

Hva gjør en helsesykepleier?

Helsesykepleie er mer enn vaksinasjon, støttesamtaler, veiing og måling. Det innebærer en helhetlig forståelse av barn, ungdommer, foreldre, familier og samfunn – og deres helse.

Runa Andersen

Helsesykepleier og universitetslektor
Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

Hilde Laholt

Helsesykepleier og førsteamanuensis
Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

Anne Clancy

Professor
Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

Helsesykepleier

Helsefremmende og forebyggende sykepleie

Undervisning

Fagutvikling

Sykepleien 2022;110(88781):e-88781
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.88781

Hovedbudskap

Mange helsesykepleiere har sikkert fått spørsmålet: Hva gjør egentlig en helsesykepleier? Svaret er ikke enkelt. Lover, forskrifter og veiledere «rammer inn» helsesykepleieryrket og arbeidsoppgavene, men yrket favner vidt og kan oppfattes som diffust. Helsesykepleieres arbeidsoppgaver kan være vanskelig å tydeliggjøre og avgrense.

Hensikten med denne fagartikkelen er å beskrive hva som kjennetegner helsesykepleieryrket som eget fagområde, samt belyse hvilke nødvendige forkunnskaper sykepleiere har for å videreutdanne seg og praktisere som helsesykepleiere.

Utgangspunktet for artikkelen er at det heldigvis er mange yrkesgrupper som ønsker å bidra i samarbeidet om barn, unge og deres familier. Men når flere ønsker å bidra, blir det enda viktigere å tydeliggjøre hva helsesykepleieryrket innebærer, og hva helsesykepleiere kan bidra med overfor barn, unge og deres familier i kommunehelsetjenesten (1).

Slik kan det bli klarere hvordan helsesykepleiere og andre yrkesgrupper som samarbeider om barn, unge og deres familier, kan utfylle hverandre.

Oppgavene følger barnet, familien og samfunnet

Helsesykepleieryrket har lang tradisjon i Norge. I 1947 ble helsesøsterutdanningen etablert (2). Siden da har yrket utviklet seg – i takt med samfunnet (3). Flere av de opprinnelige arbeidsoppgavene har blitt borte med tiden, noen har endret karakter, og flere har kommet til.

I etterkrigstiden var søkelyset på kontrollstasjoner for mor og barn, pirquetprøver, helseopplysning om hygiene, boforhold og sunn klesdrakt. I dag dreier det seg om foreldregrupper, koordinering og mer oppmerksomhet på psykososiale forhold, helseundervisning, grensesetting, søvnproblematikk, vold og omsorgssvikt (2, 4, 5).

«Jobben gjøres som regel på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten eller på helsestasjon for ungdom (HFU).»

Hensikten er ikke å formidle at helsesykepleiere, i kraft av sin tradisjon, har krav på disse arbeidsoppgavene, men å synliggjøre at arbeidsfeltet og oppgavene stadig endres og utvides. Derfor kan det noen ganger være vanskelig å definere oppgavene, og flere av dem kan oppfattes som usynlige (1).

Svaret på hva helsesykepleiere egentlig gjør, kan bære preg av at vi famler oss litt frem gjennom sykdomsforebygging, helsefremming, barn, unge og familier. Jobben gjøres som regel på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten eller på helsestasjon for ungdom (HFU). Det er altså mer enn veiing, måling og vaksinasjon. Men hva betyr det?

De fleste har vært hos en helsesykepleier

De fleste har hatt med en helsesykepleier å gjøre: da man var nyfødt, da man fikk sin første vaksine, da man var lei av skolen, da man ble så forelsket at man hadde vondt i magen, da man fikk klamydia, den gangen man fikk spiral, eller da man ble forelder for første – og andre – gang.

Spør vi et barn hva en helsesykepleier jobber med, er svaret ofte «sprøyter». Ungdommer svarer muligens at helsesykepleiere er på skolen for å snakke om mensen og seksualitet, og en ung voksen vil kanskje svare at helsesykepleiere driver med klamydiatesting.

Læreren svarer kanskje at helsesykepleiere snakker med barn som trenger det, mens trebarnsmoren forteller om kontroll av barnets vekst og utvikling. Sykepleiere velger videreutdanning til helsesykepleier for å få mulighet til å jobbe med barn og unge og helsefremming og forebygging fremfor behandling (6).

Arbeidsoppgavene er omfattende og varierte

En helsesykepleier er en autorisert sykepleier med videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres familier (7). Helsesykepleiere jobber som regel på helsestasjonen (0–5 år), i skolehelsetjenesten (6–20 år) og på HFU (16–25 år).

Arbeidet er variert og omfattende. I dag innebærer det alt fra detaljerte helseundersøkelser av barn, amme- og kostholdsveiledning, smittevernarbeid, vaksinerings, seksualitetsundervisning, prevensjonsveiledning og -forskrivning til helsesamtaler, omsorg og støtte til barn, unge og deres foreldre om små og store utfordringer i livet (8).

Arbeidet utføres individuelt, gruppebasert og på system- og samfunnsnivå (7). Fellesnevnerne for arbeidsoppgavene er 1) sykepleiefaget som grunnfundament, 2) helsefremming og sykdomsforebygging, og 3) at de rettes mot barn, unge og familier.

Arbeidet er helsefremmende og sykdomsforebyggende

Personene helsesykepleiere møter, vil kanskje ikke kjenne seg igjen i å bli omtalt som «pasient» på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten eller på HFU. «Alle» går til en helsesykepleier. Det er gratis og finnes i alle kommuner (9, 10).

Helsesykepleieres arbeid er helsefremmende og sykdomsforebyggende (8). I motsetning til behandling og pleie preges ikke helsefremming og sykdomsforebygging av raske løsninger (2). Helsesykepleieres tilnærming er ofte veiledning.

Da er det avgjørende å være en god lytter og formidle helsekunnskap på en forståelig måte til rett tidspunkt. Uansett innebærer det at det er personen helsesykepleieren har foran seg, som er utgangspunktet, og som tar avgjørelsen om veien videre.

Helsesykepleiere skal bidra til mestring

Helsefremming handler om å bidra til at mennesker håndterer hverdagens krav, og opplever å ha god livskvalitet. Beskyttelsesfaktorer og menneskers ressurser er i fokus. Alle har ulike utfordringer. Helsefremming handler om å sette søkelys på det som gjør at vi håndterer hverdagen (11).

En viktig del av helsesykepleie er å bidra til mestring. Som helsesykepleier har man ansvar for å fremme for eksempel mestring av foreldrerollen samt fysisk, psykisk og sosial utvikling og helse hos barn og unge (8).

«Helsefremming handler om å sette søkelys på det som gjør at vi håndterer hverdagen.»

Forebygging handler om å se konsekvensene før de inntreffer og gripe inn i prosesser slik at de ikke får utvikle seg til problemer – på både individ- og samfunnsnivå. Det dreier seg om å oppdage risikofaktorer (11).

Helsesykepleiere forebygger blant annet vold, omsorgssvikt, karies, søvnvansker, ulykker og uønskede svangerskap (8). I tillegg har de et spesielt ansvar for å forebygge infeksjonssykdommer gjennom barnevaksinasjonsprogrammet (10, 12).

Helsesykepleiere kan rekvirere vaksiner til barnevaksinasjonsprogrammet (13) og har ansvar for at alle barn får informasjon og tilbud om vaksinene (10, 12).

Det er viktig å ha oversikt over barn og unges helse

Helsesykepleiere bidrar i kommunens folkehelsearbeid og har en sentral posisjon i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid på samfunnsnivå (9, 10).

Det innebærer at de skal ha oversikt over helsen til barn og unge i kommunen samt kunnskap om risikofaktorer og helsefremmende faktorer som kan påvirke den (10).

Eksempelvis kan helsesykepleiere spille en viktig rolle i saker som angår barn, unge og deres familier, ved å gi informasjon til politikere og beslutningstakere. En slik posisjon krever blant annet at helsesykepleieren gjør seg synlig (14) og involverer seg. På den måten kan han eller hun fungere som en representant for barn, unge og familier i formidling av barnets beste.

Forebygging er grunnleggende

Sykepleierutdanningen er grunnlaget det bygges videre på for å bli helsesykepleier (7). Gjennom undervisning, ferdighetstrening og omfattende praksisstudier i kommune- og spesialisthelsetjenesten lærer sykepleiere å tenke på forebygging.

Florence Nightingale mente at forebygging er noe av det viktigste sykepleiere gjør (4). Å bli sykepleier handler blant annet om å lære seg å vurdere hva som skal til for å unngå noe og være i forkant. Det er viktig kunnskap å bygge videre på når man skal bli helsesykepleier.

Sykepleiere har inngående biomedisinsk kunnskap om anatomi, sykdom, smitterisiko og infeksjonsforebyggende tiltak. De har også kunnskap om barn og unges normale utvikling og særegne behov (15).

«I forebygging er det avgjørende med kunnskap om hvorfor noe går galt.»

Det er en del av betydningsfull grunnkunnskap i videreutdanning til et yrke som blant annet innebærer helseundersøkelser av spedbarn, syns- og hørselsundersøkelser, seksualanamnese, smitteoppsporing, injeksjoner, lokalbedøvelse, prevensjonsveiledning og -forskrivning, innsetting av P-stav og spiral samt å vurdere hva målinger av barn og unge betyr (8).

Ansvar for barnevaksinasjonsprogrammet krever kunnskap om immunitet, immunforsvaret, sykdommene det vaksineres mot, og virkninger av vaksiner.

I forebygging er det avgjørende med kunnskap om hvorfor noe går galt ettersom det handler om å hindre negative prosesser i å utvikle seg (11). Det nytter ikke å skulle forebygge diabetes hvis man ikke kjenner fysiologien bak sykdommen.

Også friske mennesker kan ha behov for omsorg

Teorier om sykepleie, eller sykepleiefaglig grunnlagstenkning, handler ofte om å ivareta de som ikke kan ta vare på seg selv, og som har behov for støtte til egenomsorg. Det handler også om støtte til mennesker som ikke er selvhjulpne, eller som opplever lidelse, tap eller sykdom (16).

Selv om personene helsesykepleieren har foran seg, vanligvis er friske, kan det være barn, unge og familier som er i en sårbar posisjon, og som kan ha behov for omsorg.

Sykepleiefaglig grunnlagstenkning og teorier om hva som er omsorg i sykepleie, kan dermed ha stor betydning som støtte i refleksjon over og bidrag til å tydeliggjøre sykepleierrollen (17).

Helsesykepleie er et selvstendig yrke

Helsesykepleie er et selvstendig yrke. Man jobber mye alene og må kunne stole på seg selv. Yrket krever evne til å lytte og skape tillit samt etisk, juridisk og faglig refleksjon og skjønnsutøvelse. Sykepleierutdanningen legger grunnlaget for disse evnene.

Som sykepleier møter man mennesker i alle faser av livet. Yrket er mangefasettert – fra å ivareta for tidlig fødte og alvorlig syke og døende til cellegift, tunge løft, en spasertur i korridoren, hjerte-lunge-redning, en hånd å holde i, oppmuntrende ord, formidling av ubegripelige budskap, sårskift, raske vurderinger og lange drøftinger om videre forløp.

Man kan jobbe selvstendig også uten denne erfaringen, men det synliggjør hva grunnfundamentet som sykepleier kan bety når man, ofte alene, må vurdere hvordan man går frem hvis hodeomkretsen til en baby krysser for mange prosentiler fra forrige måling, eller hvis en tre måneder gammel baby får hvesende pust og redusert kontaktevne like etter vaksinerings.

Det gjelder også når man legger frem budskapet til foreldre om at tenårings deres skader seg, eller når en kvinne besvimer på den gynekologiske benken.

Samarbeidsevner er nødvendig

Helsesykepleie handler ikke om hindringer, men om omsorgen i mulighetene. Det er derfor verken behandling, rehabilitering eller miljøterapi. Helsesykepleie handler om å ha kompetanse til å vite, se det friske og normale, støtte både barn, unge og foreldre og sette i verk tiltak når det er behov for det.

Det er mer enn vaksinasjon, støttesamtaler og veiing og måling. Det handler om en helhetlig og kontinuerlig forståelse av barn, ungdommer, foreldre, familier og samfunn – og deres helse.

«Helsesykepleie handler ikke om hindringer, men om omsorgen i mulighetene.»

Helsesykepleie er et praktisk yrke som krever at man kan gjøre selvstendige, systematiske kliniske vurderinger, prioriteringer og beslutninger (7). Yrket krever også samarbeidsevne og at man kan samhandle med ulike yrkesgrupper (7, 8).

Både helsestasjonen, skolehelsetjenesten og HFU styrkes ved å være tverrfaglige. Helsesykepleiere må samarbeide med både leger, fysioterapeuter, miljøterapeuter, vernepleiere, tannpleiere, barnevernspedagoger, psykiatriske sykepleiere og psykologer (8).

Gjennom samarbeid kan vi utfylle hverandre, men fordi vi ikke har samme utdanning og kompetanse, kan vi ikke erstatte hverandre.

Begrensede ressurser kan hindre tjenesteutvikling

Helsestasjonen, skolehelsetjenesten og HFU får ofte begrensede ressurser, og det kan hindre utvikling av tjenestene (5). Det mangler 2000 helsesykepleiere i Norge, og rekruttering til yrket er utfordrende (6).

Svaret på rekrutteringsutfordringer og behov for flere helsesykepleiere er ikke å tette hullene med andre, liknende yrkesgrupper, men å utdanne flere, gi konkurransedyktig lønn for å beholde helsesykepleierne og satse på deres kompetanse og mastergradsutdanning.

Det er viktig å forske på helsesykepleiernes fagområde, og de må ha en tydelig stemme i forskningen. Alle barn, unge og familier har rett på lett tilgjengelig helsetjeneste av god kvalitet.

Med kompetanse om helsefremmende og forebyggende arbeid kan helsesykepleiere tilby kontinuerlig helseoppfølging av barn, unge og deres familier.

Referanser

1. Clancy A. A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Nursing Review*. 2007;54(2):197–203. DOI: [10.1111/j.1466-7657.2007.00519.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00519.x)
2. Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
3. Clancy A. Fra helsesøster til helsesykepleier: Kjernen i skjønnsutøvelsen. I: Dahl BM, red. *Helsesykepleier: en grunnbok*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 155–70.
4. Kvarme LG. Helsesøstertjenestens historiske utvikling. I: Dahl BM, red. *Helsesykepleie – en grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 21–37.
5. Mæland JG. *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
6. Lassemo E, Melby L. Rapport. Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Status, utvikling og behov. Trondheim: SINTEF; 2020. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2020_01346_rapport-part-1---signert.pdf (nedlastet 17.12.2021).

7. Forskrift 9. april 2021 nr. 1146 om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-04-09-1146> (nedlastet 14.12.2021).
8. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 07.10.2021).
9. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 10.10.2021).
10. Forskrift 19. oktober 2018 nr. 1584 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584> (nedlastet 07.10.2021).
11. Garsjø O. Forebyggende og helsefremmende arbeid: fra individ- til systemorientert tenkning og praksis. Oslo: Gyldendal; 2018.
12. Forskrift 2. oktober 2009 nr. 1229 om nasjonalt vaksinasjonsprogram. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-10-02-1229> (nedlastet 14.12.2021).
13. Forskrift 18. november 1987 nr. 1153 om legemiddelforsyningen m.v. i den kommunale helsetjeneste (forskrift om legemiddelforsyningen mv.). Oslo: Sosialdepartementet; 1998. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/1987-11-18-1153> (nedlastet 14.12.2021).
14. Clancy A, Svensson T. Perceptions of public health nursing practice by municipal health officials in Norway. *Public Health Nursing*. 2009;26(5):412-20. DOI: [10.1111/j.1525-1446.2009.00799.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2009.00799.x)
15. Forskrift 1. april 2005 nr. 15 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (nedlastet 14.12.2021).
16. Kristoffersen NJ. Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I: Kristoffersen NJ, Skaug E-A, Steindal SA, Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie – fag og profesjon. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2021. s. 225-87.

17. Laholt H, Bergvoll LM, Fjelldal SS, Clancy A. An analysis of Norwegian public health nursing curricula: where is the nursing literature? Public Health Nurs. 2021;39(1):251–61. DOI: [10.1111/phn.12979](https://doi.org/10.1111/phn.12979)

FORSKNING

Denne artikkelen finnes også i engelsk utgave. Publiserings dato: 08.03.2022

Covid-19: Kontakt med helsesykepleier i skolehelsetjenesten under første nedstengning – en tverrsnittsstudie

Covid-19

Skolehelsetjenesten

Helsesykepleier

Ungdom

Regresjonsanalyse

I mars 2020 ble Norge rammet av covid-19-pandemien, og 13. mars 2020 ble alle skolene stengt. Nedstengningen varte i nesten to måneder. Restriksjoner ble innført, noe som påvirket ungdommenes dagligliv. De fikk begrensninger i fritidstilbud og sosial kontakt med venner og andre. Anbefalingene fra helsemyndighetene var å begrense antallet nærkontakter og holde avstand innendørs (1). Disse tiltakene medførte at ungdommenes måter å leve på i stor grad ble endret.

Under covid-19-pandemien rapportere ungdommer om lavere livstilfredsstillelse (2). I samme periode rapporterte barn og ungdommer fra 3.–10. klasse i Danmark at en av fem følte seg ensomme. I underkant at halvparten rapporterte at de ikke følte seg glade (3). Ensomhet og sosial isolasjon blant unge kan være en risiko for å utvikle psykiske helseplager (4).

Fysisk tilstedeværelse på skolen er viktig for ungdom som sliter med psykiske helseplager. Da skolen ble stengt, mistet de dette faste holdepunktet i tilværelsen (5). Ungdom som var fysisk sammen med venner under covid-19-pandemien, rapporterte om færre symptomer på psykiske helseplager, og de var mindre ensomme (6).

En studie påpeker at det å ha kontakt med færre venner under en nedstengning ikke var assosiert med negativ livskvalitet. Den samme studien viser derimot at ungdommer som var i karantene eller isolert, rapporterte at livskvaliteten var påvirket negativt (7). Ungdommer som var pålagt isolasjon, var i økende grad utsatt for å få psykiske helseplager som depresjon og angst. Disse plagene økte jo lenger isolasjonen pågikk (4).

Stengte skoler og strenge tiltak skapte en annerledes hverdag. Flere ungdommer opplevde utfordringer og bekymringer knyttet til pandemien. Ungdommene delte disse bekymringene i hovedsak med familie og venner, men også med lærere og helsepersonell (8). Helsepsykeleieren i skolehelsetjenesten kan være en naturlig person å dele disse bekymringene med (9).

Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud som skal være lett tilgjengelig for ungdom. På flere skoler er helsepsykeleieren den eneste profesjonen i skolehelsetjenesten. Skolehelsetjenesten er den første helsetjenesten ungdommen kan oppsøke på eget initiativ. Formålet med skolehelsetjenesten er blant annet å fremme fysisk og psykisk helse, sikre gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader (10).

Ungdom tar kontakt med skolehelsetjenesten av ulike grunner – det kan være fysiske skader eller sykdommer, psykiske plager, mobbing og krancling mellom foreldre (11). Jenter oppsøker tjenesten oftere enn gutter (11, 12). Før pandemien viste Ungdata-undersøkelsen 2019 at 39 prosent av ungdomsskoleelevene oppsøkte en helsepsykeleier i skolehelsetjenesten (13).

Samtidig med at skolene stengte, skjedde det også endringer i skolehelsetjenestene. Flere av helsepsykeleierne ble omdisponert til smittesporing, som medførte mindre kapasitet i skolehelsetjenesten og at de var mindre tilgjengelig for ungdommen. Flere skolehelsetjenester og helsestasjoner for ungdom var stengt i denne perioden (14).

Vi vet at koronapandemien har påvirket ungdommene, og at ungdommer rapporterer at hverdagen deres ble endret under pandemien, spesielt da skolene stengte (2, 3). Derimot vet vi ikke så mye om ungdommers kontakt med helsepsykeleierne i skolehelsetjenesten under en pandemi.

Med utgangspunkt i dette ønsket vi å se på ungdommers bekymringer og utfordringer under første nedstengning samt sannsynligheten for at de tok kontakt med en helsesykepleier i skolehelsetjenesten. Vi så også på i hvilken grad gutter og jenter var i kontakt med en helsesykepleier i skolehelsetjenesten, og hvorvidt de hadde fått informasjon om hvordan de kunne komme i kontakt med en helsesykepleier når skolene var stengt.

Metode

Design og setting

Denne undersøkelsen analyserte data fra den elektroniske tverrsnittstudien Ungdom i koronatiden i Innlandet og Viken, som ble gjennomført under første nedstengning våren 2020 i regi av Kompetansesenter rus – region øst (KoRus-Øst). KoRus-Øst dekker 79 kommuner i Innlandet og Viken (15). Undersøkelsen ble gjennomført i perioden 6.–31. mai 2020 blant ungdomsskoleelever i Innlandet og deler av Viken.

Spørreskjema

Spørreskjemaet er en adaptert versjon av Velferdsforskningsinstituttet NOVA's spørreskjema Oslo-ungdom i koronatiden (16). Spørreskjemaet ble i store deler basert på Ungdata-undersøkelsen (17), hvor skoleelever over hele landet svarer på spørsmål om hvordan de har det, og hva de driver med på fritiden.

Spørreskjemaet ble supplert med spørsmål fra KoRus-Øst om hvordan koronasituasjonen hadde påvirket ungdommenes liv, hvordan de hadde hatt det, hvordan samværet med venner og familie hadde vært, hva de drev med på fritiden, og hvordan hjemmeundervisningen fungerte. I og med at KoRus-Øst har et nasjonalt ansvar for å kartlegge problematisk spilling, ble det stilt spørsmål om dataspill, bruk av sosiale medier, skjermbruk og pengespill.

Til sammen inneholdt den elektroniske undersøkelsen 52 spørsmål, og det ble ikke stilt spørsmål som oppfattes som så sensitive at man må ha spesiell godkjenning. Spørsmålene ble formulert slik at det var mulig å svare i en hjemmeskolesituasjon og på skolen da den gradvis åpnet igjen.

Spørreskjemaet inneholdt kun svaralternativer til avkrysning. KoRus-Øst innhentet data via Questback. Det tok omtrent 20 minutter å svare på undersøkelsen, og det var valgfritt å delta.

Utvalg og rekruttering

Undersøkelsen var rettet mot alle ungdomsskoleelevene på 8.–10. trinn, cirka 11 950 ungdommer fra KoRus-Østs ansvarsregioner. Det var opp til hver enkelt kommune om de ønsket å delta. KoRus-Øst sendte en e-post med informasjon om undersøkelsen til sine kontaktpersoner i kommunene. Det var hovedsakelig SLT (Samordning av lokale rus og kriminalitetsforebyggende tiltak), koordinatorene, oppvekstsjefer og pedagogiske rådgivere. Kontaktpersonene ble telefonisk fulgt opp etter et par dager.

De 33 kommunene som ønsket å delta, fikk tilsendt en lenke til undersøkelsen. Det var kontaktpersonens ansvar å distribuere lenken til rektorene, som igjen distribuerte dem til lærerne. I forkant av undersøkelsen fikk ungdommene og de foresatte tilsendt informasjon om studien av en lærer. Vi inkluderte svar fra 3347 ungdommer i studien.

Variabler

Bekymringer og utfordringer under første nedstengning

For å måle utfordringer og bekymringer på grunn av pandemien spurte vi hvor bekymret de er for at de selv skal bli syk av koronaviruset, for at venner eller noen i familien skal bli syk av koronaviruset, og for at de skal smitte andre med koronaviruset. Svaralternativene var en skala fra 1 («ikke bekymret i det hele tatt») til 4 («veldig bekymret»).

På grunn av analyser ble variablene dikotomisert til «ikke bekymret» versus «litt, ganske og veldig bekymret». Ungdommene ble også spurt om hvorvidt det har vært mer eller mindre kranling i familien etter at koronapandemien startet, med 5 svaralternativer fra «mye mindre enn før» til «mye mer enn før», og om noen av foreldrene eller de foresatte har mistet jobben eller blitt permittert.

Videre fikk de både spørsmål om hvorvidt pandemien har påvirket livet deres i negativ retning, og om den har påvirket livet i positiv retning. Svaralternativene var en skala fra 1 («ja, veldig mye») til 5 («nei, ikke i det hele tatt»). Variablene ble dikotomisert til ja («ja, veldig mye», «ja, litt mye», «ja, en del») og nei («nei, ikke i det hele tatt»).

Bruk av hjelpetilbud under første nedstengning

Ungdommene ble spurt om de hadde vært i kontakt med skolens helsesykepleier mens skolen var stengt, og om de hadde tatt kontakt med en hjelpetelefon eller chat, med svaralternativene «ja», «nei», «nei, men har vurdert det».

Videre ble de spurt om de hadde fått informasjon om hvordan de kan komme i kontakt med skolens helsesykepleier, med svaralternativene «ja», «nei», «husker ikke / nei, men har vurdert det». På grunn av logistisk regresjon ble denne variabelen dikotomisert til ja («ja») og nei («nei», «vet ikke / husker ikke»).

Analyser

Vi analyserte datamaterialet i IBM SPSS Statistics 26. Alle variablene ble analysert deskriptivt, og vi kjørte krysskoplinger med kjikvadrattest, henholdsvis Fishers eksakte test, for å teste kjønnsforskjeller.

Videre gjennomførte vi både univariate og multivariate logistiske regresjonsanalyser med «kontakt med skolens helsesykepleier» som avhengig variabel, og hver av følgende variabler som uavhengig: kjønn, krangling i familien, ulike bekymringer og informasjon om skolehelsetjenesten. Kategoriske variabler ble kodet som dummyvariabler.

Etikk

Undersøkelsen var anonymisert, og det var ikke mulig å identifisere enkeltpersoners svar eller hvem som deltok i undersøkelsen. Vi benyttet verktøyet Questback i anonym modus, slik at det ikke var mulig å spore IP-adressen. Alle personvern hensyn ble ivaretatt. Ungdommene bestemte selv om de ville delta, men foresatte til ungdommer under 18 år kunne reservere disse fra å delta. Foresatte som ikke ønsket at barnet deres skulle delta, måtte be ungdommen om å avstå fra å delta, eller de kunne ta kontakt med kontaktlæreren.

Hvis noen ønsket å snakke om undersøkelsen etterpå, kunne de ta kontakt med en voksen de var trygge på, eller en hjelpetjeneste. Ingen personopplysninger ble innhentet. For å ivareta anonymiteten spurte vi kun etter kjønn og kommune. Personvernombudet i Sykehuset Innlandet HF vurderte at prosjektet behandlet anonyme opplysninger, slik at det falt utenfor lovverket for personvern (saksnummer 14156583).

Resultater

Tabell 1 viser at 74,9 prosent av ungdommene oppga at pandemien har påvirket livene deres i positiv retning, mens 68 prosent oppga at det hadde påvirket i negativ retning. Det var mulig å svare på begge spørsmålene.

Cirka 16 prosent flere jenter enn gutter oppga negativ retning. Halvparten av jentene var bekymret for å bli smittet av covid-19, mens bare 30 prosent av guttene var det. Majoriteten av både gutter og jenter (89,3 prosent) var bekymret for å smitte andre.

Av alle jentene var 83,9 prosent bekymret for å skulle smitte andre, mens 62,3 prosent av alle guttene var det. En av fem (20 prosent) svarte at en forelder eller begge foreldrene hadde blitt permittert eller mistet jobben på grunn av forhold knyttet til pandemien. Det var omtrent samme fordeling på begge kjønnene.

Av ungdommene mente 51 prosent at det hadde vært omtrent like mye krangling i familien i perioden som skolene var stengt, som før pandemien. Flere jenter (27,6 prosent) enn gutter (22,3 prosent) rapporterte at det hadde vært mer krangling i familien under nedstengningen.

Tabell 1. Bekymringer og utfordringer under første nedstengning

Spørsmål	Jenter n (%)	Gutter n (%)	Totalt n (%)	p-verdi
Har koronapandemien påvirket livet ditt i negativ retning?				<0,001*
Nei	423 (24,3)	621 (40,8)	1044 (32)	
Ja	1320 (75,7)	901 (59,2)	2221 (68)	
Har koronapandemien påvirket livet ditt i positiv retning?				<0,001*
Nei	367 (21,1)	449 (29,6)	816 (25,1)	
Ja	1372 (78,9)	1067 (70,4)	2439 (74,9)	
Hvor bekymret er du for at ... du selv skal bli syk av koronaviruset?				<0,001*
Ikke bekymret	862 (49,5)	1053 (69,6)	1915 (58,8)	
Litt – ganske bekymret	879 (50,5)	461 (30,4)	1340 (41,2)	
... du skal smitte andre med koronaviruset?				<0,001*
Ikke bekymret	280 (16,1)	478 (37,7)	758 (23,4)	
Litt – ganske bekymret	1454 (83,9)	1031 (62,3)	2485 (76,6)	
... venner eller noen i familien din skal bli syk av koronaviruset?				<0,001*
Ikke bekymret	115 (6,6)	232 (15,3)	347 (10,7)	
Litt – ganske bekymret	1620 (93,4)	1280 (84,7)	2900 (89,3)	
Har noen av dine foreldre/foresatte mistet jobben eller blitt permittert på grunn av koronapandemien?				0,035*
Ja, begge	44 (2,5)	37 (2,5)	81 (2,5)	
Ja, en av dem	330 (19,1)	236 (15,6)	566 (17,5)	
Nei	1358 (78,4)	1237 (81,9)	2595 (80,0)	
Har det vært mer eller mindre krancling i familien din i perioden som skolene var stengt?				0,001**
Mye mindre	167 (9,7)	186 (12,4)	353 (10,9)	
Litt mindre	208 (12,1)	192 (12,8)	400 (12,4)	
Som før	873 (50,6)	786 (52,5)	1659 (51,5)	

Litt mer	355 (12,1)	269 (18,0)	624 (19,4)
Mye mer	123 (9,7)	65 (4,3)	188 (5,8)

**Kjikkvadrattest **Fishers eksakte test*

Laget med Datawrapper

På spørsmålet om hvorvidt ungdommene hadde kontaktet en hjelpetelefon eller chat den siste måneden da skolene var stengt ned, svarte 2,8 prosent «ja», mens 5,3 prosent svarte at de hadde vurdert det. Signifikant flere jenter enn gutter hadde vurdert det.

På spørsmålet om de hadde vært i kontakt med en helsesykepleier i løpet av den siste måneden under første nedstengning, svarte 6,7 prosent ja, mens 3,2 prosent kun hadde vurdert det. Dobbelt så mange jenter som gutter svarte ja på dette spørsmålet.

Samtidig anga 41,5 prosent av ungdommene at de hadde fått informasjon om hvordan de kunne komme i kontakt med helsesykepleier, 36,3 prosent rapporterte «nei», mens 22,2 prosent svarte «vet ikke / husker ikke». Tabell 2 viser bruken av hjelpetilbud fordelt på kjønn.

Tabell 2. Bruk av hjelpetilbud

Spørsmål	Jenter n (%)	Gutter n (%)	Totalt n (%)	p-verdi
Har du den siste måneden tatt kontakt med en hjelpetelefon/chat				<0,001*
Ja	52 (3)	35 (2,3)	87 (2,7)	
Nei	1547 (89,7)	1413 (94,8)	2960 (92,1)	
Nei, men har vurdert det	125 (7,3)	42 (2,8)	167 (5,2)	
Har du den siste måneden vært i kontakt med skolens helsesykepleier				<0,001*
Ja	146 (8,5)	64 (4,3)	210 (6,5)	
Nei	1503 (87,2)	1398 (94)	2901 (90,3)	
Nei, men har vurdert det	75 (4,4)	26 (1,7)	101 (3,1)	
Har du fått informasjon om hvordan du kan komme i kontakt med skolens helsesykepleier mens skolen har vært stengt?				<0,001*
Ja	814 (47,2)	520 (35)	1334 (41,5)	
Nei	569 (33)	595 (40)	1164 (36,3)	
Nei, men har vurdert det	341 (19,8)	371 (25)	713 (22,2)	

*Kjikkvadrattest

Laget med Datawrapper

Den ujusterte logistiske regresjonsmodellen (tabell 3, modell 1) understreker de deskriptive analysene: Det var større sannsynlighet for at jenter tok kontakt med skolens helsesykepleier enn gutter (odds ratio [OR] = 2,06, 95 prosent konfidensintervall [KI]: 1,52–2,79). Mer krangling i familien under første nedstengning var assosiert med høyere odds for å ta kontakt med skolens helsesykepleier (OR = 1,20, 95 prosent KI: 1,04–1,39).

Når vi sammenliknet ungdommer som rapporterte at de hadde vært litt til ganske bekymret for å smitte andre, og de som ikke hadde vært bekymret, hadde sistnevnte høyere odds for å ha benyttet helsesykepleier i skolehelsetjenesten under første nedstengning (OR = 1,48, 95 prosent KI: 1,09–1,99). Den justerte modellen (tabell 3, modell 2) viser høyere odds for jenter til å ta kontakt med en helsesykepleier i skolehelsetjenesten.

Ungdommer som ikke var bekymret for å smitte andre, hadde høyere odds for å ta kontakt med helsesykepleieren, mens for krancling i familien ble oddsen mindre, men ikke statistisk signifikant. Tabellen viser at oddsratioene forandret seg relativt lite da vi sammenliknet enkle med multiple analyser, der variabler som kjønn, bekymringer og krancling i familien ble integrert.

Tabell 3. Logistiske regresjonsmodeller med «Kontakt med skolens helsesykepleier» som avhengig variabel

	Modell 1, odds ratio (95 % konf.*)	p-verdi	Modell 2, odds ratio (95 % konf.*)	p-verdi1
Kjønn (ref.** gutt)	2,06 (1,52–2,79)	0,000***	2,11 (1,53–2,91)	0,000***
Krancling i familien****	1,20 (1,04–1,39)	0,012***	1,16 (1,00–1,37)	0.053
Bekymret for selv å bli syk (ref.** Litt – ganske bekymret)	0,77 (0,59–1,02)	0.068	0,71 (0,52–0,98)	0,037***
Bekymret for å smitte andre (ref.** Litt – ganske bekymret)	1,48 (1,09–1,99)	0,011***	2,19 (1,52–3,15)	0,000***
Bekymret for at familie/venner skal bli syke (ref.** Litt – ganske bekymret)	0,95 (0,61–1,48)	0.818	0,82 (0,48–1,37)	0.442

Modell 1: Ujustert

Modell 2: Justert for kjønn, krancling i familien, bekymringer

**konfidensintervall*

***ref. = referansekategori (i referanse til)*

****p < 0,05*

*****Skala 1 (mye mindre enn før) til 5 (mye mer enn før)*

Laget med Datawrapper

Diskusjon

Hvordan påvirket pandemien ungdommene?

I denne undersøkelsen rapporterte ungdommene at pandemien påvirket livene deres. Flere ungdommer mente at nedstengningen påvirket livene deres i en positiv retning. En grunn til dette kan være at mange opplevde det som fint å tilbringe mer tid sammen med familien. Dette funnet samsvarer med en undersøkelse av ungdom i Oslo, der de mente at pandemien påvirket livene deres positivt siden de fikk mer fri, og de kunne gjøre mer sammen med familien (16).

«Flere ungdommer mente at nedstengningen påvirket livene deres i en positiv retning.»

En internasjonal studie rapporterer at ungdommene fikk bedre tid til å gjøre hyggeligere ting under pandemien. De brukte mer tid på data, hadde roligere dager da skolen var stengt, de slappet mer av og sov bedre (18).

En annen studie viser at ungdommene fikk mer ro og konsentrasjon til å gjøre skolearbeid. Normalt er ungdom opptatt med fritidsaktiviteter og venner ved siden av å prestere godt på skolen, så for dem ble det en kjærkommen pause og mulighet til å konsentrere seg om skolearbeid. Samme studie viser også at ungdommer som strever sosialt, eller som har angst, fikk en bedre hverdag da skolen stengte (19).

En femtedel av ungdommene rapporterte at en forelder eller begge foreldrene hadde blitt permittert eller mistet jobben. Det at foreldrene ble permittert eller mistet jobben, og også anbefaling eller påbud om hjemmekontor, førte til at mange voksne var mer hjemme da skolene var stengt.

Videre viser våre resultater at halvparten av ungdommene ikke rapporterte om mer krangling enn ellers, noe som kan ha bidratt til at pandemien ikke påvirket livene deres entydig i negativ eller positiv retning. Derimot var det en andel ungdommer som rapporterte første nedstengning som negativ, jenter i større grad enn gutter. En slik nedstengning kan påvirke ungdommenes livskvalitet. Denne forskjellen i kjønn stemmer overens med en tidligere studie som rapporterte at kjønn har betydning for livskvalitet, der jenter rapporterte om generelt dårligere livskvalitet enn gutter (20).

Under nedstengningen ble det innført flere strenge restriksjoner, blant annet det å omgås andre personer, noe som førte til at flere ungdommer følte seg ensomme (3). Ikke alle ungdommer lever i stabile familieforhold, der familien utgjør en trygg base. Tidligere studier viser at ungdom som opplever vold eller andre vanskeligheter i hjemmet, syntes det var vanskelig da skolen var stengt (21). Da omgikk de familien i større grad enn tidligere. Det kan være nærliggende å anta at disse ungdommene rapporterte at nedstengningen hadde en negativ virkning.

Hvis vi ser bare på jenter, rapporterte de i vår undersøkelse i signifikant større grad enn guttene om mer krangling i familien, noe som kan oppleves negativt. Dette funnet stemmer overens med tidligere studier, som viste at jenter rapporterer om familiekonflikt i større grad enn gutter (12).

Det kan være ulike grunner til økt krangling i familien. Det at flere familiemedlemmer går tett på hverandre over tid, kan være grobunn til konflikt. Flere internasjonale studier rapporterte om økende krangling i familiene, og at dette hadde en sammenheng med stressfaktorer under covid-19-pandemien (18, 22).

Bekymring rundt smitte

Denne undersøkelsen viste at ungdommer bekymret seg for smitte av covid-19. Jentene rapporterte om bekymringer i signifikant større grad enn guttene. Dette funnet samsvarer med tidligere studier som viser at jenter generelt bekymrer seg mer enn gutter (12, 23). Det at jenter bekymrer seg mer enn gutter, kan skyldes at jenter er mer sensitive for stress, noe som igjen kan føre til økt bekymring (23), og pandemien kan være en kilde til stress for ungdom.

«Jentene rapporterte om bekymringer i signifikant større grad enn guttene.»

Helsesykepleieren i skolehelsetjenesten er en person som ungdommene kan snakke med om sine bekymringer. Både forebygging av og opplysning om smittsomme sykdommer og smittevern er en viktig del av helsesykepleierens kompetanse. Denne kompetansen er viktig i møte med ungdom som er bekymret for å bli smittet eller smitte andre. Skolehelsetjenesten er underlagt lov om vern mot smittsomme sykdommer (10).

Ifølge Utdanningsdirektoratet skal helsesykepleieren være den på skolen som har smittevern faglig kompetanse (24). Denne kompetansen gjorde at helsesykepleierne ble omdisponert til blant annet å skulle jobbe med smittesporing eller informere på koronatelefonen under første nedstengning (25).

En kartlegging av 45 skolehelsetjenester viste at 64 prosent av dem hadde redusert kapasitet. Den samme kartleggingen viste at mellom 30 og 70 prosent av alle konsultasjoner eller møter ble avlyst i denne perioden (14). Ved å omdisponere helsesykepleiere og redusere tjenesten til ungdommen kan det gi et signal om at ungdommen ikke er så viktig.

Bruk av hjelpetilbud

I denne undersøkelsen ble ungdommene spurt om de hadde tatt kontakt med eller vurdert å ta kontakt med hjelpetelefon eller chat. Det var et fåtall som hadde tatt kontakt, mens flere hadde vurdert det – signifikant flere jenter enn gutter. Det kan skyldes at undersøkelsen ble gjennomført på et tidlig stadium i pandemien, da behovet for hjelpetelefon eller chat muligens ikke var så stort.

Undersøkelsen ble gjennomført i mai 2020. I den perioden lempet myndighetene litt på de strenge restriksjonene, og noen ungdomsskoler kunne åpne igjen. En annen påvirkende faktor kan være at ungdommer kviet seg for å benytte hjelpetelefon i frykt for at foreldrene skulle overhøre samtalen (26).

Samtidig var første nedstengning en fase i pandemien som var preget av mye usikkerhet og bekymring, og man kunne anta at ungdommene hadde behov for å snakke med noen og kontakte hjelpetjenesten.

«Over 90 prosent av ungdommene tok ikke kontakt med skolens helsesykepleier under første nedstengning.»

Vår undersøkelse viser at over 90 prosent av ungdommene ikke tok kontakt med skolens helsesykepleier under første nedstengning. En grunn kan være at de rett og slett ikke hadde behov for å bruke tjenesten i den tidsperioden. En annen grunn kan være at de ikke visste at de kunne ta kontakt med helsesykepleieren i skolehelsetjenesten selv om skolene var stengt. Mange skoler har ikke helsesykepleier til stede hver dag, noen jobber på flere skoler samtidig, mens andre jobber i reduserte stillinger (27).

Det kan også være en medvirkende årsak til at få ungdommer tok kontakt. Analysene viste at halvparten av ungdommene ikke hadde fått eller ikke husket om de hadde fått informasjon om hvordan de kunne komme i kontakt med en helsesykepleier. Dette funnet er i tråd med studien til Hafstad og Augusti, som viser at kun én av tre ungdommer oppga at de fikk vite hvordan de kunne ta kontakt med skolens helsesykepleier under første nedstengning (28).

I en unntakssituasjon som en pandemi kan det hende at ungdommene ikke var så mottakelige for informasjon om å ta kontakt med skolehelsetjenesten. I denne perioden var det mye informasjon om pandemien som ungdommene skulle forholde seg til, og det er av betydning hvordan informasjonen blir gitt. En studie viser at ungdommen fikk det meste av informasjonen om pandemien fra TV og familien, mens den mest brukte sosiale plattformen var Snapchat og Facebook (7).

Dersom helsesykepleieren informerer via en av disse plattformene, kan det være nærliggende å tro at det er lettere å nå ungdommen. En annen grunn kan være at det ble gitt for dårlig eller ingen informasjon, og at det var uavklart hvordan tjenesten skulle fungere under nedstengningen.

Regresjonsanalyser viser at det å være jente gir størst sannsynlighet for å ta kontakt med en helsesykepleier i skolehelsetjenesten under pandemien. Den samme tendensen har vist seg i tidligere studier (12, 29). Det kan skyldes at jenter er flinkere til å sette ord på sine bekymringer, og at de er mer åpne for å snakke med andre om det som plager dem. Ungdommer oppsøker helsesykepleieren av ulike grunner, og mange kommer impulsivt.

Skolehelsetjenestens tilgjengelighet er viktig og har innvirkning på hvorvidt ungdommene benytter tjenesten. Studier har påpekt hvor viktig det er at helsesykepleieren i skolehelsetjenesten er tilgjengelig og bokstavelig talt har en åpen dør, for at ungdommen skal bruke tjenesten (30). Ungdommer har tidligere uttrykt at de ønsker en helsesykepleier til stede hver dag, med drop-in-timer (31).

«At ungdommer som var bekymret for å smitte andre, i mindre grad oppsøkte en helsesykepleier, var et overraskende og uventet resultat.»

Da denne undersøkelsen ble gjennomført, var mange skolehelsetjenester stengt, og helsesykepleierens tilgjengelighet og synlighet var redusert. Det kan ha medvirket til at 87,2 prosent av jentene og 94 prosent av guttene ikke hadde vært i kontakt med en helsesykepleier under første nedstengning.

At ungdommer som var bekymret for å smitte andre, i mindre grad oppsøkte en helsesykepleier, var et overraskende og uventet resultat. Det samme gjelder andre bekymringer relatert til pandemien som ikke var statistisk signifikante når det gjelder bruk av helsesykepleier i skolehelsetjenesten.

Disse tolkningene har noen statistiske begrensninger siden majoriteten av ungdommene ikke tok kontakt med en helsesykepleier under første nedstengning. En mulig forklaring kan være at ungdommene generelt ikke var bevisst på tilbudet fra skolehelsetjenesten – altså at de kan ta kontakt med en helsesykepleier når de er bekymret og ikke har det så bra.

En annen forklaring kan være at helsesykepleieren var lite synlig i skolen. Synlighet og tilgjengelighet er viktig for at ungdommene skal ta kontakt. Helsesykepleierens synlighet varierer fra skole til skole, og det kan være opp til hver enkelt hvor synlige de er (12, 27).

En tidligere studie viser at ungdommene etterlyste mer synlighet fra helsesykepleierne – de ønsket at helsesykepleieren skal være mer til stede i friminuttene, i klasserommene samt ha et tilgjengelig kontor (31). Dersom ungdommene ikke visste hvordan de skulle komme i kontakt med helsesykepleieren før pandemien, vil terskelen for å ta kontakt under en pandemi antakelig være høyere, spesielt da skolene var stengt.

Metodologiske overveielser

Undersøkelsen ble sendt ut til alle kommunene i Innlandet og deler av Viken, og det var flere kommuner som ikke deltok. Lenken til undersøkelsen ble distribuert av lærere til elevene, og det var ikke mulig å finne ut om ungdommene svarte mens de hadde hjemmeundervisning, eller på fritiden. Sistnevnte kan minske responsraten. Svarene i undersøkelsen er selvrapportert, og det kan forekomme misforståelser i tolkningen av spørsmålene.

Denne studien sier noe om hvordan 3347 ungdommer rapporterte at de hadde det under første nedstengning, og generaliserbarheten kan diskuteres. Imidlertid er 3347 et høyt antall ungdommer, og nedstengningen av skoler og reduserte skolehelsetjenester var likt over hele landet.

Konklusjon

I denne undersøkelsen rapporterte ungdommene at første nedstengning av samfunnet påvirket livene deres både positivt og negativt. De bekymret seg for smitte, og de var mer bekymret for å smitte andre med covid-19 enn for å bli smittet selv. Det var få ungdommer som benyttet seg av hjelpetelefoner eller helsesykepleier i skolehelsetjenesten i denne perioden. Jenter kontaktet helsesykepleieren i større grad enn gutter.

Et fåtall hadde fått informasjon om at de kunne ta kontakt med helsesykepleieren i skolehelsetjenesten da skolene var stengt. I slike situasjoner er det viktig med god informasjon om hvordan helsesykepleieren kan nås, og i og hvilke situasjoner ungdommene kan oppsøke helsesykepleieren i skolehelsetjenesten. Det må framheves at terskelen for å ta kontakt skal være lav, også når skolene er stengt.

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- En pandemi påvirker ungdommen og kan oppleves utfordrende som følge av innføringen av strenge restriksjoner. Helsesykepleieren i skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud og kan ha en viktig støttefunksjon til ungdommer i vanskelige og uforutsigbare situasjoner i livet.
- Vi undersøkte hvordan pandemien påvirket livene til ungdommene samt deres bekymring for smitte under den første nedstengningen. Vi undersøkte også hvor mange ungdommer som tok kontakt med skolehelsetjenesten under første nedstengning.
- Denne studien viser at første nedstengning påvirket ungdommene både positivt og negativt. Videre peker studien på viktigheten av å gi elevene god informasjon om at skolens helsesykepleier er tilgjengelig også når skolen er stengt. Denne kunnskapen kan være essensiell for helsesykepleiere i skolehelsetjenesten og andre når de planlegger videre for fremtidige krisesituasjoner.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus> (nedlastet 30.04.2021).
2. Von Soest T, Bakken A, Pedersen W, Sletten MA. Livstilfredshet blant ungdom før og under covid-19-pandemien. Tidsskrift for Den norske legeforening. 16.06.2020. DOI: [10.4045/tidsskr.20.0437](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0437)
3. Qvortrup A, Qvortrup L, Wistoft K, Christensen J. Nødundervisning under corona-krisen – et elev- og forældreperspektiv. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2020.
4. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2020;59(11):1218–39. DOI: [10.1016/j.jaac.2020.05.009](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009)
5. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. The Lancet Child & Adolescent Health. 2020;4(6):421.
6. Bekkhus M, Soest TV, Fredriksen E. Psykisk helse hos ungdommer under covid-19. Om ensomhet, venner og sosiale medier. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2020;57(7):492–501.
7. Riiser K, Helseth S, Torbjørnsen A, Richardsen KR. Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. PLoS One. 2020;15(8):e0238161.
8. Unicef. Uten filter: Hva mener ungdom om myndighetenes håndtering av koronaviruset og smitteverntiltakene? Oslo: Unicef Norge; 2020. Tilgjengelig fra: https://www.unicef.no/sites/default/files/2020-12/Uten%20filter_Undom%20i%20Norge%20om%20koronatiltak_lavoppl%C3%B8st.pdf (nedlastet 30.03.2021).
9. Potrebny T, Wiium N, Haugstvedt A, Sollesnes R, Wold B, Thuen F. Trends in the utilization of youth primary healthcare services and psychological distress. BMC Health Services Research. 2021;21(1):1–12.

10. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 22.03.2021).
11. Gammelsrud TF, Kvarme LG, Misvær N. Hvem går til helsesøster? Tidsskrift for ungdomsforskning. 2017;17(1):54-77.
12. Granrud MD, Steffenak AKM, Theander K. Gender differences in symptoms of depression among adolescents in Eastern Norway: results from a cross-sectional study. Scandinavian Journal of Public Health. 2017;47:157-65.
13. Bakken A. Ungdata. Nasjonale resultater. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, Oslomet; 2019. Rapport 9/19. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/2252/Ungdata-2019-Nettversjon.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (nedlastet 05.10.2021).
14. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid19 pandemien. Oslo: Bufdir; 2020. Tilgjengelig fra: https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/utsatte_barn_og_unges_tjenestetilbud_under_covid19_pandemien_statusrapport_1-konvertert.pdf (nedlastet 05.10.2021).
15. KoRus-Øst. Om oss. Ottestad: KoRus-Øst. Tilgjengelig fra: <https://www.rus-ost.no/om-oss> (nedlastet 08.08.2021).
16. Bakken A, Pedersen W, Von Soest T, Sletten MA. Oslo-ungdom i koronatiden. En studie av ungdom under covid-19-pandemien. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, Oslomet. Rapport 12/2020.
17. Ungdata. Finn Ungdata-tall for din kommune. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, Oslomet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.ungdata.no/> (nedlastet 04.08.2021).
18. Branquinho C, Kelly C, Arevalo LC, Santos A, Gaspar de Matos M. «Hey, we also have something to say»: a qualitative study of Portuguese adolescents' and young people's experiences under COVID-19. Journal of Community Psychology. 2020;48(8):2740-52.

19. Eriksen IM, Andersen PL. Ungdoms tilhørighet, trivsel og framtidsplaner i Distrikts-Norge. En flermetodisk analyse av betydningen av bosted, kjønn og sosioøkonomiske ressurser. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2021. Rapport 2/2021. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6519/NOVA-Rapport-2-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (nedlastet 05.10.2021).
20. Helseth S, Christophersen K-A, Lund T. Helse relatert livskvalitet hos ungdom. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2007;27(1):15–21.
21. Cowie H, Myers CA. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of children and young people. *Children & Society*. 2021;35(1):62–74.
22. Daks JS, Peltz JS, Rogge RD. Psychological flexibility and inflexibility as sources of resiliency and risk during a pandemic: modeling the cascade of COVID-19 stress on family systems with a contextual behavioral science lens. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020;18:16–27.
23. Oldehinkel AJ, Bouma EM. Sensitivity to the depressogenic effect of stress and HPA-axis reactivity in adolescence: a review of gender differences. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2011;35(8):1757–70.
24. Utdanningsdirektoratet. Veileder om smittevern for skoletrinn 1–7. Oslo: Utdanningsdirektoratet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/sikkerhet-og-beredskap/informasjon-om-koronaviruset/smittevernveileder/veileder-om-smittevern-for-skoletrinn-17/> (nedlastet 05.10.2021).
25. Fonn M. Ber helsesykepleiere si nei til koronaarbeid på sykehjem og legevakter. *Sykepleien*. 03.04.2020. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/04/ber-helsesykepleiere-si-nei-til-koronaarbeid-pa-sykehjem-og-legevakter> (nedlastet 02.05.2021).
26. Fish JN, McInroy LB, Pacey MS, Williams ND, Henderson S, Levine DS, et al. «I’m kinda stuck at home with unsupportive parents right now»: LGBTQ youths’ experiences with COVID-19 and the importance of online support. *Journal of Adolescent Health*. 2020;67(3):450–2.
27. Granrud MD, Anderzèn-Carlsson A, Bisholt B, Steffenak AKM. Public Health Nurses’ perceptions of interprofessional collaboration related to adolescents’ mental health problems in secondary schools: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28:2899–910.

28. Hafstad GS, Augusti E-M. Barn, ungdom og koronakrisen. En landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020: delrapport 1 av 3. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2020. Rapport 2/2020.

29. Moen ØL, Hall-Lord ML. Adolescents' mental health, help seeking and service use and parents' perception of family functioning. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2018;39(1):1-8.

30. Skundberg-Kletthagen H, Moen ØL. Mental health work in school health services and school nurses' involvement and attitudes, in a Norwegian context. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(23/24):5044-51.

31. Granrud MD, Bisholt B, Anderzèn-Carlsson A, Steffenak AKM. Overcoming barriers to reach for a helping hand: adolescent boys' experience of visiting the public health nurse for mental health problems. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2020;25(1):649-60.

DEBATT

– Vi må utdanne flere helsesykepleiere

– Helsesykepleierne spiller en svært viktig rolle i arbeidet med å forebygge og avdekke vold og seksuelle overgrep mot barn. Derfor trenger vi flere av dem, skriver innleggsforfatteren.

Thale Skybak

Seksjonsleder

Redd Barnas Norgesprogram

Helsesykepleier

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en unik og viktig tjeneste som møter både barn, ungdom og familier. Tjenesten skal blant annet forebygge og avdekke vold og seksuelle overgrep mot barn og gi opplæring om seksuell helse.

Det er et lavterskeltilbud som gir hjelp, veiledning og støtte. I Redd Barnas rapport «Elevers stemmer om trivsel og mobbing» etterlyser barn og ungdom selv en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste.

Etterlyser en bemanningsnorm

I flere år har det vært en satsing på tjenesten gjennom økte rammetilskudd til kommunene. Det er selvfølgelig bra, men det er usikkert hvor mye av dette som har blitt benyttet til formålet.

For å sikre at tilbudet er godt nok i hele landet, etterlyser Redd Barna en oppdatert og forpliktende bemanningsnorm fra den nye regjeringen. Vi mener også at det må føres bedre statistikk som gjøres offentlig tilgjengelig slik at vi vet at midlene som bevilges til kommunene – til dette formålet – faktisk brukes til å ansette flere helsesykepleiere ute i tjenesten.

Det mangler tiltak

I Hurdalsplattformen uttrykker den nye regjeringen en tydelig ambisjon om å styrke helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Redd Barna er imidlertid svært bekymret for at det utdannes for få helsesykepleiere. Det sier seg selv at man ikke kan styrke en tjeneste om det er mangel på folk til å bemanne stillingene.

En Sintef-rapport fra 2020 anslår at det i dag mangler 2000 helsesykepleiere, at utdanningskapasiteten er for lav og at helsesykepleierutdanningen ikke er en prioritert satsing ved studiestedene. Helse- og omsorgsdepartementets har en plan for å sikre, blant annet, flere sykepleiere og spesialsykepleiere, men det mangler tiltak for å sikre at det utdannes nok helsesykepleiere.

Det er helt nødvendig å satse på å utdanne flere nå – om regjeringens løfter skal bli mer enn fagre ord.

DEBATT

– Alt trenger ikke å være bra

– Paradokset for oss fagfolk er at vi skal rope høyt på vegne av de sårbare som trenger hjelp. Men vi må for all del ikke glemme å løfte og fremme det som er bra, skriver innleggsforfatteren.

Skolehelsetjeneste

Som helsesykepleier og fagperson, er jeg svært opptatt av at barn og unge som strever skal få den hjelpen de trenger. Gjennom en lang pandemi og en uforutsigbar hverdag ser vi at flere enn tidligere strever. De som strever, må få riktig hjelp til rett tid.

Likevel er det heldigvis slik at de aller fleste klarer seg helt fint. De aller fleste har ikke psykiske lidelser og trenger ikke hjelp fra spesialister. De fleste barn og unge i Norge har gode foreldre og vanlige trygge foresatte som innimellom bommer og trår litt feil, men som evner å rette opp i det. Og som har denne uvurderlige evnen til å si unnskyld.

Derfor har jeg så lyst til å rope ut å si:

«Det kommer til å gå bra! Det er fint å være vanlig, gjennomsnittlig og ha gode og dårlige dager. Det er det som er livet, så la oss snakke sant om det.»

Sender et budskap som skremmer

«Det kommer til å gå bra», skrev barn på steiner og stubber i starten av pandemien. De tegnet regnbuer – og det ga håp. Mange la ut fine familiebilder fra opplevelser sammen ute i naturen, og vi – helsesykepleiere – fikk også mange fine tilbakemeldinger fra barn, unge og deres familier om at det var godt å ha mer tid sammen og at det var godt å stoppe opp litt. Det var mindre stress og press.

Etter hvert har man satt søkelyset på de negative konsekvensene, de sårbare barna, psykiske plager og vansker. Dette har preget mediebildet. Og vi som er fagpersoner, har gjentatt og gjentatt: «Dette er ikke bra for sårbare barn og unge. Det er barn og unge som må bære den tyngste byrden. Strevet øker. Nå må barn og unge spares.»

Uforutsigbarheten i hverdagen har ikke vært bra. Ikke for noen. Men hvis det er disse ordene vi speiler oss i hver dag, sender summen av det hele ut et budskap. Det gjør det noe med oss. Vi blir engstelige, og vi blir redde for hvilken skade dette gjør med oss. Det skaper angst.

Alle trår feil

Jeg opplever at barn kommer til meg fordi de er redde. De er redde for å bli redde. Redde for å være lei seg, redde for å ha en dårlig dag, og noen er redde for at de er psykisk syke – nettopp fordi de har en dårlig dag.

Jeg er bekymret for en utvikling der vi blir redde for livets normale opp- og nedture. Hvis foreldre – de som skal være trygge voksne – blir redde for situasjonen og fremtiden, vil de ikke klare å trygge sine barn. Det viktigste for barn er kjærlige og trygge foreldre som tåler og finner rom for det som er av følelser.

Foreldre bør være gode rollemodeller som viser vei, som også kan trå feil, men som tar ansvar for å reparere ved å si unnskyld. Alle trår feil. Det er menneskets natur.

Mitt viktigste budskap til foreldre er; Husk bare at det er de voksnes ansvar å sørge for at det blir reparert. Det er det barna lærer av og som rustet dem for livet.

Hos noen barn er omsorgssituasjonen hjemme skjør slik at tryggheten og forutsigbarheten i å være i barnehage og på skole er avgjørende for at de er trygge nok. Men for de aller fleste er det foreldre og familien som er den trygge basen. Vi må ikke komme dit hen at foreldre mister troen på at de er gode nok.

Må løfte frem det som er bra

Tall fra undersøkelser som er gjort av flere instanser som Ung data, Folkehelseinstituttet (FHI) og av barneombudet i løpet av pandemien, er ikke ensidig negative. Undersøkelsene viser at barn og unge synes de har vært for lite med venner. Noen føler seg mer ensomme, noen har flere depressive tanker, og noen er mer engstelig.

Uforutsigbarheten har vært vanskelig. Men pandemien har også hatt positive effekter som mer søvn, mindre stress og press. Og mer tid med familien har også vært fint. Jeg mener at det ikke er en motsetning i å forsterke det positive og samtidig snakke sant om det som er vanskelig. Det er nyanser av livet som vi er skapt for å tåle.

Per Fugelli sa: *«Mennesket må godta seg selv som medfødt feilvare. Vi må være glade nok, i stedet med å streve etter alt, vi må elske livet som blandet regnskap. Individet har selv et ansvar for å finne den gylne middelvei, men igjen påvirkes den enkelte av politikken GPS.»*

Paradokset for oss fagfolk er at vi skal rope høyt på vegne av de sårbare som trenger hjelp, for det er for mange barn som strever. Mandatet jeg har som helsesykepleier, er at jeg både skal avdekke og avverge. Men vi må for all del ikke glemme å løfte og fremme det som er bra. Det er det som gir håp og fremtidstro.

– Vi må ta søvnløshet på alvor, og helsesykepleiere kan være løsningen

– Er det bedre for personer med kroniske søvnproblemer å møte en helsesykepleier enn travle fastleger? spør Ingrid Synnøve Berthinussen.

Ingrid Synnøve Berthinussen

Pensjonist, førstelektor og frilanser

Søvnforstyrrelser

helsesykepleiere

Søvnen er et mysterium som forskerne prøver å finne ut av.

Å sove er viktig, og hjernen vår er avhengig av nok søvn for at vi skal fungere. Det gjelder både unge, middelaldrende og eldre.

Når vi ikke får sove, blir hele kroppen vår påvirket. blant annet blir energibalansen nedsatt, vi får dårlig konsentrasjon, brå humørsvingninger, hodepine og svimmelhet.

Søvn er avgjørende for å leve, og den er viktig for alle kroppens celler. Å sove dårlig kan gi sykdommer, og det finnes søvn sykdommer som må behandles av lege. Søvnløshet koster mye for den enkelte og for samfunnet.

Helsesykepleiere har en unik kompetanse

Målet med denne teksten er å si hvor viktig det er å flytte søvnproblematikken fra én av mange fastlegeoppgaver og å argumentere for å ansette helsesykepleier i 100 prosent stilling for å jobbe med søvnproblemer.

Helsesykepleiere har videreutdanning i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres familier. Tidligere het denne yrkesgruppen helsesøster. Søvn og søvnhelse inngår i grunnutdanningen for å bli sykepleier.

«Det er viktig å ha et helhetlig menneskesyn.»

Søvn er et av de grunnleggende behovene som må kartlegges hos alle pasienter uansett hvor man som sykepleier møter dem. Helsesykepleiere har ofte flere års erfaring som sykepleier før de begynner på videreutdanningen og dermed anser jeg dem som meget kompetente til å jobbe med denne problematikken.

Det er viktig å ha et helhetlig menneskesyn når man skal møte mennesker i sårbare situasjoner. Det fine i dagens samfunn, er at mange mennesker våger å snakke om dette tabubelagte temaet.

Mange forteller om uverdige møter med leger som sier: «Jeg skriver ikke ut sovemedisin til deg fordi du vil sovne når du blir trøtt nok». Det er et skammelig utsagn.

Fastlegene tar ikke søvnløshet på alvor

Ingen som lider av søvnløshet, skal føle seg mislykket etter en konsultasjon hos legen. Dessverre viser flere undersøkelser at medisinstudenter vet lite om søvn og hvordan søvnproblemer skal behandles.

Mange av fastlegene i dagens Norge er unge og har liten erfaring for å møte mennesker med denne problemstillingen. En person som er utkjørt på grunn av lite søvn skal, uansett alder, ikke bli møtt av en fastlege om sier «det er ingen dramatik i å ikke få sove».

Søvnløshet må tas på alvor. Jeg har ikke søkelys på reseptbelagte medikamenter, og heller ikke på piller og urter som kan kjøpes over disk. Mange søvnløse er så desperate at de bruker mange penger på alt som annonseres, og som regel til ingen nytte.

Piller er ikke løsningen

Det reklameres daglig for ulike piller som hjelper mot søvnløshet. I dag er trenden antihistamin og melatonin, men ingen forskning viser at det har god effekt.

En kan bli skremt når man hører at fastleger anbefaler ett gram paracet ved sengetid fordi da slapper kroppen av. Hvor mange fastlegene sjekker leverfunksjonsprøvene av pasientene som tygger paracet både til det ene og det andre? Dette er noe som bekymrer meg.

Jeg er opptatt av at dette viktige temaet ikke skal behandles hos fastlegen i deres stressende hverdag. Mange kan føle seg som en klamp om foten hos fastlegen, og den helhetlige tenkningen blir derfor ofte ikke ivaretatt.

Det kreves kunnskap og gode etiske holdninger og god tid slik at den søvnløse blir tatt på alvor og ikke kommer ut fra legekantoret med et større problem enn da de gikk inn.

Helsesykepleiere bør lede søvngrupper

Jeg foreslår at det etableres gratis grupper for dem som sliter. At de får møte likesinnede som ikke sover kan, blant annet, gi trygghet og nye venner. De vil oppleve at de ikke er alene om sin søvnløshet.

Helsesykepleieren kan lede gruppen, og målet skal være at deltakerne skal få sove bedre. Dialogen er viktig, og brukernes stemmer skal høres og inkluderes i beslutningsprosesser knyttet til egen helse.

De søvnløse møtes i grupper hos helsesykepleieren som har det faglige ansvaret for å hjelpe dem som sliter til å mestre hverdagene. En viktig presisering er at dette gjelder pasienter som ikke sover om natta over tid, og ikke dem som er våken en natt eller to.

Noen pasienter har dårlige opplevelser hos fastlegen. Møtet mellom pasient og lege kan oppleves sårbart med denne problemstillingen.

Konsultasjoner bør ikke sette negative spor hos den søvnløse. Et eksempel er en pasient som kom til fastlegen for å få hjelp og støtte til å sove, men som i etterkant sier: «Jeg skulle ønske at jeg ikke dro dit fordi fastlegen var så lite imøtekommende. Jeg sover svært lite fortsatt, og jeg er oppriktig fortvilet på grunn av den uetiske opplevelsen på kontoret».

Det er tryggere å møte helsesykepleiere

Undersøkelser viser at en rolig atmosfære, behagelig stemmeleie og et godt blikk er viktig i møte med pasienter. Jeg mener derfor at helsesykepleier er en viktig ressurs som kan jobbe med denne problemstillingen. Hun/han har en solid ballast for å møte problemstillingen i ulike aldersgrupper.

Helsesykepleier er godt rustet til å drive forebyggende helsearbeid på mange plan. Å forebygge og behandle søvnløshet dreier seg om å fremme folks helse og livskvalitet og om å redusere risiko for sykdom og skade. Det retter seg også mot enkeltpersoner og utsatte grupper der helsetjenesten har et særlig ansvar.

Jeg mener at det er tryggere for de søvnløse med kroniske søvnproblemer å møte helsesykepleier enn travle fastleger som må skifte fokus mange ganger i løpet av en arbeidsdag.