foretrukken tendens hos helsesøstrene, var imidlertid å innhente samtykke fra foreldre for å kunne drøfte problemstillinger tverrfaglig innenfor taushetsplikten. Et samtykke gjorde det dermed også mulig å rette opp og sette inn tiltak tidlig ved at foreldre er klar over bekymringen;

(i det vi innhenter samtykke av foreldrene() tidlig i en bekymring så har vi allerede satt bekymringen vår () da har vi allerede stukket hull i bekymringen.»

Ulempen ved anonyme drøftinger var derimot at ble mer tidkrevende. Flere av helsesøstrene sier de savner et tettere samarbeid med både BUP og PPT. Dette ble begrunnet i muligheten til å for å få bedre innsyn i hva som gjøres for eleven. Slike samarbeid ble også beskrevet å kunne sikre en mer helhetlig forståelse av elevens problem spesielt for lærere. Tettere samarbeid kunne også forhindre at instansene kun fikk en versjon når eleven hadde det vanskelig.

I intervjuene med helsesøstrene så får jeg ofte et inntrykk av stor omsorg for både elev og elevens familie. Det gis også inntrykk for vegring for å ville bryte opp familier unødige. Som det fremkommer ovenfor så strekker flere seg derfor langt for å forhindre oppløsninger av familier. Å bryte opp elvenes familie kunne dermed i verste fall være en svært uheldig tilleggsbelastning for elven;

(i) vi kan jo ikke knipse bort de såra de får og allerede hatt, for de er der uansett. Og fjerner vi de ifra foreldra så vil de få andre sår, så noen ganger så kan det være verre. Så den balansen er veldig vanskelig».

Helsesøstrene er imidlertid helt tydelige på at de heller ønsker å ta kontakt med barnevern en gang for mye enn for lite. Helsesøsteren som ønsker å gi foreldre en sjans, var også av denne oppfatningen.

Helsesøstrenes erfaring var imidlertid at blindhet for andres fagområder, kunne sette kjepper i hjulene i forhold til å lytte til andres innfallsvinkler. Ønsket fra helsesøstrene var derfor at flere forsøkte å se hva andre faggruppen kunne tilby av verdifull hjelp, for så å tre tilbake for å slippe den

andre inn. Funn i denne studien viser også en opplevelse av at ansvarsfordelingen mellom de ulike instansene ofte tok for lang tid. At fordelingen også var gruppe og menneskeavhengig, gjorde fordelingen til en enda mer utfordrende oppgave. I helsesøsterens hverdag betød dette at elevens vansker fikk tid til å utvikle seg unødig.

Manglende kunnskap om hverandres fagfelt gjorde det dessuten vanskelig å informere om hvilken hjelp som kunne tilbys. Dette førte av og til at det ble av og til ble lovet mer enn det som kunne tilbys, noe som ble beskrevet som svært problematisk;

()Den samhandlingen den bør bli litt bedre, så vi ikke sitter på hver vår tue og tenker noe om den andre som den andre kanskje ikke gjør. Og det tror jeg ikke at det er bare her vi sliter med det. Det er nok andre kommuner og. Og vi lover på andres vegne og sier at folk gjør ting som de ikke kan imøtekomme.»

I denne studien så var samarbeidsrutinene imidlertid under endring på flere steder på det tidspunkt som intervjuene ble gjennomført (jfr. kapittel 4.5.1). Flere kommuner hadde dermed gjennomført kurs med fokus på tverrfaglig samarbeid, for bedre ivaretagelsen av barn som pårørende.

4.2.4 Vår fagkunnskap – er lite kjent hos andre faggrupper

Et gjennomgående tendens i denne studien er helsesøstrenes opplevelsene av at egen fagkunnskap om barn, veiledningsmetoder og verktøy for å kunne hjelpe, er lite kjent hos andre. Dette mente de muligens kunne skyldes lite kunnskap om hva skolehelsetjenesten kan by utover vaksinerings og helseinformasjonsarbeid. Mange elever med vanskelige hjemmeforhold vil kunne oppleve å ikke ha mange andre å dele sine bekymringer med. Bekymringene kunne dermed ta opp mye av elevens konsentrasjon. Å få tømt hodet, sortert og å få sagt bekymringene høyt samt å forstå gjorde ofte bekymringene mindre. En av helsesøstrene beskrev dette som «å komme å tanke litt»;

«Det bruker jeg å tegne litt oppi hjernen og sånn , tanker og følelser og alt dette her og hva er det som skjer når vi snakker , fordi da får vi sortert og plassere det på ei hylle der og og kanskje du ikke trenger å ha dette oppi hue hele tiden og. At det fort blir kaos, at det blir for trangt oppi der og da blir vi fort deprimerte rett og slett, og tegner og illustrerer litt da. Og det tar de fort. Så det skal ikke alt for mye til for å rydde opp litt i dette her da og sortert litt er min erfaring».

Mangelen av kunnskap om hva skolehelsetjenesten kunne tilby, resulterte dermed i at lærere kunne vente lengre enn ønsket før de tok kontakt med skolehelsetjenesten. Dette ble beskrevet som en lite ønskelig praksis, fordi eleven i mellomtiden kunne bli satt i sårbare og stigmatiserende situasjoner.

Problematikken kunne også utvikle seg, som ble beskrevet som svært uheldig. Skolehelsetjenestens fortrinn er muligheten til å gi hjelp på et tidlig tidspunkt i problemutvikling. Dette kan forhindre at eleven utvikler alvorlige vansker som må henvises til spesialisthelsetjeneste. Eller at vanskene utvikler seg til en diagnose. Ønske var derfor at lærere i større grad oppsøkte veiledning for å få en bredere forståelse i slike tilfeller. Dette kunne bety at eleven ikke fikk lagt sten til byrde i en allerede vanskelig situasjon. En av skolehelsesøstrene uttrykte behovet for å se bak atferden som helt nødvendig;

() Når du jobber med ungdom og jobber i skolen, så burde du skjønne at det kan ligge noe bak når du har unger med atferdsproblematikk. Du kan ikke sitte å si at ; du er dum, eller agere uheldig, altså den kompetansen bør skolen ha i mitt hode, men det er jo i mitt hode. Men, jeg ser at den noen ganger blir uheldig. At da blir det den som får kjeft, den som blir satt på gangen, den som får skylda – som blir litt svarteper. Og jeg tenker at kanskje du hadde klart å tenke litt annerledes hvis du hadde visst at her sitt a mor inne på soverommet med vinduet trukket for hele tiden. At han reiser hjem til oppvasken og innkjøp, middagen er aldri der- det er klart at du har det aldri noe godt da».

Helsesøstrenes kunnskap omkring endret atferd, som når eleven ikke satt stille, eller hadde konsentrasjonsvansker kunne endret dette. Ønske var at lærere ville undre seg mer sammen med helsesøster. Erfaringene var at lærere hadde ulik praksis på dette feltet. Mange var flinke til både å undre seg over elevers atferd, og søke hjelp hos helsesøstre. Disse kunne imidlertid strekke seg for langt for å hjelpe. Slike lærere ble beskrevet som god til å se, men dårligere på å sette grenser. At disse ble utbrente ble også beskrevet å kunne også skyldes at det fantes uklarerheter, hvor lærere kunne henvende seg for støtte og veiledning;

() jeg ser en del utbrente lærere og det er de som er gode på «å se» og som ikke kan si nei, og som kanskje har litt vanskeligheter med å sette grenser for seg og sin egen tid, og hva de skal og hva de ikke skal gjøre. Og det kan handle om at det er litt uklare linjer om hvor du kan gå med det. Så der tenker jeg at vi har en jobb å gjøre for å ivareta både den ene og den andre over lang tid, fordi en utbrent lærer er jo ikke mye verd. Ikke en utbrent helsesøster heller().

Alle lærere viste imidlertid ikke denne iveren. Flere av helsesøstrene ønsket derfor å styrke læreres kompetanse på å søke bistand. Dette ble foretrukket fremfor at læreren skulle ha kunnskap om symptomer. Idealsituasjonen var der lærere var god på både symptom og på å søke bistand. Variasjonene i hvem som tok kontakt ble beskrevet å være personavhengige;

() noen er veldig flinke til å bruke tjenesten, og tenker at det er en litt ufarlig plass å komme. Jeg hørte og en her, at vi sitter å har kompetanse på veldig mange ting, og har kjennskap til mange ting og kan imøtekomme det, og vi kjenner systemene videre».

Utfordringen var når lærere ønsket å hjelpe utover sin kompetanse som lærer, som å bli elevens samtalepartner. Helsesøstrene opplever slike forsøk på hjelp som svært problematisk. Dette ble begrunnet i lærere flere faktorer som at lærere ikke har samme mulighet og kunnskap om barn og unge til å kunne yte slik samtalestøtte. Lærere flest hadde også så mange oppgaver i sin yrkeshverdag at slike samtaler derfor burde tas av andre. Å ha læreren som samtalestøtte ble også påpekt å være problematisk når læreren ikke hadde tid til å ta eleven ut av vanskelige situasjonen. Muligheten til å sette seg inn i den enkelte elev sin situasjon kunne også være begrenset av både tid og ressurser;

() de herre ungene her som har psykiske foreldre med psykiske lidelser eller som dregg seg drita full eller ruser seg eller andre ting de har jo ikke hodet sitt i matte eller norsk. Det er totalt uinteressant. Jeg tenker at det er kjempe, kjempe viktig å rydde litt plass, vi kan være med å rydde litt plass sånn at lærerne kan få gjøre jobben sin. Sånn at ikke læreren blir en sosialarbeider, fordi det ikke skal en lærer være. Det er ikke en lærer skolert til, og det er ikke det den skal bruke sine ting på. Men, sammen kan vi gjøre det, tenker jeg».

En av helsesøstrene sier hun forsøker å løse slike dilemmaer mellom å ivareta eleven, ved å ta denne diskusjonen opp på systemnivå, for å unngå å lekke informasjon. Dette kunne innebære å undersøke andre eventuelle muligheter; *har du tenkt på det, har tenkt på det, ikke sant()*

Helsesøstrene bruker mye undring i samtale. Fortellinger fra foreldre om at eleven hadde ulik atferd hjemme enn på skolen var svært velkomne, fordi dette ga rom for å undersøke. Noen kunne også ta ut aggresjonen hjemme eller ved at ble mer tøffe på skolen. Elever kunne bruke foreldrenes vansker for det som det var verd på skolen. Andre gikk på gummitøfler, og ble nesten usynlige. Slike bekymringer kunne imidlertid gi mye hodebry i forhold til å finne ut hva dette skyldes, enten med forelderen eller eleven selv;

() vi må ikke være så redde for å ta kontakt med foreldrene å si at vi ønsker å koble på fler. Det gjelder skole, og barnehage og oss og, alle. () «vente å se» holdningen bør vekk. Heller å og forholde oss til dette, vi har valgt å kalle det undring () dette at vi undrer oss over noe, at det ikke betyr at vi er bekymret for noe. Men, vi lurte litt granne på dette her, han har vært så trøtt på skolen hele uken, er det en endring? Er det naturlig og helt riktig å spørre foreldrene om dette. Er det noe som har skjedd? Vi har lagt merke til at sønnen din er stille denne uken her, har det skjedd noe? Og ta en samtale omkring det».

Helsesøstrene var også opptatt av balansen mellom å hjelpe eleven, men å la eleven finne løsningen selv gjennom refleksjon, undring gjennom spørsmål som *() Aner du hva som hadde skjedd, og hva som skulle gjort det bedre? Slik at de selv klarer å finne løsningen ».*

Slik undring kan ved første øyekast fortone seg som lett stussing og utforskning over hva som kan være galt. Flere kommuner har imidlertid helt klare retningslinjer og føringer for hvordan slik undring, uro og sterk bekymring skal behandles. Flere av helsesøstrene var også tydelige på at disse

handlingsveilederne inneholdt klare retningslinjer og føringer for vurdering av tiltak og videre samarbeid med andre etater. Tiltakskjedene ga dermed gode muligheter til og både undersøke bekymring og til å sette i gang tiltak. Ett raskt søk på handlingsveiledere i Google, viser at mange kommuner har utviklet egne handlingsveiledere. Tilgang til slike verktøy vil kunne sikre at det ikke tas forhastede slutninger. Ulike nivå sikrer også tilnærmet lik fremgangsmåte ved alle bekymringer. Utfordringen vil kunne være at saksgangen kan ta tid. Dette kan føre til at elevens problematikk forverrer seg i mellomtiden. Dette kan kanskje være nødvendig for å kunne utforske hva det er eleven opplever.

Taushetsplikten kunne også sette begrensinger for et tverrfaglig samarbeid;

() det kan godt være at et tettere samarbeid, at på en måte, men så har vi taushetsplikten da ikke sant. Men, at vi kan være flinkere til å veilede hverandre, for vi har forskjellige briller på og sammen blir vi sterkere. Å tenke hva ville du gjort her, at en kan samarbeide mer rundt tematikken uten at vi forteller hverandre hva vi vet for der stopper taushetsplikten, men at vi kan veilede hverandre».

En gjennomgående tendens hos helsesøstrene er også ønsket om å kunne forebygge mer. I intervjuene kommer det imidlertid frem bekymring i forhold til den økte bruken av miljøterapeuter i skolen. Dette skyldes frykt for at den økte bruken av miljøterapeuter skulle kompensere for reduksjoner i skolehelsetjenesten. Dette ville kunne både kunne påvirke skolehelsetjenestens forebyggende arbeid, men også redusere muligheten til å se elevens utfordringer fra flere vinkler enn kun den pedagogiske;

() det er jo bare tull av oss å ta inn enda flere som tenker slik som oss når vi skal gjøre det beste for en bruker. Da må du finne noen som tenker på en litt annen måte, og som kan bringe noen andre perspektiver, og jeg tenker at vi gjør det inn i skolen. Og det går jo på å møte unger med de behovene de har, fordi det hender at vi er flinkere på. Å kunne se litt andre ting litt lengre ut, og se ting på en annen måte.»

Ved spørsmål om hva en spesialpedagog eventuelt kunne bidra med, så var svarene svært ulike. Noen av skolehelsesøstrene var usikre på hva spesialpedagogen egentlig kunne bidra med i forhold til denne problematikken. Flere opplevet at spesialpedagogens mulighet til å bidra var i forhold til skolefaglige ting. Noen hadde også positive erfaringer der spesialpedagoger hadde videreutdanning innen samtaleteknikk, ved at eleven da fikk flere å snakke med. Det viktigste var at eleven hadde noen å snakke med;

«Om det er sosiallærer eller, jeg vil si at det er mere rollen de har på skolen enn utdannelsen, men at det er noen rundt de som er informert som oss, det er viktigere enn hva de heter».

Flere av skolehelsesøsteren ønsket imidlertid ikke at sosiallærere og miljøterapeuter ble sittende med elevens problem uten å involvere andre nødvendige samarbeidspartnere i tide. Helsesøstrenes så også behov for å sette en ansvarsfordeling mellom helse og sosialt arbeid.

() vi har jo hatt eksempler på der sosiallærere har sittet med ganske heftige samtaler som går på psykisk syke ungdom, og det har hun sittet med over et halvt år før det kommer inn i helsevesenet. Det er noe vi jobber med nå å vite når er det helse og når er det sosialt da. For jeg tenker at en sosiallærer kan brukes veldig mye til sånn sosiale trivsel, miljøet, dette her med konflikter, mobbing. Men, da ungdommen kommer å sier at de er deprimerte og har selvmordstanker, så skal ikke sosiallærer sitte med det. Det skal heller ikke helsesøster sitte med. Ikke sant, det skal videre i behandling, fordi det er så alvorlig. Så det med sosiallærer har nok vært en utfordring, som vi driver å prøver å bli mere klare på».

Ved spørsmål om hva spesialpedagogen kunne bidra med, så var mange av skolehelsesøstrene derimot klare; spesialpedagogens område var å kunne være nærme eleven i skolehverdagen;

() en spesialpedagog eller en pedagog er jo tettere på ungene hele tiden, enn skolehelse-tjenesten er. Så å være denne her voksenpersonen som på en måte gir litt omsorg. Og jeg tenker det at de har en fordel enn pedagoger ved å prøve å se hele bildet. Se at det () bare et symptom mye større som ligger bak, å klare å se litt mer noen ganger».

4.4.4 Oppsummering

Kort oppsummert viser funn i denne studien at helsesøstrene opplever det som utfordrende at få ser ut til å bruke skolehelsetjenesten tross den fagkunnskapen helsesøstrene sitter inne med. Det gis også inntrykk av uro i forhold til om en økende bruk av miljøterapeuter er tenkt å overta for skolehelsetjenestens forebyggende oppgave i skolen. Uroen begrunnes i at kun én forståelsesramme- den pedagogiske, kan hindre at elevens utfordringer får en vid nok forståelse. Mer tverrfaglig samarbeid og veiledning av hverandre, kan derimot forhindre blinde flekker, samt hindre at det ble lovet mer på andres faggruppers vegne enn det som var mulig. Helsesøsterens så imidlertid et behov for at andre faggrupper av og til tro et skritt tilbake, for la andres kunnskap og forståelse komme til syne. At ansvarsfordeling både er gruppe og menneskeavhengig, kunne gjøre arbeidsfordeling for tidkrevende. Funn i studien viser også at det er ulik praksis i forhold rutiner og ansvarsfordeling for å kunne ivareta eleven utenom kontortid.

Kapittel 5 Diskusjon

Denne studien fokuserer på hvilke utfordringer helsesøstre selv opplever å ha i forhold til å kunne hjelpe, støtte og tilrettelegge for barn som får rollen som pårørende når foreldre utvikler psykisk sykdom eller/og rusmisbruk. Hvordan kom helsesøstrene i kontakt med aktuelle barn og unge med behov for hjelp og støtte? Hvilken hjelp kan de tilby, og hvilken erfaring har de i forhold til tverrfaglig samarbeid?

Empiri i teoridel 2, har vist at barn i gjennomsnitt lever med forelderens rusmisbruk eller psykiske vanske i 4 år, før forelderens vansker oppdages, eller defineres som så alvorlig at forelderens gis behandling (Langaard, 2010). Avvisning og mangel på støtte ser ut til å være mer skadelig for barnet enn å ta omsorgsansvar (Mayseless et al., 2004). Tilgang til formell hjelp som kan hjelpe barnet til å takle situasjonen var derfor av stor betydning (Mordoch & Hall, 2008). Skolehelsesøstre fremheves å kunne være en sentral ressurs for barn i risiko, ved samarbeid med ansatte i skolen, og i saker med risikoutsatte barn (Olsen & Jentoft, 2013). Muligheten til å kunne tilby stabilitet, langvarige relasjoner og til å følge opp, gjør at skolehelsetjenesten ofte blir valgt (Sitter, 2005; Ruud et al., 2015). Ruud et al. (2015) fant at helsesøster ble regnet å være den som ga mest støtte, etter familie, venner og lærer. Dette indikerer at helsesøstre har en svært viktig funksjon i forhold til denne gruppen.

Det er en gjennomgående tendens både i denne studien, samt i andre studier at barn ofte oppfordres til å holde foreldres psykiske vansker og/eller rusmisbruk hemmelig (Murdoch & Hall, 2008), som gjøre spesielt mindre barn sårbare og avhengig av sine nærmeste (Laybourn, Brown & Hill, 1996; Sundfær, 1999). Hemmelighold og usynliggjøringsmekanismer var ifølge helsesøstrene hindre for at helsesøstre kunne komme i posisjon til å hjelpe. For at helsesøstrene skulle ha mulighet til å nå inn til eleven, så måtte av og til foreldre hentes inn for å åpne opp for problematikken. Der ikke forelderens ønsket at barnet skulle vite, så førte dette til at helsesøsteren måtte utdype hvilken betydning det ville kunne ha for barnet å åpne opp for å snakke om problematikken. Helsesøstrene opplevet at elevens kunnskap omkring foreldrens problematikk varierte både ut ifra alder og modenhet. Ofte hadde ikke eleven mottatt informasjon hverken fra foreldre eller fra helsepersonell ved behandlingstedene. En undersøkelse av Sandbæk (2004) viser at der barnet ikke ble gitt slik informasjon, så innvirket dette på muligheten til å snakke om vanskene i familien. Den fant også at foreldre ofte har vurdert å informere barnet, men at frykt for at problemene skal oppleves som større, eller at åpenheten skal resultere i mobbing, gjør at mange lar være. Psykiske vansker knyttes også

ofte til opplevelsen av nederlag og skamfølelse, dette kan gjøre det vanskelig for forelderen å fortelle (Halsa, 2008). En fjerdedel av barna i Ruud et al. (2015) sin multisenterstudie av barn som pårørende, var også usikre på om de hadde mottatt tilstrekkelig informasjon om forelderens sykdom. Gruppen mellom 0-8 år mottok minst informasjon. Informasjonen var også ofte overfladisk. En undervurdering av hva barn har behov for av informasjon foreslås som grunn til denne svikten. Dette var også helsesøstrenes i denne studien sin oppfatning. Sundfær (2005) argumenterer i sin studie at helsepersonell i større grad må oppmuntre foreldre til å åpne opp for å fortelle, slik at barnet ikke må stå alene med sine belastninger. Dette vil kunne være spesielt viktig i lys av at stigma, tabu og hemmelighold kan hemme andre utenfor barnets familie fra ta opp temaet, samt å hjelpe. Åpenhet om hva som feiler forelderen er også spesielt viktig i ungdomstiden (Mørck, 2002; Hall, 2004). For å unngå at skiftende følelser utløser frykt for å være i ferd med å utvikle samme vanske. Åpenhet gjorde det også lettere for andre å kunne hjelpe (Killén (2010, 2012).

Ut ifra skolehelsesøstrenes tilbakemeldinger i denne studien, så kan se ut til at det er lettere å dele somatiske vansker som for eksempel kreft og MS med andre, dernest kom psykiske vansker. I forhold til rusmisbruk så var det en nær fullstendig stillhet. Elever kunne vite helt instinktivt at de ikke skulle røpe forelderens rusproblematikk til andre utenfor familien. En indikasjon på at problematikken er vanskelig å avdekke med egne øyne er skolehelsesøsterens egen opplevelse av hemmeligholdet. Utenom reaksjoner fra elever når rustematikk ble tatt opp som tema, så var åpenhet om rusmisbruk hos foreldre et fenomen som helsesøstrene opplevet lite av i sin arbeidshverdag. Dette til tross for at flere av helsesøstrene hadde lang fartstid, med oppimot 20 år i tjenesten. Flere arbeidet også ved både barne-, og ungdomsskole. Dette indikerer at stillheten er et stort problem som vil kunne kreve mer arbeid for å finne gode og trygge tiltak som kan gjøre det lettere for barn og formidle sine vansker.

Denne tendensen går også igjen i både internasjonale og nasjonale studier. Ruud et al. (2015) fant at 1/3 av barna i undersøkelsen ikke snakket om foreldernes rusmisbruk og psykiske vansker i hjemmet. Lojalitet til forelderen gjorde også at barn omskrev sin egen historie som mer positiv enn situasjonen var (Sundfær, 2005). Belastningene som rusmisbruket medførte kom først frem etter at barnet var blitt voksen. Problematikken gjør også at terapeuter bør være spesielt oppmerksomme hvis uttalelser om foreldres rusmisbruk finner sted under terapitimer, fordi disse ofte vil være de første (Mackrill, Elklit & Lindgaard, 2012). Sundfær (2005) argumenterer for at dette kan skyldes at barnet tar på seg skylden for forelderens vansker. Faren ved at hendelser ikke blir bekreftet og forstått er at de da kan bli ugyldiggjort.

Når barn blir eldre og begynner å sammenligne sin familie med andres i ungdomsskolealder så barnet ofte kunne se egne foreldre sine problemer tydeligere. En overgang til et rusmisbruk kan også være glidende. Dette kan gjøre det vanskelig å oppdage, spesielt for barn som lever i situasjonen. Opphopninger av flasker eller sprøyter kan være en indikator på misbruk. Der foreldre hjelper hverandre med å skjule rusmisbruket, så kan være det vanskelig å definere eksakt hva som er galt med forelderen. Funksjons og ivaretagelsesevne kan være dårlig lenge før misbruket blir åpenlyst. Foreldre vil også kunne velge å benytte narkotiske stoffer kun i helger. Dette gjør det enda vanskeligere å oppdage misbruk for andre utenfor familien.

Helsesøstrene er klare på at barn oppdager endringer hos foreldre tidlig. Nye drikkevaner, gjorde det også vanskelig for skolehelsesøstrene å kunne definere normale drikkemønstre kontra misbruk. Tall fra HUNT (Krokstad, Knudtsen & HUNT, 2011) viser at alkoholkonsumet i Norge er fordoblet mellom 1998 og frem til 2008. Konsumet frem til 2012 har deretter hatt en svak nedgang (Bye, Amundsen & Lund, 2013). Flere studier indikerer at egne drikkevaner ofte er underestimerte (Krokstad, Knudtsen & HUNT, 2011; Bye, Amundsen & Lund, 2013). Med bakgrunn i totalforbruksteorien så kan norske drikkevaner imidlertid ikke sies å ha nærmet seg kontinentale drikkevaner, men mer preget av gjennomsnittsfyll, som påpekes å kunne ha en like skadelig innvirkning på familielivet (Nordlund, 2003). Mer nasjonal forskning omkring helgefyll sin innvirkning på barn, vil trolig kunne være nødvendig, på grunn av at ringvirkningene dette vil kunne ha for barns liv.

Funn i denne studien viser også det var en ulikhet i forhold til jenter og gutter sitt ønske om å fortelle. Jenter var raskere til å fortelle hvorfor de tok kontakt enn guttene. Gutter ventet også lengre, og måtte oppfordres til å ta kontakt i større grad enn jentene. Yngre barn henvendte seg også i mindre grad til helsesøstrene enn eldre. Dette er også en gjennomgående tendens i andre studier (Sundfær, 1999; Thomas et al., 2003; Sundfør, 2006; Langgard, 2006; Mordoch & Hall, 2008). Eldre barn oppgir ofte å ville dele egne opplevelser og bekymringer med andre enn egen familie, eller med egne venner. Dette begrunnes i at familien kjennes for nær og venner ofte oppleves å enten å ikke forstå eller å kunne røpe det som sies. Empiri har vist at yngre barn henvender seg i mindre grad til andre utenfor familien. Dette gjør barn ekstra sårbare. Mer forskning omkring hvordan det er mulig å hjelpe denne gruppen vil kunne være nødvendig.

Samtalegrupper for elever når foreldre er psykisk syke eller hadde rusproblematikk, ga gode grunnlag til å nå inn til eleven. Gruppene gjorde det lettere for eleven å dele bekymringer og

erfaringer med andre med samme opplevelser, fordi disse forsto. Det var også lettere for helsesøster å få eleven til å komme igjen. Lignende funn finnes både i Mordoch & Hall (2008), og i Theisen & Ådnes (2014) evaluering av gruppetilbudet- Styrket mestring i livet (SMIL). Slike grupper økte også opplevelsen av styrke og mestring (Ruud et al. (2015). Rekrutering til slike grupper kunne være vanskelig. Helsesøsterens erfaring var at når barnet ikke hadde synlige problem, så opplevet heller ikke forelderen det som noe problem. Gruppedifferensiering var også problematisk ved å både kunne føre til mobbing og stigmatisering. Gruppetilbudet var også noen steder så stort, og tiden så knapp, at individuelle samtaler ble prioritert fremfor gruppetilbud. Tanner (2000) sin studie fant at slike grupper kan ha en uheldig effekt ved å øke barns egen identifisering og opplevelse av å være barnet av forelderen med psykiske vansker. Behovet for å trekke seg vekk fra andre som ikke var i samme situasjon økte også, og kunne redusere barnets tilgang til nye funksjonelle nettverk (Hargreaves et al., 2008). Nye nettverk kan bety at eleven vil kunne få en normal hverdag, og er spesielt viktig der elever ikke gis mulighet til å delta i aktiviteter med jevnaldrende på grunn av svak familieøkonomi. Slike forsøk på å knytte nettverk til eleven ble av og til møtt med vegring fra forelderen. Og kunne bety at det måtte overtalelse til, for å få forelderen til å se hvilken innvirkning det ville kunne ha, for barnet å ha en vanlig hverdag. Ruud et al. (2015) fant at å gjøre nettverkskartlegging over nære relasjoner som kjæreste, naboer og ledere i fritidsaktiviteter kunne ha stor betydning for å finne ut hvem barn og ungdom har som støttepersoner. Studien viser at slikt privat nettverk er av større betydning enn private hjelpeinstanser. Deltagelse i aktiviteter på lik linje med jevnaldrende kan dermed ha stor betydning for eldre barn og unge identitetsutvikling. Løsrivelse prosessen fra foreldre og egen identitetsutvikling som foregår i denne perioden, gjør behovet for å høre til enda større (Sundfær, 1999; Mordoch & Hall, 2008; Fjone & Ytterhus, 2009). Ungdommer sitt viktigste prosjekt er å kunne være som alle andre jevnaldrende (Fjone & Ytterhus, 2009). Behovet for å være som andre er spesielt stort i skolehverdagen. Å inneha en omsorgsrolle for egne foreldre kan føre til en opplevelse av ensomhet og å være annerledes (Carpentieri, 2006; Øverland, 2014). Å bli sett på som handlende i motsetning til et offer vi kunne ha stor betydning (Sundfær, 2005), og fremhever betydningen av mer åpenhet om tematikken, og fokus på barnet som en helt i sin hverdag. Dette kan bety å ikke falle for fristelsen for å sykeliggjøre (Langaard ,2006).

«Når profesjonell hjelp gjøres lett tilgjengelig, er det imidlertid av avgjørende betydning at hjelpen formes på en måte som hindrer sykeliggjøring av store ungdomsgrupper» (Langaard, 2006,s.35).

Å gi rom for utvikling uten å overinvolvere vil også kunne være viktig i samtale med eleven (Langaard, 2006). Denne forståelsen går også igjen hos helsesøstrene i denne studien. Utålmodighet i samtale kunne få store konsekvenser. Der helsesøster kom for nær elevens problematikkk så

kunne dette resultere i at eleven ikke kom tilbake. Utålmodighet kunne også ødelegge tillitsforholdet og forhindre kontakt og oppfølging senere. Lignende funn finnes i Langaard (2006) sin studie. Denne viste at ungdom gjerne ønsket en viss distanse til helsesøster som hjelper, som innebar å ikke være hverken for pågående, eller for utålmodig. Å bli speilet kunne oppleves for nært. At helsesøster derimot tålte og kunne håndtere det eleven fortalte på en adekvat måte, uten å skulle gripe inn var viktig (op cit.). Lignende funn finnes i Hansen (2012) og Hægland (2012). Utålmodighet kunne også føre til at eleven valgte å lukke seg og skjule egne problemer hvis eleven ble henvist til spesialhelsetjenesten. Å vise utholdenhet der elever viste bedring, fremfor å henvise videre til spesialisthelsetjenesten var derfor viktig.

Helsesøstrenes arbeidspress ble fremhevet å være for stort i forhold til tilgjengelighet og antall oppgaver. Dette gikk utover kvalitet og hyppighet på oppfølgingen. I gjennomsnitt var tilgangen til tjenesten 2 dager i uken. Dette påvirket fleksibilitet til å møte eleven på andre arenaer. Å dra hjem til eleven kunne være vanskelig på grunn av tid og tilgjengelighets begrensninger. Mange oppgaver, liten tid og mange elever gjorde også arbeidet utfordrende. Alle helsesøstrene opplevet at alle elever med akutte og synlige behov ble fulgt opp og prioritert. Ønske var allikevel mer tid til å følge opp den enkelte. Noen steder kunne oppfølgingen også ta tid, på grunn av liten bemanning. Dette er også en gjennomgående tendens i Helmers & Dolonen (2013) sin undersøkelse av helsesøsterens egen arbeidshverdag. Under halvparten av skolehelsesøstrene opplevet å ha for liten tid til lovpålagte arbeidsoppgaver. Over halvparten vegret seg for å stille spørsmål som kunne ta tid for eleven å besvare, og påpekes å være både ulovlig og faglig og etisk betenkelig av Ruud et al. (2015). Tilgangen påvirker også elevens mulighet til å få dekket sine behov for helsetjenester direkte (Telljohann, Price, Dake & Durgin, 2004). Liten tilstedeværelse kan føre til at tilbudet ikke lengre kan defineres som et lavterskeltilbud (Waldum - Grevbo & Haugland, 2015). Økte ressurser, og fremheving av fokus på tematikken i den nasjonale veilederen fremheves å kunne være nødvendig for at helsesøstre skal kunne utgjøre en forskjell for risikoutsatte barn (Olsen & Jentoft, 2013, s. 317).

I helsesøstrenes arbeid er det vanskelig avveininger om når og hvor lenge de skal forsøke å hjelpe eleven selv og når det er riktig å koble inn andre hjelpere. Mange elever forteller helsesøstre om mange vanskelige ting fordi de vet at helsesøster har taushetsplikt. Frykten for å bryte dette tillitsforholdet kunne gjøre det vanskelig å kontakte andre fagressurser. Utfordringen var å huske dette, og å søke hjelp i tide. Forelderens rett for å vite, måtte også balanseres mot elevens behov for å ikke fortelle. Foreldre har rett til å bli informert hvis eleven tar kontakt for alvorlige ting frem til eleven er 16 år jf.§ 4-4 (pasient- og brukerrettighetsloven). En gjennomgang av intervjuene viser en

annen mer moderat praksis og bruk av skjønn. Flere av helsesøstrene var av den oppfatning at elever mellom 12 og 16 år kunne ha rett til noe taushet. Involvering av foreldre var dermed en vurderingssak mellom elev og helsesøster. For å sikre muligheten til å kunne hente inn andre nødvendige fagressurser hvis det eleven fortalte var alvorlig eller satte elevens liv i fare, så ble slike begrensninger formidlet tidlig i samtale med eleven. Det er rimelig å anta at fast praksis i forhold til egne begrensninger i forkant av samtalen kan inngi trygghet og visshet om hva eleven kan forvente. Dette kan være spesielt viktig for barn som pårørende som vil kunne oppleve at hverdagen er uforutsigbar. Tillitt i relasjonen til hva som kan forventes påpekes å være svært viktig spesielt for barn som vokser opp med rusmisbrukende foreldre (Ruud, et al., 2015). Det er rimelig å anta at klare grenser også vil kunne gi eleven indikasjoner på at helsesøster både er til å stole på, samt at hun vil sette inn tiltak når situasjonen krevet det. Langgard (2006) viser til Pinto, som finner at elevens opplevelse av tillitt i relasjonen til helsesøster innebærer ikke bare konfidensialitet er ivaretatt. Den innebærer også at det finnes en gjensidig tillitt til det Pinto (i Langaard, 2006, s. 33) beskriver som () tillit til ungdommens perspektiver på sin situasjon».

5.1 Informasjonsmangel – et hinder for å kunne hjelpe eleven

Som det fremkommer i denne studien så er en av skolehelsesøsterens hovedutfordring hvorfor de ikke blir kontaktet når helsepersonell får kjennskap til at innlagte foreldre har barn i skolealder. Hva er bakgrunnen til dette? Empiri har vist at normer og regler, og en overidentifisering av forelderens kan gjøre det vanskelig å se hvilken situasjon barnet *egentlig* befinner seg i (Killén, 2012). Dette gjør det vanskelig for ansatte både i skole og SFO å oppdage problematikken, og skaper et desto større behov for informasjon fra behandlere, lege og helsepersonell. I 2009 ble Helsepersonelloven innført for å sikre oppfølging av barn som pårørende. Helsepersonelloven § 10 a om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, del b sier: Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet, innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig. Samarbeid mellom voksenpsykiatrien, spesialisthelsetjenesten, skole og barnehage har et stort og uutnyttet potensial. Å kunne henviser til barnevern, PPT, helsestasjon og skolehelsetjeneste, men også fastlege er også noe de barneansvarlige fremhever som ønskelig (Osen, 2015). Hvorfor blir ikke da barnets situasjon formidlet videre?

Funn i denne studien viste at helsepersonell ved rus og psykiatriske behandlingsinstitusjoner, og fastleger i svært liten grad tok kontakt med skolehelsetjenesten. Helsesøstrene forundret seg over dette med bakgrunn både arbeidet som var gjort i forhold til samhandling over flere år, og opprettelse av barneansvarlige i institusjoner. En ny norsk undersøkelse viser at helsesøsterens

erfaringer, er i tråd med andres erfaringer, om at endringer i helsepersonelloven ikke har ført til særlig forbedret oppfølging av barn. Innføringen av nye lover for å sikre kartlegging barnet når foreldre legges for psykiske vansker, rusproblematikk og alvorlig somatisk skade, ble innført 1.januar, 2010 (IS-5/2010). I lys av tilbakemeldingene fra helsesøstrene så kan det se ut til at lovendringene ikke har ført til store endringer i praksis. En studie av Ruud et al. (2015), fant at oppfølgingssvikten skyldes at arbeidet med barn som pårørende er forankret på ulike nivå i organisasjonen. Dette bidro til avvik med å sette arbeidet på et overordnet system. Mangel av ressurser og ressursutnyttelse gjorde det også vanskelig å følge opp lovendringen. Det var også manglende kompetanse i forhold til i hvilken grad tematikken innvirker på barna. Det var også i liten grad utviklet systemer for å kvalitetssikre at lovendringen ble fulgt opp. Myrvoll (2013) fant at selv om behandlere i utgangspunktet ønsker å følge opp barnet, så fører systemtvang til at fokuset blir individrettet. Dette gjør at forelderen ikke ses som en forelder, men som en pasient, slik at barnet blir glem. Barnet ble ofte også ansett som en omsorgsbyrde. Sundfær (2005) foreslår derfor at et bilde av barnet i forelderens journal vil kunne være nødvendig for at barnet ikke skal blir glemt.

Tilbakemeldinger fra barn som pårørende (Källsmyr ,2006), viser et behov for at helsesøstre skal ha kunnskap om deres situasjon. Dette var også noe helsesøstrene anså som helt nødvendig. Forståelse for egne utfordringer kunne gi rom for å forstå de innvirkninger foreldrenes vansker har på eget liv. Eleven vi dermed kunne få en viktig tilbakemelding om at den er som er som andre, men at utfordringene gjør det vanskeligere å opprettholde optimal funksjon. Forståelse og anerkjennelse av egen situasjon, vil også kunne gi eleven rom til å se sine egne opplevelser fra et viktig mestringsperspektiv tross vanskelighetene. Et ytre fokus på mestring kan hindre at barn som pårørende blir ivaretatt i en risiko og avviksperspektiv i motsetning til ivaretagelse i et aktørperspektiv (Halsa, 2008). Dette vil kunne innebære både å gi at eleven lov til også å kunne være avhengig og få omsorg, men også å trekke frem elevens egen kompetanse (Sandbæk, 2004). Lignende funn finnes i Osen (2015). Tilbakemeldinger fra lærere og barnehageansatte til barneansvarlige ved psykiatriske avdelinger viser at informasjon om situasjonen gjorde det lettere å forstå, samt støtte i barnets hverdag.

Skolehelsesøstrene fikk ofte tilbakemeldinger fra foreldre som var i den tro at barnet var ivaretatt, uten at dette var tilfelle. Dette kunne skyldes misforståelser hvor forelderen hadde gitt samtykke til å videreformidle egen situasjon til skolehelsetjenesten, uten at dette hadde funnet sted. En av skolehelsesøstrene så dermed et viktig behov for å formidle tydeligere informasjon om hvem helsepersonell hadde kontaktet ved forelderens innleggelse. Lignende funn går også igjen i en multisenterstudie om barn som pårørende (Ruud, et al., 2015). Denne fant at foreldre ofte tror at

barnet er henvist i større grad enn det som faktisk er tilfellet. Ved henvisninger så var rekkefølgen som oftest barnevern, deretter BUP og helsesøster. Foreldrene ønsket derimot at henvisningene skulle starte på et lavere nivå med skole /barnehage, deretter helsesøster og til sist BUP. Rapporten fant også en høy rapporteringsterskel i forhold til omsorgssvikt, samt et misforhold mellom hva helsepersonell og hva foreldre oppgir i forhold til kartleggingssamtaler om barnets situasjon. 35 % av helsepersonellet oppga i å ha kartlagt barnets situasjon når forelderen var innlagt, mot 9 % av foreldrene. Den viste også en svikt fra helsepersonell i forhold til å undersøke barnets behov for oppfølging inngående, tross at de var bekymret for barnet. I denne studien så kom det også frem at overføringer av forelderen fra behandlingstilstand til kommune, kan også gjøre at eventuelle barn ikke følger automatisk med. Nye kartlegginger vil dermed kunne medføre at forelderen vegrer seg for å ville trekke inn andre, som for eksempel skolehelsetjenesten.

Utbredelse av problematikken i denne studien, kom frem i antallet oppringinger skolehelsesøstre har mottatt i sin fartstid i tjenesten. På tross at flere av skolehelsesøstre hadde arbeidet i skolehelsetjenesten opp i mot 20 år, så var oppringingene fra behandlingstilstandene og fastleger på et minimum. Dette funnet underbygges i funn fra annen forskning (...). Flere av skolehelsesøstre arbeider i både barne-, - og ungdoms-skole. Dette indikerer at det finnes en underreportering som må tas svært alvorlig. Funn i Ruud et al. (2015) sin studie viser at fokuset for å ivareta barnet er størst i rusbehandlingstilstandene. Dette går også igjen i denne studien. Skolehelsesøstre, som også arbeider ved helsestasjonene, opplevet at ivaretagelses-, og informeringsbehovet fra rusbehandlingstilstandene var mest synlig der barnet ennå ikke var født. Underreporteringen forklares blant annet i en mulig frykt fra fastleger og helsepersonell for å ødelegge relasjonen til forelderen som pasient, som er noe helsesøstre kjenner seg igjen i. Dette forklares som en mulig årsak til at rusbehandlingstilstandene ser ut til å kontakte pasienter som var gravide eller hadde spebarn oftere, i motsetning til når forelderen hadde eldre barn. Lignende barrierer for å ikke ta opp tematikken finnes også i Maybery & Reupert (2006) og Andersson & Steihaug (2008). En følgeevaluering av BTI (Helgesen, 2013) mener vegringen også kan skyldes uklarheter i forhold til ansvarsfordeling. Det er rimelig å anta at det også kan være flere grunner til at informasjonen ikke formidles videre. Svikten kan også skyldes uenighet mellom behandlere, eller mellom lege og helsepersonell om oppfatning av behovet for å videreformidle slik informasjon. Dette kan gjøre det vanskelig for helsepersonell å gå utenfor legenes anbefalinger. Ulike kulturelle forståelser av hva barn og unge trenger av støtte fra voksne, vil trolig også kunne sette en stopper for videreformidling av barnets behov. En litteraturstudie som tar for seg familieorientert alkoholbehandling (Lindgaard, 2012a i Lindgaard, 2015), foreslår at barna ofte ikke ses fordi barnets problemer er usynlige eller

ikke krever behandling. Den foreslår også at vegringen skyldes håp om at andre skal gjøre noe-
bystander effekten, hvor alle ser, men ingen tar ansvar (Plötner, Over, Carpenter & Tomasello,
,2015). En studie av Reedtz, Mørck & Lauritzen (2015) fant også at håndskrevne enkelt notater, i
motsetning til elektronisk journalføring førte til at pasienters barn ikke alltid ble registreres i
pasientjournalen. Antall registrerte barn mellom 2010 til 2012 viste en ubetydelig økning av
registrerte barn i klinisk praksis, som innebar at det ville ta 19 år før alle pasienters barn er registrert.
Tilbakemeldinger fra barneansvarlige selv, viser at problemet ofte kan avhenge av stabiliteten ved
avdelingens miljøpersonale, antall barnansvarlige, samt hvilken støtte denne funksjonen har innad
hos ledelsen (Osen, 2015; Ruud et al., 2015).

Det er rimelig å anta at oppfatningen av hva som er hensiktsmessig for barn vil kunne variere fra
helsepersonell til helsepersonell, og fra fastlege til fastlege. Fastsatte lovpålagte føringer og
oppfølging er dermed helt nødvendig for å sikre at barn blir ivaretatt. Dette vil kunne sikre at
avgjørelser blir foretatt på bakgrunn av skjønn. Ikke alle har behov for lange behandlingsopphold.
Liggetid vil også kunne påvirke hvilke tiltak som settes i gang i forhold til pasientens barn. Der det
er beregnet kort liggetid så vil det være rimelig å anta at behandlere vil ønske å avvente å informere
om barnets situasjon, kanskje fordi problematikken oppleves som forbigående. Dette vil imidlertid
kunne være svært uheldig. Rusmisbruk og psykiske vansker kan gå i bølger, dette gjør at behovet for
støtte utenifra vil kunne være større etter at innleggelsen er avsluttet. Forelderen vil da kunne være
mer sårbar, og ha større vansker med å være der for barnet. Barnet vil også kunne vegre seg for å
benytte forelderen som støtte, i frykt for at vanskene skal utvikle seg igjen. Behovet for å ha en
ekstra støtte vil dermed kunne være ekstra stort i denne perioden.

Funn i denne studien viser at det var satt i gang forebyggende tiltak for å ivareta barn som
pårørende- Barn i mente, i flere av kommunene. KoRus- Øst (2014) erfaringsrapport ifra
Innlandsmodellen viser en bedring i forhold til rapportering. Tilbakemeldinger fra en av
skolehelsesøstrene som hadde deltatt i prosjektet, rapporterte imidlertid det motsatte. Det var
fremdeles få forbedringer i forhold til tilbakemeldinger fra behandlere. Lignende funn finnes i en
studie av Lauritzen, Reedtz, Doesum & Martinussen (2015). Denne finner at hverken lovendringer
eller holdninger ser ut til å gi definitive endringer i praksis. Kun 44 % av helsearbeiderne i
undersøkelsen ga tilbakemelding på å avdekke barnet når forelderen var innlagt. Dette til tross for at
det både hadde funnet sted holdningsendringer for å avdekke barnets perspektiv, i tillegg til
lovendringer. Dette indikerer både behov for en kunnskapsøkning, samt en økt bevissthet blant
psykiske helsearbeidere. Et økt fokus på familie og på pasientens foreldre rolle, bør også inngå i

praktisk opplæring. En økning av kunnskapsnivået vil dermed kunne være med å øke identifiseringen av pasienters barn.

Økt fokus og rutiner vil trolig kunne identifisere brukere med psykiske vansker (Sitter, 2005).

For å kunne avdekke utfordringer i eleven liv, så benyttet flere av helsesøstrene en helsesirkel hvor eleven selv definerte egne opplevelser av eget liv. Flere av helsesøstrene hadde positive erfaringer i forhold til hvilke muligheter sirkelen ga til å få innsyn i elevens liv. Sirkelen skapte også grobunn både for samtale og oppfølging. Utfordringen elevens egne vurderinger er at de kanskje ikke alltid stemmer med hjemmesituasjonen. Elevens liv kan dermed bli vurdert som mindre utsatt enn det som kanskje er tilfelle. Dette kan være svært uheldig og få store konsekvenser for eleven. Sirkelen har dermed et usikkerhetsmoment som kan gjøre det mulig å overse elevens situasjon. Denne problematikken ble ikke nevnt i stor grad i intervjuene.

5.2 Tverrfaglig samarbeid- og en for lite brukt skolehelsetjeneste

Helsesøstrene ønsket et tettere samarbeid med BUP og PPT, fordi dette kunne styrke den helhetlige oppfølgingen og forståelsen av eleven. Å benytte andre faggruppens fagkunnskap kan avdekke blinde flekker hvor viktige helhetlige perspektiv og løsninger blir oversett. Moen (2012,s.133) omtaler dette som «å befolke scenen», ved at ulike fagfolk bringes på banen for å styrke muligheten til både å se og følge opp eleven. Skolehelsesøstrene opplevet at deres egen tjeneste og fagkunnskap var lite kjent blant andre faginstanser. I arbeidshverdagen betød dette at andre faginstanser kunne lovet mer enn helsesøstrene kunne holde. Dette kunne innebære å måtte forholde seg til urealistiske forventninger fra foreldre, som både var vanskelige å forholde seg til og vanskelige å innfri. Manglende kunnskap om hverandres fagfelt, gjorde det dessuten vanskelig å informere om hvilken hjelp som kunne tilbys. At det ble lovet mer enn som kunne tilbys, var også problematisk. Ønsket var at faggruppen i større grad kunne bli bedre på både å utveksle kunnskap omkring egne fagfelt, samt til å slippe andre faggrupper til. Ansvarsfordeling i tverrfaglig samarbeid kunne også ta for lang tid, på grunn av fagulikheter. Ønsket var at fordelingen skulle avklares raskere.

Helsesøstrenes opplevelse av tverrfaglige samarbeid var at dette ga verdifulle muligheter til å få innspill, samt til å stå sterkere sammen. At veiledning av og til må skje på generelle grunnlag, for å ikke bryte taushetsplikten ble også vurdert som godt nok. Et samtykke fra foreldereren ble ofte foretrukket for å gjøre samarbeidet lettere. En gjennomgående tendens i denne studien er helsesøstrenes opplevelse av at taushetsplikten i all hovedsak er uproblematisk. Kun i få tilfeller fremheves taushetsplikten som et hinder. Dette var ofte der helsesøstrene ikke slapp til andre

faginstanser tidlig nok, av frykt for å bringe inn for mange aktører. Foreldre var også ofte positive til å gi samtykker, når de fikk kunnskap om innvirkningen dette hadde for barnet. Der foreldre var skeptiske til at problematikken vil bli fortalt (*sammen med brødiskiva på lærerværelse*, så skapte dette både implikasjoner i forhold til barnets ønske om å fortelle, men også hindringer for videre samarbeid. Taushetsplikt kunne også hindre lærere i å videreformidle informasjon som var gitt til skolen. lignende funn finnes i Olsen & Jentoft (2013)sin studie. Denne fant at helsesøstre foretrakk å samarbeide med forelderen. Studien var imidlertid kritisk til at dette kunne svekke vern av barnet. Der forelderen vegret seg for slike samarbeid, så ble drøftinger gjort anonymt med andre faginstanser som lærere, rektor og assistenter. Dette er også tendenser som går igjen i denne studien.

Kort oppsummert viser empiri fra del 2 i denne studien, at å skulle holde på fasaden kan være så belastende for barnet, at dette innvirker både på konsentrasjon og optimal funksjon i skoletiden. Dette kan feiltolkes som enten underytelse eller begynnende atferdsvansker. Bruk av unnvikelse som korrigerende strategi, eller overdrevent tilpasset atferd kan forhindre at lærere oppdager hva som skjuler seg bak elevens atferd (Killén, 2012). Helsesøstre opplevet at lærere i ulik grad involverte seg ved bekymring for eleven. Noen lærere strakk seg langt for å hjelpe eleven, og var raske til å be om assistanse. Andre ventet lengre med å oppsøke veiledning hos helsesøstre i skolehelse-tjenesten. Informasjon kunne også ha bli gitt av familien selv, eller oppdaget av andre ved en tilfeldighet uten at dette hadde blitt videreformidlet. Der lærere vegret seg for å reagere raskt i frykt for å skade relasjonen med forelderen, så førte dette av og til at vanskene kunne utvikle seg unødige. Helsesøstrenes ønske var at flere lærere skulle oppsøke veiledning tidlig når eleven så ut til å ha det vanskelig. En lavere terskel for å oppsøke hjelp var også mer ønskelig enn mer opplæring i tematikken. Vente å se holdningen kunne gjøre det utfordrende å drive primærforebyggende arbeid. Dette kunne bety å måtte vente til eleven utvikler synlige vansker, for så å skulle sette inn sekundær eller tertitærforebyggende arbeid, for å forhindre utvikling eller forverring.

Skolehelsesøstre har både mulighet og fagkunnskap til å kunne gi adekvat støtte og forklaring for å redusere elevens forvirring. Ønsket var derfor at lærere i større grad skulle benytte tjenesten for å søke veiledning ved bekymring. Uten veiledning, så kunne atferdsendringer i verste fall feiltolkes som skoletrøtthet, latskap, innadvendthet, eller i verste fall diagnostiseres som f.eks ADHD. Betydningen av å se hva atferden er et uttrykk for fremheves også av Nordanger & Braarud (2014). Diagnoser kan skjule hva atferden er et uttrykk for, og et resultat av. Diagnoser vil også kunne påvirke elevens selvopplevelse og mestring negativt (Innset, 2012). Feiltolkninger vil kunne gjøre det vanskeligere å søke veiledning for en bekymring. Det er rimelig å anta at en lavere terskel for å

søke bistand kan forhindre at vansker først må bli synlige før det tas affære. Helsesøstre i denne studien ønsket at lærere i større grad skulle undre seg over hva elevens atferdsproblematikk kunne være et uttrykk for. Dette er også en gjennomgående tendens i flere studier (Nordal, 2000; Ruud et al., 2015). Et for ensidig fokus på støttende tiltak, uten å se hva atferden skyldes, kan føre til at eleven får feil hjelp, som vil kunne innvirke på både videre utdanning og livsløp. Manglende hjelp til å takle belastningene kan også føre til at eleven utvikler psykiske vansker. Å kunne takle belastningene, å få til gode skoleprestasjoner vil derimot ha en beskyttende effekt, ved å styrke elevens selvtillit, mestring-, og problemløsningsevne (Mathisen & Helland, 2009).

Barn som har foreldre med rusmiddelproblem, har behov for både å bli spurt og involvert, for å forstå sin egen og familiens situasjon. Men, også for å styrke selvfølelse og oppfattelse av egen familie, problem og tiltak. Å bli møtt med tillitt i hjelperelasjon og av ansatte i skolen var viktig (Ruud et al., 2015).

Nilsen, Litland & Hjälmhult (2014) sin studie viser at tverrfaglig samarbeid kan være utfordrende, spesielt i forhold til utveksling av fagkunnskap. Dette er også funn som går igjen i denne studien. I skolehelsesøsterutdanningen inngår kunnskapsområder som er vesentlig for å kunne drive forebyggende arbeid. Dette forutsetter at skolehelsetjenesten blir brukt, samt at det tverrfaglige samarbeidet er til stede. TNS Gallup 2009/2010 kommuneundersøkelse for Helsedirektoratet, viste at skolehelsetjenesten var lite tverrfaglig sammensatt. Flere av skolehelsetjenestene manglet også både lege og fysioterapeut for å kunne oppfylle lov om forskrift (IS-1798). En undersøkelse som tar for seg Folkehelse og forebygging, målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner (Helgesen, Hofstad, Risan, Stang, Rønningen, Lorentzen & Goth, 2014) fant at 82 % av kommunene i undersøkelsen selv mente at skolehelsetjenesten enten deltar i tverrsektorielle eller tverrfaglig arbeid. Den fant også en sammenheng mellom fokus på tverrfaglig arbeid, fokus på helse og forebygging. Kommunestørrelsen og grad av spesialisering innvirket også. Mindre kommuner med liten grad av spesialisering slet minst. Samarbeidet var også mindre tilfeldig. Undersøkelsen viste også en sammenheng mellom folkehelsekoordinatorens plassering i organisasjonen, og muligheten for tverrfaglig samarbeid. Jo høyere plasseringen koordinatoren hadde desto mindre problematisk var muligheten for samarbeid. Bedre tverrfaglig tjeneste (BTI) ble innført i 2009, for å kvalitetssikre helhetlig innsats (Helsedirektoratet, 2011). Samarbeidmuligheten mellom voksenpsykiatrien og både spesialisthelsetjeneste, skole og barnehage og muligheten til å kunne støtte, beskrives derfor som et stort og uutnyttet potensiale (Osen, 2015). En følgeevaluering av BTI (Helgesen, 2013) viser også at få kjenner til slike team. Flere arbeidet derimot på individnivå i det som beskrives som en

uformell setting. Dette vil kunne ha konsekvenser både i forhold oppfølging, til gjeldende rutiner samt danning av nye (Helgesen, 2013).

Helsesøstrene var avhengige at andre faginstanser bisto eleven utenom skolehelsetjenestens kontortid. Det var imidlertid relativt store forskjeller på hvilke tiltak de forskjellige skolehelsesøstrene iverksatte. Noen sikret at eleven var ivaretatt døgnet rundt, ved å lage beredskapsplaner i forkant i samarbeid med eleven. Andre hadde en mer tilfeldig tilnærming. Funn i en studie av Ruud et al. (2015) viser at slike planer for hvem å kunne kontakte hvis situasjonen forverret seg var noe både barn og foreldre ønsket seg ved slik problematikk.

Bruk av miljøterapeuter i skolen var omdiskutert, fordi bruken kunne gå utover helsesøstrenes forebyggende arbeid. Flere så en tendens til at miljøterapeuter ble satt til å kompensere for reduksjoner i skolehelsetjenesten. Dette ble trukket frem som uheldig, på grunn av faren for at et for ensidig perspektiv. Helsesøstrene var klare på sine begrensninger og behovet for å henvise videre ved alvorlig problematikk hos eleven. Slike henvisninger kunne ta tid. Dette kunne føre til at elevens problematikk utviklet seg. Ønske var å kunne gå direkte. I den senere tid så har kommuner tilsatt psykologer i skolehelsetjenesten, for å ta over der skolehelsesøstrene kommer til kort (Helsedirektoratet, 2010). Kommunene som har forsøkt dette tilbudet viser til positive resultater. En brukerundersøkelse (Sitter, 2005), viser at ungdom i mindre kommuner er mer fornøyde i møte med skolehelsetjenesten, enn ungdom i større kommuner. Tjenester som hadde fagpersonell med psykososial kompetanse ga også flere fornøyde brukere. Ungdommer med psykiske problemer var imidlertid minst fornøyd med hvordan de ble møtt og ivaretatt. Effekten av hjelpen ble også vurdert mindre positiv enn hos ungdommer som ikke oppga å ha slike vansker. Foresatte og ungdommen opplevet også samarbeidet og samordningen av tjenester, samt kontinuitet som dårligere enn den andre gruppen som ikke oppga å ha slike problemer.

6 Avslutning

Denne studien sitt formål har vært å undersøke hvilke utfordringer har skolehelsesøstre i sin arbeidshverdag, i forhold til å kunne støtte, hjelpe og tilrettelegge for barn som får rollen som pårørende av foreldre med psykiske vansker og/eller rusmisbruk. Når foreldre utvikler psykiske vansker og/eller rusmisbruk, så vil belastningene som vanskene kan skape kunne føre til at barnet har behov for noen å kunne dele utfordringene med. Med bakgrunn i at helsesøstre i skolehelsetjenesten vil kunne være en lett tilgjengelig og lavterskel samtalestøtte, så har jeg intervjuet 6 skolehelsesøstre ved ulike skolehelsetjenester i Sør- Norge. Alle helsesøstrene i studien hadde kjennskap til problematikken, og ønsket å tilby sin hjelp og fagkunnskap for å kunne støtte eleven. Fire hovedutfordringer utmerket seg imidlertid som hindre for å kunne hjelpe, støtte og tilrettelegge for eleven; 1) Helsesøstrene opplevet at egen fagkunnskap er lite kjent hos andre faggrupper, 2) Det er en nesten fullstendig stillhet rundt foreldres rusmisbruk, 3) Helsepersonell og fastleger tar i svært liten grad kontakt med skolehelsetjenesten når foreldre blir innlagt /utvikler et rusmisbruk eller/ og psykiske vansker, 4) Forelderen tror egen epikrise videresendes automatisk til skolehelsetjenesten ved innleggelse til behandling, og barnet dermed er ivaretatt, uten at dette er tilfelle.

Helsesøstrene i denne studien opplevet at egen tjeneste og fagkunnskap og forebyggende kunnskap var lite kjent og benyttet av andre faginstanser. Dette førte til at helsesøstrene sin fagkunnskap omkring problemutvikling, og veiledningskunnskap ble brukt i mindre grad enn ønskelig. At kunnskapen og handlingsrommet var lite kjent, førte også til at andre faggrupper kunne gjøre lovnader på helsesøstrenes vegne til foreldre, som kunne være problematisk å etterkomme.

Det kom også frem en nesten fullstendig stillhet rundt foreldres rusmisbruk. Det var en helt klar tredeling i hvilke vansker som var lettest å dele for eleven. Somatiske vansker som MS og kreft ble delt både med venner, naboer, lærere og skolehelsesøstre. Psykiske vansker derimot ble delt i mye mindre omfang. Rusmisbruk var det nesten en fullstendig stillhet omkring, både fra foreldre og barn. Hemmeligholdet gjorde det vanskelig for helsesøster å hjelpe eleven fordi eleven ikke turte å åpne seg. Der foreldre vegret seg for at barnet skulle vite, gjorde dette det også vanskelig å hjelpe, støtte og tilrettelegge for eleven. Hemmeligholdet gjorde det også vanskelig å informere lærere, slik at disse kunne ta hensyn til eleven.

Oppringninger til helsesøster fra helsepersonell og fastleger om barnets situasjon, ved innleggelse av forelderen, viste seg å være på et minimum. Dette til tross for at innføring av §10 i helsepersonelloven skal sikre kartlegging av pasienters barn ved innleggelse. Dette gjorde det vanskelig å få tak i

elevens situasjon, samt å hjelpe. Selv om flere av helsesøstrene arbeidet ved både barne-, og ungdomsskole, og hadde fartstid i oppmot 20 år i tjenesten, så var oppringningene få. Dette indikerer at det kan finnes en omfattende underrapportering, som hindrer at helsesøstre får kunnskap om barn som pårørende sin situasjon når foreldre legges inn til behandling. Funnene indikerer også en likedan underrapportering fra fastleger. Flere av kommunene i denne studien har satt fokus på problematikken og iverksatt tiltak som Barn i Mente prosjektet. Oppringningene fra helsepersonell ved behandlingsinstitusjonene var allikevel på et minimum. Nyere forskning som er gjort på feltet indikerer at dette skyldes at innvirkende faktorer som ressursmangel gjør det vanskelig å følge opp lovendringen. Et systemfokus gjør at forelderen i behandling kun ses som en pasient, og ikke som en forelder. Dette gjør at barnet blir borte.

Foreldre kunne være i den tro at egen epikrise ble videresendt automatisk til skolehelsetjeneste ved innleggelse til behandling, og at barnet var ivaretatt uten at dette var tilfelle. Dette skapte et behov for at det fra helsepersonell sin side må sikres at foreldre er kjent med at slik informasjon ikke går automatisk. For å undersøke en eventuell utbredelse av denne type misforståelse, så vil mer forskning omkring denne tematikken kunne være nødvendig.

Hensikten med masteroppgaven har vært å undersøke hvilke utfordringer skolehelsesøstre har i forhold til å kunne støtte, hjelpe og tilrettelegge for barn hvor forelderen har psykiske vansker eller/og misbruker rus. Når foreldre utvikler slike vansker, så har empiri i teoridelen vist at barnet utsettes for en lang rekke belastninger som kan oppta konsentrasjon. Belastningene kan også føre til at barnet utvikler atferd som et uttrykk for den vanskelige situasjonen barnet er i.

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven så har det slått meg hvor komplisert barn som pårørende problematikken er. Det som står klart frem er at problematikken krever en felles front og forståelse for å betydningen av å forstå de belastninger barn som pårørende utsettes for. Det er også et behov for å forstå betydningen av å støtte opp under for at barna skal kunne mestre og forstå sin egen situasjon.

Funn i denne studien har vist at helsesøstrene ønsker å bidra med sin fagkunnskap. Det som kan syntes å være problemet er lite kjennskap hos andre faggrupper, som helsepersonell, leger og lærere om hva helsesøstrene kan tilby. Empiri har vist at barnevern og BUP ofte kontaktes før helsesøstre. Foreldrenes ønske er derimot at henvisningene skal begynne på lavest mulig hjelpenivå, som innebærer at lærer og skolehelsesøster skal kontaktes. Når barn blir spurt hvilke som oppleves å være mest til støtte, så blir lærer og helsesøster fremhevet. Barn og unge henvendte seg til skolehelsetjenesten i ulik grad. Yngre barn tok i mindre grad kontakt enn eldre. Gutter venter både også lengre enn jenter, og så gjerne helsesøster an. Dette vil kunne indikere at selv om

skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud, så kan terskelen for å ta kontakt være stor for den enkelte. Det vil dermed ha stor betydning at helsepersonell kartlegger, henviser og følger opp barna når foreldre blir innlagt. I lys av at foreldres rusmisbruk og psykiske vansker også kan gå i faser, hvor vanskene er mer eller mindre tilstede, så vil barnets livssituasjon også kunne oppleves som ustabil. I de faser som forelderen er innlagt vil trolig være en rolig fase for barnet, i det forelderen er ivaretatt av andre. Det er når forelderen kommer hjem og vanskene igjen utvikler seg at barnet trolig vil ha det mest strevsomt. Det er derfor av stor betydning at andre rundt barnet, som for eksempel helsesøster gis innsyn i situasjonen. Å få forståelse og kunnskap om egen situasjon, kan bidra til at barnet får mestringstro, ser seg selv i et mestringperspektiv. Dette vil kunne ha betydning for å redusere innvirkninger av negative risikofaktorer.

Denne studien har fokusert på å avdekke skolehelsesøstre i barne- og ungdomsskole sine perspektiver på i forhold til egne utfordringer i støtte, hjelpe og tilretteleggingsarbeidet for barn som er pårørende til foreldre med psykiske vansker og rusproblematikk. Elevens egne perspektiver og behov for hjelp fra helsesøster, har dermed ikke kommet frem. Dette ville kunne ha gitt viktige informasjon i forhold til å avdekke hva eleven selv opplever å være nødvendig og til hjelp. Lærere, helsepersonell og fastlege sine perspektiver har heller ikke kommet frem. Dette kunne gitt viktig informasjon i forhold til deres forståelse av problematikken.

Litteraturliste

- Ahlgreen, B. (2002). Når barnene bliver unge. I: P. B, Holm, B, Møller & B, Perlt. *Når mor eller far... er psykisk syk 2. En artikkelsamling*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Almvik, A. & Ytterhus, B. (2004). *Ualminnelig alminnelighet- barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske problemer*. Rapport Trondheim: NTNU.
- Andersson, H., & Steihaug, S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse* (Vol. A4727, SINTEF rapport (SINTEF: 2006-: online)). Oslo: SINTEF Helse.
- Backett-Milburn, K., Wilson, S., Bancroft, A. & Cunningham-Burley, S. (2008). Challenging Childhoods: Young People's Accounts of "Getting By" in Families with Substance Use Problems. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 15(4), 461-479
- Barneombudet. (2013). *Barneombudets fagrappport 2013. Helse på barns premisser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Barneombudet. (2013). *Sykehusekspertene*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Barneombudet. (2014). *En forsvarlig skolehelsetjeneste?* Oslo: Helsedirektoratet.
- Barnard, M. & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction*, 99 (5), 552-559. [10.1111/j.1360-0443.2003.00664.x]
- Barnardo's (2006). *Hidden Lives. Unidentified Young Carers in the UK*. Accessed 21/05/07 at www.barnardos.org.uk/hidden_lives_report.pdf.
- Becker, S. (2000). Young Carers in the UK: research, policy and practice. *The journal of the Social Services Research Group*, 18 (2).
- Braarud, H.C. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 48, nummer 10 , 968-972.
- Bratlie, E. (2012). Veien blir til mens vi går. Utvikling av helsestasjon for ungdom i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv. I: Olaisen, K. (Red.). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-86.

Bye, E., Amundsen, E., & Lund, M. (2013). *Bruk Av Tobakk, Rusmidler Og Vanedannende Legemidler I Norge - Hovedfunn Fra SIRUS' Befolkningsundersøkelse I 2012; Bruk Av Tobakk, Rusmidler Og Vanedannende Legemidler I Norge - Hovedfunn Fra SIRUS' Befolkningsundersøkelse I 2012.*

Bønnehoff, H. & Larsen, I.B. (2014). På leting etter et ansikt- Om selvbiografiske perspektiver på å ha en mor eller far med alkoholproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 02.

Bøje, M., Jensen, W, A., Bennedsen, E. & Jespersen, M. (2002). Liv på trods. I: P. Holm, B, Møller & B, Perlt. *Når mor eller far... er psykisk syk 2. En artikkelsamling*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.

Carpentieri, J.D. (2006). *Old Heads on Young Shoulders*. London: NSPCC.
<http://217.35.77.12/archive/england/papers/youth/pdfs/oldheadsonyoungshoulders.pdf>

Conners- Burrow. A, N., Kyzer, A., Pemberton, J., McKelvey, L., Whiteside-Mansell. L & Fulmer, J. (2013). Child and family factors associated with teacher-reported behavior problems in young children of substance abusers. *Child Adolescent Mental Health* 18, (4), 218–224 [doi: 10.1111/camh. 12010]

Currie, C., & World Health Organization Regional Office for Europe. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people : Health behaviour in school-aged children (HBSC) study : International report from the 2009/2010 survey* (Upt. repr. ed., Vol. No. 6, Health policy for children and adolescents). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Dahm, K., Reinar, L., Kirkehei, I., Landmark, B., Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, & Helsedirektoratet. (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår* (Vol. Nr 15-2010, Rapport fra Kunnskapssenteret). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Dearden, C. & Becker, S. (2004). Young Carers in the UK: the 2004 report. *The Children`s Society*. London: Carers UK.

Early, L., Cushway, D., & Cassidy, T.(2006). Perceived Stress in Young Carers: Development of a Measure. *Journal of Child and Family Studies*, 15 (2), 165-176.[doi: 10.1007/s10826-005-9011-z].

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjoner i relasjoner, samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjone, H.H. & Ytterhus, B.(2009). How children with parents suffering from mental health distress search for “normality” and avoid stigma. To be or not to be...is not the question. *Childhood*.16 (4), 461-477.

- Folkehelseinstituttet (2015). *Fakta om de enkelte rusmidlene*.
<http://www.fhi.no/artikler/?id=52508>
- Folkehelseinstituttet (2015). Rusmidlenes virkning på hjernen.
<http://www.fhi.no/artikler/?id=67532>
- Frank, J. (1995). *Couldn't Care More: A Study of Young Careers and Their Needs*. *The Children's Society*, London.
- Ghate, D., & Hazel, N. (2002). *Parenting in Poor Environments: Stress, Support, and Coping*. Philadelphia, PA, USA: Jessica Kingsley Publishers. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: Til beste for barn og unge i kommune-Norge* (3. utg. ed.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Grinde, E. (2004). Lærer opp kommunene. I: (red.) Riise, B. *Barn av psykisk syke. Informasjonshäfte fra rådet for psykisk syke*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Grové, Reupert, & Maybery. (2015). Peer connections as an intervention with children of families where a parent has a mental illness: Moving towards an understanding of the processes of change. *Children and Youth Services Review*, 48, 177-185.
- Gullbrå, 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 A qualitative study among general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2014; 32: 17–23.
- Hall, A. (2004). Parental psychiatric disorder and the developing child. I: M. Göpfert, J. Webster & M. V. Seeman. (eds.). *Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and their Families*. Cambridge University Press. Cambridge. 2nd ed.
- Halsa, A. (2012). Foreldre som velferdsaktører- forebyggende arbeid for barn i risiko. I: M.S.B, Haugland, B. Ytterhus & K, Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt.
- Hansen, A. (2012). Erfaringer fra praksis. Skal alle de som snakker om å dø, sendes videre til spesialisthelsetjenesten? I: Olaisen, K. (Red.). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hargreaves, J., Bond, L., O'Brien, M., Forer, D., & Davies, L. (2008). The PATS Peer Support Program: Prevention/Early Intervention for Adolescents Who Have a Parent with Mental Illness. *Youth Studies Australia*, 27(1), 43-51.
- Haugland, M.S, B. (2006). Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43 (3), 211-220.

- Haugland, B.S.M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012). Barna i sentrum- hva vil vi løfte frem? I: M.S.B, Haugland, B, Ytterhus & K, Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt.
- Haugland, S. H., Holmen, T. L., Ravndal, E., & Bratberg, G. H. (2013). Parental alcohol misuse and hazardous drinking among offspring in a general teenage population: Gender-specific findings from the young-HUNT 3 study. *BMC Public Health*, 13(1), 1140. [doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1140>]
- Helgesen, M. (2013). *Bedre tverrfaglig innsats (BTI): Følgeevaluering* (Vol. 2013:23, NIBR-rapport (Oslo : 2002- : online). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/2013-23.pdf>
- Helgesen, K, M., Hofstad, H., Risan, L.C., Stang, I., Rønningen, E.G., Lorentzen, C. & Goth, S.U., (2014). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR rapport 2014:3. <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/ny-mappe/rapport-folkehelse-og-forebygging.pdf>
- Helsedirektoratet.(2004). *Helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Veileder til Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten* (IS-1154). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2007). *Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet, Avdeling rusmidler.
- Helsedirektoratet (2010). *Barn som pårørende* (Rundskriv IS-5/2010). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2010). *Fakta om narkotiske stoffer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/460/Fakta-om-narkotiske-stoffer-IS-1042.pdf>
- Helsedirektoratet (2010). *Psykiske helse i første rekke. Tidlig hjelp i kommunal regi*. Oslo: Norsk psykologforening.
- Helsedirektoratet. (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Rapport (IS-1798). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet.(2010). *Kartlegging av personellsituasjon i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* (Ref. 626720). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helland, M.J. & Mathiesen, K.S. (2009). 13-15-åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse. Rapport 2009:1. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Helsepersonelloven. *Lov av 2.juli 1999 nr.64 om helsepersonell m.v.* Hentet fra <http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)–utvidelse av målgruppen* (Rundskriv I-15/2005). Oslo: Departementet.
- Holm, P., Møller, B. & Perlt, B. (2002). Liv med psykisk syke foreldre- en introduction. I: (red.) P. Holm, B, Møller & B, Perlt. *Når mor eller far... er psykisk syk 2. En artikkelsamling*. København: Sosialt Udviklingscenter SUS.
- Hussong, A. M., Zucker, R. A., Wong, M. M., Fitzgerald, H. E., & Puttler, L. I. (2005). Social competence in children of alcoholic parents over time. *Developmental Psychology*, 41(5), 747-759. Retrieved from <https://login.ezproxy.hil.no/?url=http://search.proquest.com/docview/224541870?accountid=43213>
- Høgskolen i Oslo og Akershus. *Programplan for Helsesøsterutdanning*. http://www.hioa.no/Studies/HF/Evu/Helsesoeseter/Programplan-for-Helsesoeseterutdanning-2016#Studiets_emner
- Hægland, G. (2012). Utviklingsfremmende samtaler med skolehelsetjenesten som arena. I: Olaisen, K. (Red.). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Innset, K. (2012). “Er du psykolog? Hvor er helsesøster da?» Rolleforståelse og teamutvikling i skolehelsetjenesten. I: Olaisen, K. (Red.). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Jacobsen, D. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jurkovic, G.H. (1997). *Lost Childhoods: The Plight of the Parentified Child*. New York: Brunner & Mazel.
- Kallander, K.E. (2010). Skjulte unge omsorgsgivere- helsepolitiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol.7(03)*, 206-216.
- Kallander, E.K. (2014). Retten til å bli hørt kan utgjøre en forskjell. I: V.U. Vallesverd & I.K. Thorsen (red.). *I for store sko*. Stavanger: Hertervig Forlag.

- Killén, K. (1988). *Omsorgssvikt og barnemishandling: en kasusstudie og etterundersøkelse av barn i omsorgssituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2009). *Risiko- omsorgssvikt- samspill- tilknytning. Opplærings- og utviklingsarbeid i behandling av foreldre/barn med rus- og psykiske problemer og andre alvorlige psykososiale belastninger*. Oslo: Blå Kors Forlag.
- KoRus-Øst. (2013). *Innlandsmodellen -Med barnet i mente. Referat fra erfaringskonferanse 6. Desember2013*. Lillehammer: Sykehuset Innlandet HF.
- Krokstad, S., Knudtsen, M., & HUNT. (2011). *Folkehelse i endring: Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag :HUNT 1 (1984-86) - HUNT 2 (1995-97) - HUNT 3 (2006-08) = Public health development : The HUNT study, Norway : HUNT 1 (1984-86) - HUNT 2 (1995-97) - HUNT 3 (2006-08)*. Levanger: HUNT forskningscenter.
- Kroll,B. (2003). *Parental Substance Misuse and Child Protection*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kroll, B. (2003). Living with an elephant: Growing up with substance misuse. *Child and Family Social Work*. 2004(9), 129-140.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvamme, E., Sibbern, T., & Gullhav, I. (2010). *De vet hvordan du har det : Evaluering av prosjektet De gjemte og glemte barna* (Vol. 2010/1, Rapport (Diakonhjemmet høgskole : online)). Oslo: Diakonhjemmet høgskole.
- Källsmyr, K. (2006). *Når mamma eller pappa er psykisk syk. 14 barn og unge i alderen 10-18 år om hva de mener ville være god støtte og hjelp når mamma eller pappa er psykisk syk*. Oslo: Organisasjonen voksne for barn.
- Langgaard, K. (2010). «Ungdom psykisk hele og profesjonell hjelp». *Tidsskrift for ungdomsforskning.*, 6. s. 25-40.
- Langaard, K. (2010). *Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten. Doktoravhandling, University of Oslo,2011*
- Langaard, K., PhD., & Toverud, R., PhD. (2010). Youth counselling in school health services: The practice of 'intentional attentiveness'. *Vard i Norden*, 30(4), 32-36. Retrieved from <https://login.ezproxy.hil.no/login?url=http://search.proquest.com/docview/837348662?accountid=43213>
- Lauveng, A. (2011). *Noe mye mer annet. Ungdom og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Laybourn, A.,Brown,j. &Hill, M.(1996). *Hurting on the inside: children's experiences of parental alcohol misuse*. Avebury,Aldershot
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18025/dravhandling-langaard.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Lindgaard, Helle (2015). Foreldre med rusmisbruk-familieorientert behandling. I: Haugland, B., Bugge, K., Trondsen, M. & Gjesdahl, S. *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lovdata (2003). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
- Lovdata (1992). Lov om barneverntjenester. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Macfie, J., McElwain, N. L., Houts, R. M., & Cox, M. J. (2005). Intergenerational transmission of role reversal between parent and child: Dyadic and family systems internal working models. *Attachment & Human Development*, 7(1), 51-65.
doi:10.1080/14616730500039663
- Madsen, A.D. (2000). «Her er mitt liv.» *Udspil 18*,(1). Sosialt Udviklingscenter, København.
- Major, E., Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L.E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:1.
- Mackrill, T., Elklit, A., & Lindgaard, H. (2012). Treatment-seeking young adults from families with alcohol problems. What have they been through? What state are they in?. *Counselling & Psychotherapy Research*, 12(4), 276-286.
doi:10.1080/14733145.2012.662519
- Maybery, D., & Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01865.x A
http://www.researchgate.net/profile/Andrea_Reupert/publication/6919062_Workforce_capacity_to_respond_to_children_whose_parents_have_a_mental_illness/links/02e7e53965ff6f098f000000.pdf
- Mayseless, O., Bartholomew, K., Henderson, A., & Trinke, S. (2004). "I was more her mom than she was mine:" role reversal in a community sample*. *Family Relations*, 53(1), 78-86.
<https://login.ezproxy.hil.no/login?url=http://search.proquest.com/docview/213934402?accountid=43213>
- Mevik, K. & Trymbo, E.B. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Myrvoll, L. R., Lund, K. & Kufås, E. (2004). Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 1(03), 35-48.

- Myrvoll, L. (2013). *"Tidstyvene»: Barn Som Pårørende: En Kvalitativ Studie Av Hvordan Behandlerne Ved En Psykiatrisk Avdeling Forstår Og Handler for å Ivareta Mindreårige Barn Som Pårørende.*
- Moen, A. (2012). Nadias brev til mamma. Tverrfaglig samarbeid; inspirasjon i faglig arbeid i skolehelsetjenesten. I: Olaisen, K. (Red.). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Mohaupt, H. & Duckert, F. (2009). Barn av rusmiddelmissbrukere - en kunnskapsoppsummering. Korfor - rapport 2009/1
- Mordoch, E. & Hall, A. W. (2008). Children`s Perception of Living With Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame. *Qualitative Health Reseach.* 18 (8), 1127-1144
- Mosaikk- prosjektet. *Kunnskap om Barn som har foreldre med psykiske vansker og/eller rusproblemer.* Høyskolen i Lillehammer & Sykehuset Innlandet.
[file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Mosaikk+nyhetsbrev+1+2013%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Mosaikk+nyhetsbrev+1+2013%20(3).pdf)
<http://www.sshf.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/artikler/oppland/PublishingImages/Sider/Nyhetsbrev-Mosaikk/Mosaikk%20Nyhetsbrev%202%2015.pdf>
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge: En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole* (Vol. 20/2007, NOVA-rapport (online)). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
<file:///C:/Users/Administrator/Documents/Artikler/NOVA%20rapport%202007.pdf>
- Myklestad, I., Johansen, R., Rognerud, M., & Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse: Levekårsundersøkelsen 2005* (Vol. 2008:8, Rapport (Nasjonalt folkehelseinstitutt : online)). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Nordahl, T. (2000). *En skole - to verdener: Et teoretisk og empirisk arbeid om problematferd og mistilpasning i et elev- og lærerperspektiv* (Vol. 11/2000, NOVA-rapport (trykt utg.)). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Nordahl, T., Flygare, E. & Drugli, M.B. (2013). Relasjoner mellom elever. Utdanningsdirektoratet.
- Nordanger, D. & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(7), 530-536.
- Norge Barne- og familiedepartementet. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989, ratifisert av Norge 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller.* Barne- og familiedepartementet.

- Nordlund, S. (2003). Totalforbruksteorien og dens betydning for alkoholpolitikken. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 46-48.
- Olsen, T. S. & Jentoft, N. (2010). Et liv jeg ikke valgte. *Søkelys på arbeidslivet* [1504-8004] yr:2010 vol:27 iss:03 pg:206 -216.
<http://www.idunn.no.ezproxy.hil.no/file/pdf/43619645/art06.pdf>
- Olsen, T.S. & Jentoft, N. (2013). *En vanskelig start. Om tidlig innsats og tverretattlig samarbeid for å forebygge ung uførhet* (FoU rapport nr. 6/2013).
http://www.agderforskning.no/reports/en_vanskelig_start_endelig.pdf
- Osen, L.N. (2015). «Medvindsfaktorer» for barneansvarligarbeidet i voksenpsykiatrien. I: Haugland, B., Bugge, K., Trondsen, M. & Gjesdahl, S. *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Perry, B.D. (2000). Traumatized children: How childhood trauma influences brain development. In: *The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill* 11:1, 48-51.
<http://www.aaets.org/article196.htm>
- Plötner, M., Over, H., Carpenter, M., & Tomasello, M. (2015). Young Children Show the Bystander Effect in Helping Situations. *Psychological Science*, 26(4), 499-506.
- Rabbe, A.(2010). Usynlige barn? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7 (03), 260-262.
- Rognmo, K., Torvik, F. A., Ask, H., Roey Samb, E., & Tambs, K. (2012). Paternal and maternal alcohol abuse and offspring mental distress in the general population: The nord-troendelag health study. *BMC Public Health*, 12 (1), 448.
[doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-448>]
- Rognmo, K. , Torvik, F.A., Idstad, M. & Tambs, K. (2013). Alcohol use and spousal mental distress in a population sample: the nord - trondelag health study. *BMC PublicHealth* , 13 (319),1-11. [[10.1186/1471-2458-13-319](http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-319)]
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/852>
- Ruud, T. et al. (2015). *Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudien*.(Rapport). Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf>
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880. doi:10.1017/S0033291700019838
- Rye, H. (2007). *Barn med spesielle behov: Et relasjonsorientert perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Sandbæk, M. (2004). Barn i hjelpeapparatet – kompetente og sårbare aktører. *Nordisk SosialtArbeid*, 24(02), 98-109.
- Shifren, K.(2001). Early Caregiving and Adult Depression: Good News for Young
- Sitter, M., & Andersson, H. (2005). *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker* (Vol. STF78 A055005, SINTEF rapport (SINTEF. Helse. Helsetjenesteforskning). Oslo: SINTEF Helse.
- Smith, M. (2004). Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child and Family Social Work*, 2004 (9), 3–11
- Sommerschild, H. (1998). Mestring som styrende begrep. I: B, Grøholt., H. Sommerschild, & B, Gjørum. (red.), *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Sosial- og helsedepartementet. (1995). *Utskrevet til mor. Pårørende til mennesker med psykiske lidelser. Erfaringer fra forsøksvirksomhet i kommuner og fylkeskommuner 1991-1995 med støtte fra Sosial- og helsedepartementet*. Oslo: Statens trykksaksekspedisjon.
- Sundfær. A. (1999). Ung og... lovende. Barna til 31 mødre med rusproblemer har blitt ungdommer. Barne og familieetaten. Rusmiddeldirektoratet.
- Sundfær, A. (2005). Bill. merk «Hemmelig». Hemmeligholdelse som strategi i familier med rusproblemer. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 2(02), 162-174.
- Söderström, K. & Skårderud. F. (2009). MINDING THE BABY. Mentalization –based treatment in families with parental substance use disorder: Theoretical framework. *Nordic Psychology*, 61(3), 47-65.
- Sølvberg. A, H., Aase, I.M.& Walnum, G.E. (2002). *Prosjekt Andungen. Voksne barn av psykisk syke. Erfaring med gruppetilnærming som mentalhygienisk tiltak etter oppvekst med psykisk sykdom hos mor eller far*.
- Sølvberg. A, H. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende. Samtalegruppen som frigjørende redskap*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tanner, D. (2000). Crossing bridges over troubled waters?: Working with children of parents experiencing mental distress. *Social Work Education*, 19(3), 287-297.
- Theisen, O.M. & Ådnes, M. (2014). Evaluering av tilbudet Styrket Mestring i Livet (SMIL) SINTEF Rapport A25894. Trondheim: SINTEF.
<file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Rapport%20A25894%20SMIL.pdf>

- Telljohann, S. K., Price, J. H., Dake, J. A., & Durgin, . (2004). Access to School Health Services: Differences between Full-Time and Part-Time School Nurses. *Journal of SchoolNursing*, 20(3), 176-181.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : En innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget
- Thomas, N., Stainton,T., Jackson, S., Cheung, W.Y., Doubtfire, S. & Webb, A. (2002). ‘Your friends don’t understand’: Invisibility and unmet need in the lives of ‘young carers’. *Child and Family Social Work* 2003, 8, 35–46.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tidlig intervensjon. Fra bekymring til handling. Helsedirektoratet.
<http://tidligintervensjon.no/Tema/Ungdom/Identifisering/Faresignaler/Faresignaler/>
- Toda, S., Fogel, A., & Zahn-Waxler, Carolyn. (1993). Infant Response to the Still-Face Situation at 3 and 6 Months. *Developmental Psychology*, 29(3), 532-538.
<http://psycnet.apa.org.ezproxy.hil.no/journals/dev/29/3/532.pdfperry>
- Torsteinsson, W. V (2012). Den åpne dørs politikk: skolehelsetjeneste for ungdom. I: Olaisen, K. (Red.). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. (Rapport 2011:4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Torvik, F. A., Rognmo, K., & Tambs, K. (2012). Alcohol use and mental distress as predictors of non-response in a general population health survey: The HUNT study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), 805-816. doi:
<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0387-3>
- Trondsen, M. (2013). Living With Ill Parent: Exploring Adolescents `Experiences and and Perspectives. *Qualitative Health Reseach*, 22(2), 174-188
[doi: 10.1177/1049732311420736]
- Utdanningsdirektoratet. Skolepersonalets opplysningsplikt til barneverntjenesten. Udir-10-2012.
<http://www.udir.no/Regelverk/Finn-regelverk-for-opplaring/Finn-regelverk-etter-tema/Ovrige-tema/Udir-10-2012/2-Skolepersonalet-har-en-oppmerksomhetsplikt-og-en-opplysningsplikt/>
- Vallesverd, V.U. (2014). Joda, vi har unge omsorgsgivere i Norge. I: V.U, Vallesverd & I.K, Thorsen (Red.). *I for store sko. En tekstsamling om barn i omsorgsrollen*. Stavanger: Hertervig Forlag.

- Velleman, R. & Templeton, T. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 79–89 [doi: 10.1192/apt.bp.106.002386]
- Waaktar, T. (2012). Resiliensforskning: Hvordan kan kunnskap om dette feltet bidra til utviklingsfremmende arbeid i skolehelsetjenesten og med skolen som arena? I: K. Olaisen (Red). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Waldum -Grevbo, K., & Haugland, T. (2015). En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, (4), 352-360.
- Warren, J. (2008). Young carers: still 'hidden' after all these years? *Research, Policy and Planning* 26(1), 45-56.
- Werner, E. E. (2004). Journeys From Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery. *Pediatrics*, 114 (2), 492.
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I: M.S.B, Haugland, B. Ytterhus & K, Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (S.18- . Oslo: Abstrakt.
- Øverland, S. (2014). Betydningen av den ene. *I for store sko. En tekstsamling om barn i omsorgsrollen*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Vedlegg 1- Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Astrid Halså
Avdeling for pedagogikk og sosialfag Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2604 LILLEHAMMER

Vår dato: 29.01.2015

Vår ref: 41488 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

41488	<i>Å se bakenfor atferdsvansker</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Astrid Halså</i>
Student	<i>Anne-Turid Karlsrud</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, 15.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen
Katrine Utaaker Segadal

Marianne H. Myhren

Kontaktperson: Marianne H. Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 41488

Meldingen gjelder et mastergradsprosjekt, der formålet er å undersøke hvilke utfordringer skolehelsetjenesten har i forhold til å støtte, hjelpe og tilrettelegge for barn som har foreldre med psykiske vansker og rus-problematikk.

Utvalget består av skolehelsesøstre fra ulike kommuner i Oppland som rekrutteres gjennom en skriftlig forespørsel fra studenten. Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Data samles inn ved lydopptak av personlige intervju. Av hensyn til taushetsplikten kan helsesøtrene ikke omtale enkeltelever eller foreldre (tredjepersoner) i identifiserbar form. Det betyr at de må utelate navn og identifiserende bakgrunnsopplysninger (som alder, kjønn, landbakgrunn, diagnose o.l.). Vi anbefaler at intervjuer tar dette opp med informanten før intervjuet.

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder etterfølger Høgskolen i Lillehammer sine interne rutiner for datasikkerhet. Vi anbefaler at studenten i den grad det er mulig låner opptaksutstyr fra UiO, fremfor å benytte egen mobiltelefon/ipad. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.06.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Vedlegg 2- Intervjuguide

Samtaleguide skolehelsetjenesten

Institusjonen

- Hvilken yrkeserfaring har du
- Fartstid i skolehelsetjenesten
- Tilgjengelighet /frekvens på skolen
- Mulighet for fleksibilitet

Barnet/ungdommens behov for psykososial støtte og hjelp

- Når oppsøker eleven hjelp
- Kommer barnet på eget initiativ
- Kommer eleven tilbake
- Inntrykk av i hvilken grad eleven ønsker å komme tilbake

Erfaring og samarbeid i forhold til barn som pårørende

- Har du tidligere erfaringer
- Hvordan får skolehelsetjenesten kjennskap til problematikken
- Hvilken organisasjon tar kontakt
- Finnes det en kontaktperson

Informasjon om barnets situasjon

- Hvilken informasjon gis (familieforhold, sykdom, varighet, nettverk)
- Hvilken informasjon gis om barnet
- Gis det informasjon om hvilke instanser som kan kjennskap til problematikken
- Gis det nok informasjon

Åpenhet /lukkethet om sykdommen

- Har du inntrykk av at barnet vet hva som feiler mor eller far?
- Vet du hvordan har de fått informasjonen- hvem har snakket med dem
- Hvor mye vet omgivelsene om sykdommen (familie, venner, naboer, lærer, spesialpedagog)

Taushetsplikt

- Hvis Per på 12 år ut i en samtale forteller at han har en mor som drikker, at dette gjør han engstelig, men at ingen vet om problematikken. Finnes det noen retningslinjer i forhold til hva som kan gjøres?

- Vet du om f. eks lærere/spesialpedagog er opplært fra skolen/utdanning til å se etter tegn på at barnet kan ha vanskelige hjemmeforhold
- Opplever du at signalene tas på alvor
- I hvilken grad settes det i gang tiltak
- Hvem kontaktes
- Hvordan innvirker taushetsplikten inn på muligheten for tverrfaglige samarbeid
- Gis det mulighet for å omgå taushetsplikten

Mulighet for tilrettelegging, oppfølging og støtte

- I hvilken grad har skolehelsetjenesten mulighet til å følge opp
- Hva tenker du at barnet trenger - hjelp/ samtale / mulighet til å klare seg selv
- Hvilken posisjon kan skolehelsetjenesten ha for barnet
- Hvilke tiltak iverksettes vanligvis
- Kan du fortelle om en sak hvor et barn har hatt denne problematikken der alt fungerte
- Hvem tok du kontakt med
- Hva snakker dere med barnet om
- Vet barnet/ungdommen om at det er andre som er i samme situasjon

Samarbeid med lærer og spesialpedagog og mulighet til innsyn

- Hvem samarbeides det med (Foreldre, lærer, spesialpedagog, barnevern, voksenpsykiatri, rusinstitusjon)
- Hvordan kommer samarbeidet i stand
- Gode/dårlig samarbeidserfaringer- kan du gi eksempler
- I hvilken grad gis lærere og spesialpedagoger innsyn i barnets utfordrende hjemmesituasjon?
- Gis det mulighet til samarbeid med f. eks spesialpedagog
- Hva kunne en spesialpedagog eventuelt kunne bidra med
- I hvilken grad benytter f. eks skolen helsesøster som en samtaleressurs for barnet?
- Har du noen erfaringer i forhold til denne type oppfølging?

Avsluttende del

- Er det noe du brenner inne med som vi ikke har kommet inn på tidligere...

Vedlegg 3 - Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

”Å se bakenfor atferdsvansker”

Bakgrunn og formål

Denne studien har som formål å undersøke hvilke utfordringer skolehelsetjenesten har i forhold til å støtte, hjelpe og tilrettelegge for barn som er pårørende av foreldre med psykiske vansker og rus-problematikk.

Jeg ønsker å undersøke ulike skolehelsetjenestens erfaringer i forhold til barn som pårørende. Utvalget vil bestå av utvalgte skolehelsetjenester i Oppland, fra både by og bygd for å få bredde i utvalget. Studien vil utgjøre min masteroppgave, som jeg skriver som student ved Høgskolen i Lillehammer. Ansatte ved Høgskolen i Lillehammer arbeider fortiden med et stort forskningsprosjekt om barn som vokser opp med psykisk syke eller rusmisbrukende foreldre, og mitt masteroppgavearbeid vil bli veiledet av forskere knyttet til dette prosjektet.

Hvorfor er det viktig at skolehelsetjenesten deltar i studien.

Deltagelse i denne studien er viktig og har stor betydning for å kunne hjelpe barn som er pårørende til foreldre med rusproblematikk og psykiske vansker til å få en bedre hverdag.

Skolehelsetjenesten som yrkesgruppe kommer i kontakt med alle barn som har psykososiale vansker. Skolehelsetjenesten er samtidig en viktig forebyggende tjeneste, som besitter viktig informasjon om hva som gjøres og hvilke utfordringer som finnes i forhold til å kunne tilrettelegge, støtte og hjelpe barn med vanskelige hjemmeforhold.

Hva innebærer deltagelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer et personlig intervju på ca. 1,5 time. Intervjuet vil bli tatt på lydbånd. Spørsmålene vil omhandle skolehelsetjenestens utfordringer i forhold til å støtte, tilrettelegge og hjelpe barn som pårørende.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som masterstudent og min veileder som vil ha tilgang til personopplysningene (alder, utdanning, stilling/stillingsandel, yrkeserfaring, fartstid i skolehelsetjenesten, e-postadresse, telefonnummer). Full tilgang til alle opplysninger som både navn og personopplysninger vil kun jeg som student ha. Navn på deltager vil umiddelbart registreres ved nummer.

Personopplysninger (navn) og opptak vil lagres atskilt. Koblingsnøkkelen vil lagres atskilt fra data. Deltageren vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Masteroppgaven skal etter planen avsluttes 15.september 2015. Alle personopplysninger (alder, utdanning, stilling/stillingsandel, yrkeserfaring, fartstid i skolehelsetjenesten, e-postadresse, telefonnummer) og opptak vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

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

Ta gjerne på e-post eller telefon hvis du har ytterligere spørsmål.

Masterstudent Anne-Turid M. Karlsrud, telefon: xxxxxxxx/ e-post: anneturid@karlsrud.info

Veileder Astrid Halså, telefon: 61 28 83 38 /e-post: astrid.halsa@hil.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Anne-Turid M. Karlsrud

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju

Sendes til:

Anne-Turid Karlsrud

xxxxxxxxxxxxxx

xxxxxx