

Helsesykepleiere har en viktig rolle i tverrfaglig skolehelsetjeneste

Delt tverrfaglig ledelse kan bidra til å sikre faglig forsvarlig samarbeid og helhetlige tjenester i skolehelsetjenesten til barn og unge med sammensatte behov.

Kristin Sveaas

Helsesykepleier og avdelingsleder
Asker kommune

Hilde Elisabeth Toreid

Universitetslektor
Nord universitet

Sykepleien 2022;110(89964):e-89964
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.89964

Hovedbudskap

Vi trenger mer kunnskap om organisering av tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten. Tverrfaglighet kan oppleves som utfordrende ettersom ulike fagtradisjoner har ulike preferanser for sine fag. Dette handler om systemer, strukturer, rutiner, møtearenaer, kompetanseheving, økt kunnskap om andre profesjoner, tjenester og samarbeidskultur. En tverrfaglig skolehelsetjeneste bør innebære et delt tverrfaglig lederskap. Denne artikkelen belyser nye organisatoriske strukturendringer for skolehelsetjenesten.

Skolehelsetjenesten skal levere helhetlige tverrfaglige helsefremmende og forebyggende helsetjenester til barn og unge mellom 5 og 20 år (1).

Helsesykepleiere er førstelinjearbeidere som pasient- og familieansvarlige med dokumentasjonsansvar. De utgjør i dag bærebjelken i skolehelsetjenesten i Norge på individ-, gruppe- og samfunnsnivå.

Helsesykepleiere har myndighet til å igangsette hensiktsmessige helsefremmende og forebyggende tiltak hos alle barn og unge i Norge (1, 2). Det er et stort ansvar med mange ulike arbeidsoppgaver. Barneombudets fagrapport «Helse på barns premisser» (3) beskriver en situasjon som dessverre fortsatt er dagsaktuell:

«Dagens situasjon er en tjeneste som tilbyr det aller mest nødvendige, med lange ventelister og liten mulighet til å være et reelt lavterskeltilbud til barn. I tillegg mangler tjenesten kompetanse om vold og overgrep, psykisk helse og helseplager hos barn med flyktningbakgrunn» (3).

Hva innebærer helsesykepleiefaglig ledelse i praksis?

Helsesykepleiere er organisert i en tjeneste som skal arbeide tverrfaglig. Tverrfaglig ledelse kan bidra til å skape en faglig forsvarlig tjeneste som skal ivareta ulike profesjonsetiske hensyn (4). Skolehelsetjenesten trenger selvstendige medarbeidere med faglige kunnskaper, relasjonskompetanse og samarbeids- og samhandlingsevner.

En tverrfaglig skolehelsetjeneste kan sikre faglig forsvarlig samarbeid og helhetlige tjenester til barn og unge med sammensatte hjelpebehov (1, 3, 5). For å kunne imøtekomme kravene om tverrfaglighet i skolehelsetjenesten er det behov for å få en bedre forståelse av hva helsesykepleiefaglig ledelse innebærer i praksis.

«Vår hypotese er at delt lederskap vil gi bedre personaloppfølging og god utnyttelse av fagkompetanse.»

Denne artikkelen vurderer hvordan vi kan løse fremtidens utfordring med å skape en tverrfaglig skolehelsetjeneste. Helsesykepleieres arbeid i skolehelsetjenesten fordrer samarbeid både tverrfaglig med andre deler av helsevesenet og tverretattlig, eksempelvis skole, politi, barnevern og pedagogisk psykologisk tjeneste og andre samarbeidspartnere.

Faglig ledelse av helsesykepleiere krever spesifikk forståelse av arbeidstilnærming og metoder i faget. Vår hypotese er at delt lederskap vil gi bedre personaloppfølging og god utnyttelse av fagkompetanse.

Et annet syn er at delt ledelse kan medføre uklare roller og ansvar, utydelig kommunikasjon og begrensninger i faglig oppfølging. Det teoretiske fundamentet for artikkelen består av utvalgt faglitteratur og relevante perspektiver om ledelse.

Det finnes mange definisjoner av ledelse

Klassiske filosofer som Seneca, Platon og Sun Tzu beskrev ledelse som et gode for samfunnet og menneskene (6). Karp hevder at effektiv ledelse henger nøye sammen med å unngå maktmisbruk og inneha evner for empatisk innlevelse i andre (6).

Kunnskapsgrunnlaget i helsesykepleierutdanningen fremmer langt på vei både fagkunnskap og kommunikasjon som er forenlig med god ledelse. Det kommer i tillegg til den fagspesifikke delen som handler om helsehjelp til barn og unge i et folkehelseperspektiv (2).

Ledelse ansees å være et sosialt fenomen. Det finnes mange ulike definisjoner av ledelse. Temaer som ansvar, makt, følgeskap og beslutningsevne utgjør essensen i teori om ledelse (6). God fagledelse krever en genuin interesse med innsikt og akademisk kompetanse inn mot faget (4, 6).

Skolehelsetjenesten har sammensatte oppgaver

I fagledelse kan lederen representere rollen som både helsepersonell, arbeidsgiver og samarbeidspartner. Ifølge lovverket som regulerer skolehelsetjenesten, kan fagansvar og administrativt ansvar (herunder personalansvar) enten deles på flere personer eller at én person ivaretar de ulike delene av lederansvaret alene (1).

Skolehelsetjeneste innebærer komplekse og sammensatte arbeidsoppgaver, som skal utføres av fagpersoner fra ulike profesjoner (1). Enhetlig ledelse av skolehelsetjenesten kan løses ved at flere ledere har ansvar for grupper av ansatte, som til sammen utgjør skolehelsetjenesten.

Det kan være nyttig å dele opp ledelsen for å ivareta god kvalitet i personaloppfølging. En sammensatt ledergruppe kan trolig tilby komplementære ferdigheter og kompetanse til en tverrfaglig skolehelsetjeneste.

Formålet er å fremme psykisk og fysisk helse

Ifølge KS er «godt samskapende sosialt innovasjonsarbeid kjennetegnet av at mennesker med ulike ressurser, erfaringer og kunnskap arbeider sammen» (7). En tverrfaglig skolehelsetjeneste kan skape utfordringer for god fagledelse på tvers av profesjoner.

Det mangler kunnskap om helsesykepleieres organisering, oppgaver og samarbeid i skolehelsetjenesten (1). Denne kunnskapen vil ha betydning for å utvikle et fremtidig tverrfaglig skolehelsetjenestetilbud. Skolehelsetjenesten må sees i sammenheng med svangerskapsomsorgen, helsestasjonstjenesten og ungdomshelsetjenesten (1).

«Det mangler kunnskap om helsesykepleieres organisering, oppgaver og samarbeid i skolehelsetjenesten.»

Formålet med helsestasjons- og skolehelsetjeneste er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdommer og skader, utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn og unge (1, 3). Skolehelsetjenesten skal være bemannet av både helsesykepleier og lege (1).

I tillegg anbefales det en teamorganisering av tjenesten med andre helseprofesjoner som psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut og andre med pedagogisk eller psykososial kompetanse. Ansatte i skolehelsetjenesten og skolen skal i samspill sikre et helhetlig og individuelt tilpasset helsetilbud til barn og unge.

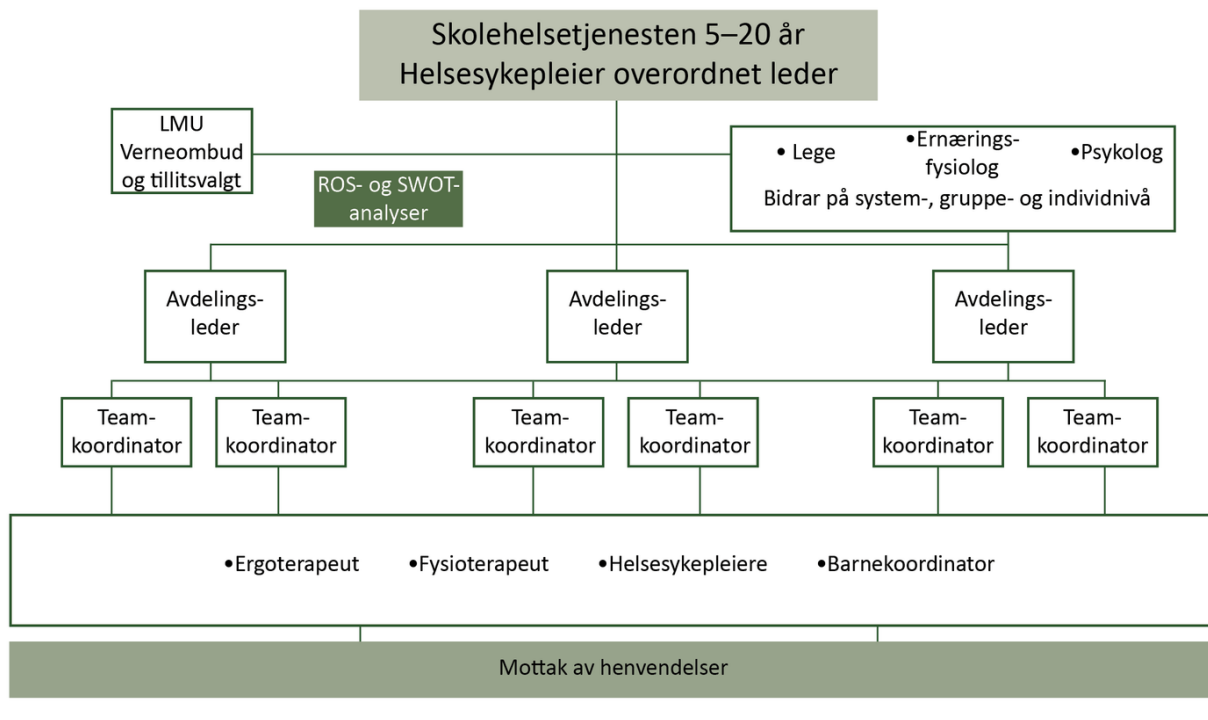
Forslag til ny organisering av skolehelsetjenesten

Et forslag til ny organisering av en tverrfaglig temaorganisert skolehelsetjeneste i større kommuner kan bestå av geografisk inndelte og tverrfaglig sammensatte team, se figur 2. Ledelsen skal samlet sett ivareta både fagledelse og personalledelse.

Rådgivende støttefunksjoner som pedagogisk personell, ernæringsfysiolog, skolepsykolog og skolelege bør være direkte organisert under den overordnede lederen for skolehelsetjenesten. Dette skal sikre kritisk refleksivitet med hensyn til valg og prioriteringer i daglig drift og utvikling av tjenestetilbudet (1, 8–10).

Teamkoordinatorer bør være helsesykepleiere og mottaksteam for skolehelsetjenesten. Helsesykepleieren er gjennom sin utdanning opplært til å koordinere drift i tverrfaglig teamarbeid og bringe inn problemstillinger som bør drøftes i helhetlige tverrfaglige perspektiver. Dette berammes også i forskriften (1).

Figur 1. Tverrfaglig organisert skolehelsetjeneste



Samhandlende lederskap betyr enighet

I et velfungerende samhandlende lederskap må det være enighet om føringer for godt faglig og personalmessig lederskap (1, 4, 5). Faglig ledelse av helseyskepleiere skal som nevnt ha helseyskepleiefaglig bakgrunn (1, 11).

Vi mener at administrative ledere i skolehelsetjenesten ikke trenger helseyskepleiefaglig bakgrunn. Det byr på en rekke utfordringer med hensyn til makt, ansvar, beslutninger og følgeskap, som er sentrale temaer innen ledelsesteori (4, 6, 10).

Andre temaer som kan ha betydning i denne sammenhengen, er lederens kommunikasjonssevner, atferd, evne til kritisk refleksivitet og evne til å skape motivasjon og engasjement for beslutninger, prioriteringer og valg (6, 10, 12).

Makt og økonomi er for eksempel sterke drivkrefter i en organisasjon som ledere må forstå og ta stilling til med hensyn til daglig drift, strategiske planer og bærekraft (6). De ansatte følger sin leder frivillig og opplever lederens påvirkningsprosesser som gode. Den prosessen kaller Karp frivillig følgerskap (6).

Ledere trenger faglig gode ansatte

Lederansvar må alltid vurderes i sammenheng med oppdragets utfordring, som hvem som skal iverksette hva. Lederen vil samle inn kunnskaper gjennom faglig gode ansatte. Det kan bidra til samskaping i prosesser og samhold innad i organisasjonen, som igjen styrker forholdet mellom ledelsen og de ansatte.

«Det vil aldri være mulig for ledere fullt ut å forstå kunnskapen hver enkelt medarbeider innehar.»

I et praksisperspektiv innebærer ledelse av mennesker som deler kunnskap, at det ikke er mulig for en organisasjon å være et bibliotek av kunnskap med tilgjengelige «oppskrifter» (13, 15). Det vil aldri være mulig for ledere fullt ut å forstå kunnskapen hver enkelt medarbeider innehar.

Hvor viktig er det da å ha en leder av samme profesjon? Har en leders profesjon og kunnskap om faget betydning for å kunne gi bekreftelse, anerkjennelse, støtte de ansatte samt å prioritere rett i en travel arbeidshverdag? Kunnskapsmedarbeidere responderer på inspirasjon, troverdighet og ledernes evne til å få folk med seg (4, 6).

Ledere skal motivere de ansatte

Ledere har ansvar for at de ansatte skal føle seg ivaretatt og motivert (6, 8, 14). Videre bør ledere bruke kunnskaper, ferdigheter og evner for å påvirke samhandling (6, 8). Cunliffe hevder at det viktigste er ikke hva man gjør, men hvem man er, og hvordan vi forholder oss til andre (9).

Alvesson og medarbeidere understreker at gode moralske verdier og refleksivitet er hevet over alle lederstiler (10). Videre må ledere bruke all kunnskapen de kan få i sitt lederskap, trekke ut det viktigste og prioritere (6, 14).

Ledere kan for eksempel påvirke beslutningsprosesser gjennom problembeskrivelser som ROS-analyser og løsningsforslag som SWOT-analyser (16, 17), innspill til budsjett og delegering av oppgaver (6).

Tverrfaglig ledelse kan føre til bedre kvalitet innen personalledelse samt at organisasjonen får utnyttet fagkompetansen i større grad (4, 18, 19). Risikoen er at det kan oppstå uklare ansvarsområder, mindre kommunikasjon og mindre faglig oppfølging.

Kontekstuelle faktorer bør vurderes før man velger samhandlende tverrfaglig lederskap, herunder størrelse på kommunen, involverte profesjonsgrupper, hvorvidt personallederen har forståelse for faget, og hvilke lederegenskaper de ulike lederne har.

Lederne må skape en helhetlig ledelse

Sterke profesjonsfellesskap kan ledes enhetlig av et tverrfaglig lederteam. Lederen må ta ansvar for samhandlingen slik at helheten blir større enn summen av delene hver for seg. Dette vil kreve tydelige avklaringer og tid til samskapingsprosesser.

Vi trenger måter å beslutte på som ikke innebærer å skyve problemstillinger oppover og nedover i systemet. ROS- og SWOT-analyser kan være konkrete hjelpemidler i denne sammenhengen og anbefales for å utvikle skolehelsetjenesten.

«Vi trenger måter å beslutte på som ikke innebærer å skyve problemstillinger oppover og nedover i systemet.»

I tverrfaglig samhandlende lederskap må man se ansvarsområder og lederroller i lederteamet i sammenheng med hverandre. Størrelse på organisasjonen, fagforståelse hos personalledere og lederegenskaper har i denne sammenheng betydning for god bærekraftig styring og ledelse.

Det er behov for å se på hvordan lederroller kan samarbeide for sammen å skape en helhetlig ledelse av en tverrfaglig skolehelsetjeneste, hvor alle lederfunksjoner blir dekket. Her er det blant annet relevant å trekke inn praksisnær forskning på ledergrupper, delt ledelse og helhetlig ledelse.

Konklusjon

Helsesykepleiere har en nøkkelfunksjon og rolle i kraft av sin utdanning i skolehelse og folkehelse. Den overordnede lederen for skolehelsetjenesten bør derfor være helsesykepleier. I tillegg kreves det lederferdigheter for å skape frivillig følgeskap og bruke godhet i påvirkningsprosesser.

Helsesykepleieren skal kunne planlegge, igangsette, gjennomføre og utvikle helsefremmende og forebyggende arbeid for barn, unge og deres familier.

Delt tverrfaglig ledelse kan bidra til å sikre faglig forsvarlig tverrfaglig samarbeid og helhetlige tjenester i skolehelsetjenesten til barn og unge med sammensatte behov. Det vil kreve rolle- og funksjonsbeskrivelser, kritisk refleksivitet og godt begrunnede planer for tverrfaglig oppfølging.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Innlegget er uttrykk for forfatternes personlige meninger, og er ikke skrevet på vegne av Asker kommune.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2022. Oppdatert 10. juni 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 06.07.2022).
2. Forskrift 9. april 2021 nr. 1146 om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-04-09-1146> (nedlastet 06.07.2022).
3. Barneombudet. Helse på barns premisser. Barneombudets fagrapport. Oslo: Barneombudet; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Helse_pa_barns_premisser.pdf (nedlastet 06.07.2022).
4. Døving E, Elstad B, Storvik A, Profesjon og ledelse. 1. utg. Bergen: Vigmostad & Bjørke; 2016.
5. Lov 11. juni 2021 nr. 78 om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) (endringslov til velferdstjenestelovgivningen). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2021-06-11-78> (nedlastet 06.07.2022).
6. Karp T. God nok ledelse. Hva ledere gjør i praksis. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
7. Kobro LU (red.). La oss gjøre det sammen. En håndbok i lokal samskapende sosial innovasjon. USN/SESAM. Porsgrunn: Høgskolen i Sørøst-Norge / Senter for sosialt entreprenørskap og samskapende sosial innovasjon; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/globalassets/handbok-for-samskaping.pdf> (nedlastet 06.07.2022).
8. Hagstrøm E. Fremtidsrettet ledelse – praktiske strategier i den disruptive AL-æraen. 1. utg. Oslo: Hegnar Media; 2020.
9. Cunliffe A. A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about management. 3. utg. London: Sage; 2021.
10. Alvesson M, Blom M, Sveningsson S. Reflexive leadership. Organising in an imperfect world. 1. utg. London: Sage; 2017.

11. Forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779> (nedlastet 06.07.2022).
12. Mintzberg H. Simply managing. 1. utg. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2013.
13. Yukl G. Leadership in organizations. 8. utg. New York: State University of New York: University of Albany; 2013.
14. Brown B. Dare to lead: brave work, tough conversations, whole hearts. 1. utg. London: Vermilion; 2018.
15. Badaracco jr. J. Leading quietly: an unorthodox guide to doing the right thing. 1. utg. Boston: Harvard Business School Press; 2002.
16. Brudvik M. ROS-analyse. Oslo: Helsebiblioteket.no; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse> (nedlastet 06.07.2022).
17. Brudvik M. SWOT-analyse. Oslo: Helsebiblioteket.no; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/strategisk-analyse-swot-analyse> (nedlastet 06.07.2022).
18. Julsrud TE. Organisatorisk tillit. Grunnlaget for samarbeid i nettverkenes tid. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
19. Klemsdal L. Hva trenger vi ledere til? Organisering og ledelse i komplekse arbeidssituasjoner. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.

FORSKNING

Denne artikkelen finnes også i engelsk utgave. Publiseringsdato: 08.03.2022

Covid-19: Kontakt med helsepsykepleier 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 rapporterte 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). Helsesykepleieren 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 helsesykepleieren 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 krangling mellom foreldre (11). Jenter oppsøker tjenesten oftere enn gutter (11, 12). Før pandemien viste Ungdata-undersøkelsen 2019 at 39 prosent av ungdomsskoleelevene oppsøkte en helsesykepleier i skolehelsetjenesten (13).

Samtidig med at skolene stengte, skjedde det også endringer i skolehelsetjenestene. Flere av helsesykepleierne 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 helsesykepleierne 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 NOVAs 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, oppvekstsjefene 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 krangling 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»).

Analysér

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 helsesykepleiernes 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_unge_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. Helsereelatert 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.

FAGUTVIKLING

Dialogen med helse- sykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse

Gjennom en dialogisk prosess identifiserer helsesykepleierne små tegn som kan indikere psykososiale problemer hos ungdommene.

Helsesykepleier

Ungdommer

Skolehelsetjeneste

Helsedialog

Psykososiale utfordringer

Skolehelsetjenesten er den første helsetjenesten barn og unge kan oppsøke på eget initiativ når livet føles vanskelig eller de trenger et råd av en voksen de kan stole på (1).

Rapporten fra Ungdata 2018 og regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021 viser at mange unge sliter med ulike former for psykiske helseutfordringer i hverdagen, og at andelen er økende. For noen unge vil dette være starten på langvarige helseutfordringer (2, 3).

Skolehelsetjenesten skal styrkes, og det er utarbeidet nasjonale og faglige retningslinjer for tjenesten (4).

Samtaler virker

Også helsesykepleiere i skolehelsetjenesten rapporterer om et økende antall elever med psykososiale utfordringer (5, 6), en utvikling man også ser i Sverige (7). I min studie (8) forstås psykososiale utfordringer som en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering.

«De som klarer å si ifra, har tillit til og effekt av samtaler med helsesykepleier.»

Det er vanskelig å peke på enkeltårsaker til økningen av psykososiale utfordringer blant norsk ungdom. Ungdom som for eksempel opplever å bli utsatt for mobbing, rapporterer om at det er vanskelig å si ifra til voksne om situasjonen, men at de som klarer å si ifra, har tillit til og effekt av samtaler med helsesykepleier (9, 10). Studier viser at dialogen med helsesykepleier gir ungdommer mulighet til å påvirke sin egen helse, basert på sin egen situasjon, gjennom en individuell tilnærming (11).

De små tegn

Langaard (12) fant i sin studie at de profesjonelle i skolehelsetjenesten påpekte at en viktig dimensjon ved omsorgsbegrepet var å «se etter de små tegn». En slik innstilling til samtaler med ungdommene var basert på erfaring om at ungdommene kunne oppsøke dem for noe annet enn det de innledningsvis presenterte som sitt ærend.

Hva slike små tegn egentlig er, og hva de betyr i møtene mellom ungdom og helsesykepleier, er ikke tilstrekkelig utforsket eller beskrevet (12). Min studie søker å belyse hvordan helsesykepleiere identifiserer og følger opp psykososiale utfordringer hos ungdom i videregående skole.

Design og metode

Studien har et beskrivende design (13) med fokusgruppeintervjuer som metode (14).

For å rekruttere deltakere som kunne gi mest mulig relevant og variert informasjon som kan belyse min problemstilling, ble et strategisk utvalg av til sammen 13 helsesykepleiere forespurt om å delta i studien. Deltakerne ble fordelt i tre fokusgrupper (5 + 3 + 5 deltakere), hvorav to av gruppene besto av helsesykepleiere som jobbet i Oslo, og en gruppe utenfor Oslo.

Resultater

Helsesykepleierne som deltok i undersøkelsen, mente generelt at de har en viktig rolle i arbeidet med å identifisere og følge opp psykososiale utfordringer hos ungdom. Helsesykepleierne rapporterte om at de i økende grad møter ungdom som står i krevende livssituasjoner. Mange av ungdommene fortalte om psykiske reaksjoner på livssituasjonen sin.

Summen av psykososiale utfordringer

Helsesykepleierne mente samtidig å se at samfunnsmessige forhold og endringer skaper nye utfordringer for de unge. Eksempler på livssituasjoner og samfunnsmessige forhold er nye familiemønstre, kulturelle utfordringer, teknologiens rolle, utfordringer knyttet til å bli inkludert i et sosialt fellesskap og et økende forventningspress fra en selv eller andre.

«Mange av ungdommene fortalte om psykiske reaksjoner på livssituasjonen sin.»

Alle helsesykepleierne sa at de oftere nå enn før møter ungdommer som føler seg ensomme, stresset og slitne. Helsesykepleierne påpekte at det er summen av psykososiale utfordringer som er krevende for ungdommene, for eksempel en vanskelig hjemmesituasjon i kombinasjon med stress på skolen og tilbaketrekning fra venner.

Dialogisk prosess

Gjennom analyseprosessen fremkom det tre kategorier av tilnæringsmåter som helsesykepleiere bruker i møte med ungdommer med psykososiale utfordringer. Til sammen utgjør kategoriene en dialogisk prosess: 1) identifisering – de små tegn, 2) allianse og relasjon og 3) intervensjon.

Når en ungdom kommer inn døra hos en helsesykepleier, er fokuset rettet mot å oppdage «små tegn». De aller fleste ungdommene oppsøker helsesykepleier frivillig, noe som i seg selv er et tegn på at de trenger helsehjelp.

Ungdommenes utgangspunkt for en samtale kan ofte være somatiske forhold, som tilbakevendende hodepine, magesmerter, smerter i kroppen, et ønske om å få et plaster på et sår eller en smertestillende tablett, endret spisemønster, pustebesvær eller besvimelser.

«Ofte ligger det noe bak de fysiske smertene, noe som kan være tegn på at de ikke har det bra mentalt.»

Helsesykepleierne sier at det er viktig å ha tid til en samtale med ungdommene for å kunne kartlegge årsakene til symptomene, fordi det ofte ligger noe bak de fysiske smertene, noe som kan være tegn på at de ikke har det bra mentalt.

Helsesykepleierne sier at deres grunnleggende sykepleiekunnskap er viktig for å kunne kartlegge og vurdere plagene og symptomene ungdommene kommer med.

Allianse og relasjon

For å kunne avdekke hva ungdommene ønsker eller sliter med, legger helsesykepleierne vekt på å ha tid til å etablere tillit og en allianse med ungdommene for å skape en trygghet i situasjonen.

Helsesykepleierne sier at kartleggingen av «små tegn» kan kreve flere møter før ungdommene åpner seg, avhengig av alvorlighetsgraden av utfordringene. Det er ikke alle som er motivert for å snakke om utfordringer i livene sine i den første samtalen. Samtalen dreies da ofte tilbake til de konkrete og synlige plagene, for ikke å presse ungdommen til å snakke om det som er kjernen i vanskene, på et tidspunkt de ikke er klare for det.

Det er viktig å følge ungdommens eget tempo i samtalen for å skape en trygg og god prosess, og for dermed å kunne identifisere utfordringene ungdommen står i. En helsesykepleier uttrykker det slik:

Vi helsesykepleiere legger vekt på å se den enkelte ungdommen som kommer, og å ha en individuell tilnærming i samtalen for å skape trygghet og tillit, slik at ungdommene ønsker å komme tilbake og selv kan få gi uttrykk for «de små tegn».

En viktig dimensjon i kontaktetableringen er ifølge helsesykepleierne å sjekke ut om ungdommene kommer på eget initiativ, eller om de er sendt av andre, for eksempel en lærer eller en av foreldrene.

Tilgjengeliggjøring og taushetsplikt

Helsesykepleierne sier også at det er viktig å møte ungdommene med en tydelig kommunisert agenda for samtalen for å få dem til å komme tilbake. Respekten for ungdommenes egen motivasjon for å ta imot hjelp er det viktigste, sier de.

Alle helsesykepleierne legger vekt på relasjonen de har fått til ungdommen, og på hva ungdommen de snakker med, ønsker. Ungdommene er på vei inn i voksenlivet, og da er det viktig at veien videre klareres med dem, mener helsesykepleierne.

I alle fokusgruppene diskuterte helsesykepleierne dilemmaet med å ta seg tid med den enkelte ungdommen opp mot det å være tilgjengelig for «drop-in» og at tilstedeværelse påvirker tilbudet de gir til ungdommene. Tilgjengeliggjøring av tjenesten og helsesykepleiernes taushetsplikt beskrives som viktige faktorer for å opparbeide et tillitsforhold til ungdommene.

Intervensjon

Når helsesykepleierne kartlegger tegn på psykososiale utfordringer, er de opptatt av å balansere tilnærmingen for å skreddersy et opplegg til den enkelte ungdommen. Helsesykepleierne sier at en viktig tilnærming i det første møtet er å vise nysgjerrighet på den enkelte ungdommens historie ved å stille spørsmål om hvordan ungdommen har det – men samtidig ikke å være for pågående, slik at ungdommene skremmes vekk.

Helsesykepleierne som deltok i studien, sier at de er lite opptatt av kartleggings skjemaer i samtalen. Helsesykepleieren skal heller ikke stille diagnoser. Helsesykepleierne sier at de kan bruke flere samtalemetoder, og at metodene velges ut fra hva som er mest hensiktsmessig for å få en dialog med ungdommene. Det er ungdommenes eget uttrykk og deres historie, sammen med det å skape en god allianse og relasjon, som vektlegges i helsesykepleiernes intervensjon.

«Ungdommene kan få en opplevelse av å bli avvist eller 'institusjonalisert' ved en for rask henvisning til for eksempel BUP.»

Deltakerne påpeker at det er alvorlighetsgrad, varighet og ungdommenes motivasjon for å ta imot hjelp som i stor grad styrer intervensjonen. De bruker begrepet «å skynde seg sakte». I det legger de at ungdommene kan få en opplevelse av å bli avvist eller «institusjonalisert» ved en for rask henvisning til for eksempel BUP (barne- og ungdomspoliklinikk).

Noen ganger trenger ungdommene en samtale som handler om å sette ord på utfordringene de står i, og å få hjelp til å sortere tanker og følelser i en kaotisk livssituasjon. Helsesykepleierne sier at det kan være alvorlige hendelser noen ungdommer har vært utsatt for, som de ikke har turt å snakke med noen om.

Diskusjon

Hovedfunnene i min studie kan beskrives ved hjelp av de tre trinnene i den dialogiske prosessen i helsesykepleiernes møte med ungdommen: 1) identifisering av de små tegn, 2) allianse- og relasjonsbygging og 3) intervensjon.

En bevisstgjøring av denne dialogiske prosessen kan bidra til å hjelpe helsesykepleiere i deres møte med ungdommen for å identifisere og følge opp deres utfordringer.

Ungdommenes uttrykk

Identifisering av de små tegn er noe som skjer i startfasen i det første møtet. Deretter må helsesykepleierne bruke tid på å bli kjent og skape en allianse med ungdommen for å finne ut hva som ligger under de små tegn, som ofte gir seg utslag i fysiske plager.

Når de så har funnet ut hva som egentlig plager ungdommen, kan helsesykepleieren, sammen med ungdommen, finne frem til en hensiktsmessig intervensjon. Denne dialogiske prosessen kan sees på som en relasjonell og gjensidig interaksjon med ungdommen, der de unges uttrykk (små tegn) og behov er i fokus.

«Noen ungdommer mangler et språk for å beskrive utfordringene de står i.»

Som vist i studien kan «de små tegn» vise seg som fysiske plager, som for eksempel ulike smertetilstander med en bakenforliggende årsak. Dette kan beskrives som ungdommens implisitte uttrykk. Noen ungdommer mangler et språk for å beskrive utfordringene de står i, som det kan ta tid å få frem.

Det eksplisitte uttrykket har de ungdommene som klarer å sette ord på at de trenger noen å snakke med når de står i krevende livssituasjoner, men som likevel trenger hjelp til å sortere og forstå sammenhengen mellom fysiske og psykiske helseplager.

Tid og tilgjengelighet

Helsesykepleierne kunne velge å gå inn i en rådgivende rolle og kun legge vekt på ungdommens uttalte problem, som hodepinen eller ønsket om et plaster på et sår. Slik ville det å behandle symptomet kun være i fokus. Det ville også vært mindre tidkrevende. Funnene i min studie viser imidlertid at helsesykepleierne er opptatt av å legge til rette for en samtale med ungdommene om årsaken til helseplagene.

Tid og tilgjengelighet fra helsesykepleierens side beskrives også som viktig for å fange opp ungdommene akkurat når de trenger en samtale. Helsesykepleierne beskriver det som å være tilgjengelig for ungdommene i det «gylne øyeblikket». Det synes å være et dilemma for helsesykepleierne både å ivareta «drop-in»-funksjonen og å ta seg tid til denne identifiseringsprosessen.

«Smerte kan være et forsøk på å regulere følelser som er ubehagelige.»

Studien viser at helsesykepleierne legger vekt på å ha nok fagkunnskaper til å treffe riktige beslutninger om smertetilstanden. Samtidig legger helsesykepleierne vekt på å utforske om symptomene som ungdommene oppsøker helsesykepleier for, kan ha bakenforliggende årsaker.

Betydningen av å utforske eventuelle bakenforliggende årsaker til ungdommers smertetilstand understøttes av flere norske og internasjonale studier, som viser at ungdommer med langvarige smertetilstander kan ha samtidige psykososiale belastninger i livssituasjonen (15, 16, 17). Dette viser at helsesykepleiernes dialogiske helhetstilnærming er viktig fordi smerte kan være et forsøk på å regulere følelser som er ubehagelige (18).

Å sette ord på smerteuttrykk

Funn i min studie viser at mange ungdommer mangler ord for de utfordringene de står i – og at det er viktig ikke å presse ungdommen til å snakke om det som er kjernen i vanskene, på et tidspunkt de ikke er klare for det.

Den dialogiske prosessen handler på den ene siden om helsesykepleierens evne til å initiere en respektfull dialog som gir ungdommen lyst til og tro på å snakke om hva som kan ligge bak de fysiske plagene. Helsesykepleierne i studien legger vekt på å gi ungdommene tid og rom for å sette ord på smertetilstanden og plagene sine, for på den måten å bygge allianse og tillit.

På den andre siden er en viktig hensikt med den dialogiske prosessen å gi ungdommene samtalekompetanse, slik at de kjenner trygghet og kan finne frem til ordene som kan beskrive følelsene og utfordringene de står i. Den dialogiske prosessen kan derfor også være et viktig bidrag til at ungdom med alvorlige hendelser i livet sitt får tillit til å betro seg til fagpersoner (10).

«Helsesykepleierne spør ikke for å få de ‘rette’ svarene, men for å finne ut hvordan ungdommene tenker og føler.»

Funn i min studie viser at helsesykepleierne vektlegger at det å søke hjelp er en tillitsprosess som læres. Derfor balanserer helsesykepleierne tilnærmingen mellom det fysiske og det psykiske for ikke å presse ungdommene til å snakke om noe de ikke er klare for. Samtidig er helsesykepleierne opptatt av å følge veiledere og forskrifter (4), der det vektlegges at man skal stille direkte spørsmål for å avdekke alvorlige forhold i unges liv.

Helsesykepleierne beskriver tilnærmingen som en balansegang: På den ene siden er det viktig å være oppmerksom på lovverket (4); på den andre siden vet helsesykepleierne at det kan ligge såre, alvorlige hendelser i de unges liv bak smerteuttrykkene som krever tid og tillit før ungdommene vil betro seg.

Å hjelpe ungdommene med et begrepsapparat til å sette ord på sine smerter, følelser og utfordringer er ifølge helsesykepleierne i min studie viktig. Helsesykepleierne spør ikke for å få de «rette» svarene, men for å finne ut hvordan ungdommene tenker og føler.

Forebygger medikamentbruk

Når helsesykepleierne får innsikt i hva ungdommene tenker og føler, kan de veilede dem i hvordan smerter og fysiske plager kan ha sammenheng med bakenforliggende årsaker som stress eller «vonde hemmeligheter». Betydningen av at unge får snakke med fagpersoner om smertetilstander, understøttes av forskning fordi det også er viktig for å forebygge overdreven bruk av smertestillende medikamenter (17).

Funn i min studie viser at i den dialogiske prosessen foregår det endringer over tid. Funnene tyder på at det er viktigere å få i gang en dialogisk prosess med ungdommene enn å fokusere på metoden som brukes.

Relasjonskompetanse

Studien viser at helsesykepleiernes relasjonelle initiativer preges av en spørrende, åpen og lyttende tilnærming til ungdommenes smerteuttrykk. De åpner for en samtale om plagene på en måte som gjør at ungdommene skal føle seg ivaretatt. Når ungdommene føler seg sett og ivaretatt, vil de også bli mer mottakelige for veiledning (19).

Helsesykepleiernes dialogiske tilnærming viser hvordan ungdom med psykososiale utfordringer får hjelp til å skifte fokus fra å være et «offer» for sine smerter til å bli en observatør av eller forsker på seg selv og sine tanker og følelser – tanker og følelser som ungdommene trenger å bli møtt på for å takle de psykososiale utfordringene de står i.

Det følelsesmessige reguleringsystemet

Dialogen med helsesykepleierne kan gi ny kunnskap og forståelse av situasjonen, en situasjon de ofte ikke har oversikt over og forståelse av selv, som for eksempel en skilsmisssituasjon. At ungdommene får hjelp til å finne strategier til å løse det som er vanskelig, er noe annet enn å forstå smerter som sykdom (20).

Å få hjelp til innsikt i og å lære om sine egne helseplager kan trene opp «det indre øyet», noe som er en viktig del av det følelsesmessige reguleringsystemet og generell psykososial utvikling (21). Å reise videre mot voksenlivet med en styrket følelse av å ha møtt, løst og forstått emosjonelle konflikter er en helt annen følelse enn å reise videre med en diagnose i sekken (20).

«At ungdommene får hjelp til å finne strategier til å løse det som er vanskelig, er noe annet enn å forstå smerter som sykdom.»

Konteksten og mandatet til helsesykepleiere er ikke å diagnostisere. De får heller ikke noen henvisning på forhånd, og helsevurderinger må gjøres der og da, når ungdommene «står i døra». Studien viser at helsesykepleierne i den dialogiske prosessen bruker seg selv som et «instrument som spiller på mange strenger», både faglig og personlig. Det synes viktig for å møte det mangfoldet som ungdom med psykososiale utfordringer står i.

Flere studier innen behandlingsforskning viser at relasjonen har større betydning for behandlingsresultatet enn metoden (19, 22). Nasjonale retningslinjer anbefaler ikke spesifikke metoder for endring av helseatferd i ungdomshelsetjenesten, men ønsker velkommen tilnærminger som på en positiv måte gjør ungdommer i stand til å påvirke sin egen helse (4).

Konklusjon

Min studie har bidratt til å belyse hvordan helsesykepleiere identifiserer og følger opp ungdommer med psykososiale utfordringer gjennom en dialogisk prosess.

Den dialogiske prosessen kan hjelpe helsesykepleiere med å arbeide systematisk med å identifisere bakenforliggende årsaker til ungdommens helseplager gjennom å observere de små tegn, etablere relasjoner, bygge allianser og igangsette intervensjon.

Studien er et bidrag til kunnskapsbasen for utvikling av profesjonell relasjonskompetanse innen helsesykepleierfaget. Studien kan videre bidra til å vise helsesykepleieres rolle i det tverrfaglige teamet ved skolen, da «de små tegn» kan være noe annet for en helsesykepleier enn for eksempel for pedagogisk personell.

Referanser

1. Meld. St. nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/> (nedlastet 18.06.2019).

2. Bakken A. Ungdata 2018. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA; 2018. NOVA Rapport 8/18. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2018/Ungdata-2018.-Nasjonale-resultater> (nedlastet 18.06.2019).
3. Helse- og omsorgsdepartementet. #Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31boe4b31bbfa6133656of269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf (nedlastet 05.06.2019).
4. Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 23.06.2019).
5. Glavin K, Helseth S. Kunnskap i tråd med samfunnets behov. Sykepleien. 2005;93(5):56–7. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/kunnskap-i-trad-med-samfunnets-behov> (nedlastet 05.06.2019).
6. Hofstad E. Flere unge ønsker psykososial hjelp. Sykepleien. 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/03/flere-unge-onsker-psykososial-hjelp-i-ostfold> (nedlastet 05.06.2019).
7. Rudenstam C. Försämrad psykososial hälsa hos barnen. Omvårdnadsmagasinet. 2008;6(4):8–11.
8. Svartdal F. Psykososial [internett]. Tromsø: Store norske leksikon; 2018 [oppdatert 13.06.2018; sitert 22.06.2019]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/psykososial>
9. Borup I, Holstein BE. Schoolchildren who are victims of bullying report benefit from health dialogues with the school health nurse. Health Education Journal. 2007;66(1):58–67. Tilgjengelig fra: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0017896907073787> (nedlastet 18.06.2019).
10. Kvarme GL, Misvær N, Valla L, Myhre MC, Holen S, Sagatun A. Bullying in school: importance of and challenges involved in talking to the school nurse. J Sch Nurs. 2019. Tilgjengelig fra: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1059840519846649?journalCode=jsnb> (nedlastet 18.06.2019).

11. Golsäter M, Sidenvall B, Lingfors H, Enskar K. Adolescents' and school nurses' perceptions of using a health and lifestyle tool in health dialogues. *J Clin Nurs*. 2011;20. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2011.03816.x> (nedlastet 23.06.2019).
12. Langaard K. Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten: aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte. (Doktoravhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.
13. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
14. Tjora A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
15. Hartz I, Skurtveit S, Steffenak AK, Karlstad O, Handal M. Psychotropic drug use among 0–17 year olds during 2004–2014: a nationwide prescription database study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:12. Tilgjengelig fra: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0716-x> (nedlastet 05.06.2019).
16. Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. *BJGP*. 2009;59(566): e308–e314.
17. Skarstein S. Frequent use of over-the-counter analgesics among adolescents – a warning sign of troubled lives. (Doktoravhandling.) Oslo: Oslomet; 2018.
18. Diseth TH, Ramberg BK. Barn med langvarig smerte: fanget i vonde sirkler – veier ut. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2012. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/03/barn-med-langvarig-smerte-fanget-i-vonde-sirkler-veier-ut?redirected=1> (nedlastet 05.06.2019).
19. Spurkeland J. *Relasjonskompetanse*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
20. Løkke PA. Ungdommens følelser og møtet med den instrumentelle fornuften. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2011;48(3):242–50. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2011/03/ungdommens-foelser-og-motet-med-den-instrumentelle-fornuften> (nedlastet 05.06.2019).
21. Siegel DJ. *Mindsight parenting: helping our children develop the resilience of social and emotional intelligence*. The Masculine Heart; 2010.

22. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. The heart and soul of change: what works in therapy. Washington DC: American Psychological Association; 1999.

FAGUTVIKLING

Helsesykepleiere må kunne veilede om flerspråklighet

Om flerspråklige foreldre føler seg mislykket etter en samtale med helsesykepleier, er ikke hensikten med samtalen oppnådd.

Helsesykepleier

Undervisning

Fagutvikling og forskning

Det har vært flere nyhetssaker hvor søkelyset har vært på helsesykepleieres råd og anbefalinger til flerspråklige foreldre (1–3). For eksempel handler artikkelen «Helsesykepleier ber foreldre snakke mindre samisk til barna» på nrk.no (2) om en familie som opplever ikke å bli møtt på sine behov for veiledning knyttet til barnets tospråklige utvikling.

I denne familien har mor norsk som morsmål, mens far har samisk. Mor ønsker å snakke samisk sammen med far og barn, i tillegg til norsk.

Ifølge NRK ble mor anbefalt å snakke norsk med barnet (2). Dette utløste en debatt der Tromsø kommune ble anklaget for å drive en fornorskingsprosess (1).

Helsestasjonstjenesten i kommunen uttrykte på sin side et behov for å imøtekomme foreldrene samt å styrke den interne fagkunnskapen om språk og barns språkutvikling (4).

Foreldre bør bruke sitt hjertespråk

Språket er en stor del av menneskets etnisitet og identitet. Språk er ikke bare menneskets tale eller tegn, det handler om uttrykk, forståelse og tanker. Å forstå og å bli forstått er en forutsetning for at mennesker kan oppleve mening, tilhørighet og fellesskap (5).

Ens egen tilhørighet til språk blir ofte omtalt som «hjertespråk», og innebærer at man snakker det språket som ligger ens identitet, følelser og forståelse nærmest. Foreldre blir derfor anbefalt å bruke sine egne hjertespråk til sitt barn, da det vil gi et rikt språkmangfold hos barnet.

«Et tospråklig barn kan bruke ulike deler av hvert av sine språk i ulike sammenhenger.»

I familier med flere hjertespråk vil man anbefale foreldrene å bruke hvert sitt hjertespråk, men det bør ikke stå i veien for å bruke felles ord og uttrykk fra den andres språk i samtale med barnet.

Samtidig tospråklighet innebærer at foreldrene har to ulike hjertespråk, og at begge språkene brukes i det daglige og snakkes til barnet fra barnet er født. Barnet vil ha en normal og forventet språkutvikling på lik linje med enspråklige barn. Et tospråklig barn kan bruke ulike deler av hvert av sine språk i ulike sammenhenger samt veksle ord fra begge språkene når det snakker (6).

Å veilede om flerspråklighet krever kunnskap

Tidligere ble foreldre frarådet å snakke flere språk med barnet sitt, men i dag er det bred enighet i forskningen om at bruk av flere språk ikke er til skade for språkutviklingen. Tvert imot kan det synes som at barn som er flerspråklige, har en rikere og bredere språkforståelse enn barn med ett språk (5).

Likevel krever det kunnskap om språkutvikling å veilede om flerspråklighet hos barn, og man må ha et faglig skjønn i møte med foreldrene. Helseesykepleiere skal ha denne kunnskapen, og de skal kunne veilede foreldre om språkutvikling (7).

Å sette seg inn i den enkelte familiens situasjon og den konteksten og kulturen de er en del av, er en forutsetning for å kunne veilede om språkutvikling. Når språket skal kartlegges, og når anbefalinger gis, skal det gjøres gjennom dialog med foreldrene og med utgangspunkt i generelle og systematiske observasjoner av barnet og familiekonteksten (8).

Samtalen er det viktigste verktøyet

Kjennskap til familiens situasjon og en god relasjon mellom helseesykepleier og foreldre er et godt utgangspunkt for å veilede om språkutvikling. Helseesykepleiere møter alle barn og unge samt deres foreldre gjennom helsestasjonsvirksomheten (0–5 år) og i skolehelsetjenesten (6–20 år) (7). I alle konsultasjonene på helsestasjonen og i møte med skoleelever og deres foreldre er samtalen helseesykepleierens viktigste verktøy.

Gjennom veiledning kan helsesykepleieren bidra til mestringsfølelse hos foreldrene (9). En opplevelse av mestring styrker foreldrerollen. Det gir mulighet for en god dialog om barnets videre språkutvikling og hvordan foreldrene kan legge til rette for det som er best for barnet.

«Etnisk identitet, kultur og kontekst må tas i betraktning, og det krever åpenhet og en kultursensitiv tilnærming fra helsesykepleieren.»

Helsesykepleieren kan informere om språkutvikling og om normale variasjoner. Milepæler som å si sine første ord kan forekomme på ulike tidspunkter og likevel være helt innenfor en normal utvikling (5).

I konsultasjoner på helsestasjonen er samtalens hensikt å gi helseopplysninger basert på barnets forventede «normalutvikling» i henhold til barnets alder samt å svare på spørsmål og gi individuelle råd ut fra en faglig vurdering. Hvilke faglige råd og anbefalinger som passer til en familie, er ikke nødvendigvis de rådene og anbefalingene som passer til en annen familie.

Videre handler helsesykepleierens veiledningsfunksjon om å være bevisst sin rolle i en veiledningssituasjon (9). Etnisk identitet, kultur og kontekst må tas i betraktning, og det krever åpenhet og en kultursensitiv tilnærming fra helsesykepleieren. Helsesykepleieren har i veiledningssituasjoner en mulighet til å hjelpe og støtte familien ut fra deres ønsker og behov.

Veiledning skal gi mestring

Helsesykepleierens samtaler er imidlertid en del av en større sammenheng og styres av myndighetenes anbefalinger om konsultasjonenes innhold (7). Forskriften om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (10) er rådende for helsesykepleietjenesten, og ifølge forskriften skal helsesykepleietjenesten tilby konsultasjoner ut fra et fastsatt program for å kartlegge barnets utvikling. Helsesykepleierens kontrollfunksjon er også styrt av en tildelt tidsramme for konsultasjonene.

I tillegg til alle disse faktorene kan også foreldrenes opplevelse av helsesykepleierens hensikt og tilnæringsmåte påvirke kvaliteten på samtalen. En travel situasjon, en ikke-lyttende tilnærming eller en opplevelse av kontroll kan påvirke relasjonen og hindre dialog.

«Måten foreldre blir møtt på, er en forutsetning for om de opplever helseinformasjonen som nyttig.»

Hvordan helsesykepleieren kommuniserer med foreldrene, vil ha betydning for hvordan foreldrene tar imot informasjonen (11). Derfor kan det tenkes at måten foreldre blir møtt på, er en forutsetning for om de vurderer, forstår og opplever helseinformasjonen som nyttig og anvendbar.

Hensikten med helsesykepleiernes veiledning er å gi en opplevelse av mestring (9, 12). I NRK-artikkelen referert over (2) sier mor at hun gikk hjem med en følelse av å være en dårlig mor. Om foreldre føler seg mislykket etter en samtale med helsesykepleier, er ikke hensikten med samtalen oppnådd.

Kritikk kan føre til refleksjon

Debatter i mediene om språkkartlegging har satt søkelyset på utfordringer helsesykepleiere kan møte når de veileder om språkutvikling. Konsultasjonen er ikke helsefremmende for barnet dersom foreldre opplever seg som mislykkede når de forlater helsestasjonen.

Kritiske tilbakemeldinger i mediene kan være ubehagelige, men de kan også bidra til refleksjoner og diskusjoner blant utøvende helsesykepleiere om egen praksis og økt bevissthet i utdanningsinstitusjonene om dagsaktuelle utfordringer studenter kan møte når de er ferdig utdannet.

Helsesykepleiere har en unik posisjon siden de møter alle foreldre og deres barn. Relasjonen mellom helsesykepleier og foreldre er grunnleggende i veiledningssamtalen. Helsesykepleierkonsultasjonen bør gi foreldre en opplevelse av mestring i sin rolle som foreldre ved at helsesykepleieren lytter, forstår og gir faglig forsvarlig helseinformasjon som er tilpasset livssyn, etnisk identitet og språk.

Referanser

1. Dahl I, Magga J-ESJ. Fornorskingspolitikk i Tromsø kommune? Nordnorsk debatt. 9. juli 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.nordnorskdebatt.no/fornorskingspolitikk-i-tromso-kommune/0/5-124-11505> (nedlastet 24.03.2021).
2. Norvang-Herstrøm ER, Verstad AB. Helsesykepleiere ber foreldre snakke mindre samisk med barna: – Kjempeuheldig. NRK Sápmi. 30. juli 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/sapmi/blir-ofte-bedt-om-a-snakke-norsk-med-barnet-framfor-samisk-1.15072707> (nedlastet 17.03.2021).
3. Verstad AB, Lian SV. Hadde barnet på helsesjekk: – Fikk beskjed om at vi måtte prate norsk. NRK Sápmi. 1. juni 2019. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/sapmi/hadde-barnet-pa-helsesjekk_-_fikk-beskjed-om-at-vi-matte-prate-norsk-1.14563305 (nedlastet 17.03.2021).

4. Berger A-L, Ottarsen G, Solstran B. Tromsø kommune driver ikke fornorskingspolitikk. Nordnorsk debatt. 9. juli 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.nordnorskdebatt.no/tromso-kommune-driver-ikke-fornorskningpolitikk/0/5-124-11289> (nedlastet 17.03.2021).
5. Tetzchner SV. Utviklingspsykologi. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2014.
6. Ryen E, Simonsen HG. Tidlig flerspråklighet – myter og realiteter. NOA – Norsk som andrespråk. 2015;30(1-2):195–217. Tilgjengelig fra: <http://ojs.novus.no/index.php/NOA/article/view/1188> (nedlastet 17.03.2021).
7. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 17.03.2021).
8. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer. Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1235. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar/horsel-syn-og-sprak/Unders%C3%B8kelse%20av%20syn,%20oh%C3%B8rsel%20og%20spr%C3%A5k%20hos%20barn%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf?download=false> (nedlastet 24.03.2021).
9. Tveiten S. Veiledning – mer enn ord 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.
10. Forskrift 19. oktober 2018 nr. 1584 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584> (nedlastet 13.11.2020).
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf> (nedlastet 13.11.2020).
12. Antonovsky A. Helsens mysterium. Den salutogene modellen. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.

Helsesykepleiere er nærmest til å følge opp søsken som pårørende

Søsken til barn med en fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse gjør hva de kan for å skjule vansker og normalisere utfordringer av hensyn til familien. Da er det ikke så enkelt å heve stemmen og si ifra.

Barn

Kommunehelsetjeneste

Pårørende

Det er er lovpålagt at søsken som pårørende skal ivaretas. I januar 2018 trådte en lovendring i kraft som innebærer at helsesykepleiere har plikt til å identifisere og kartlegge behov for informasjon og støtte hos pårørende søsken (1).

Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser og Folkehelseinstituttet har kartlagt hva 194 helsesykepleiere fra 153 kommuner tenker om oppfølgingen av søsken som pårørende og bedt dem evaluere et forebyggende tiltak rettet mot denne risikogruppen.

Søsken er ofte tause om sine opplevelser

Søsken som pårørende er en gruppe med utfordringer i hverdagen. I samtaler under kursopphold på Frambu beskriver søsken utfordringene de opplever:

«Jeg har ikke med meg noen hjem, det blir bare så mange spørsmål om hvorfor han er så rar.»

«Jeg vil ikke være alene hjemme, for søsteren min slår meg og truer meg når mamma ikke er der.»

«Hver gang jeg hører en ambulanse, tror jeg det har skjedd noe med broren min.»

«Mamma og pappa er så slitne, det er derfor de er så sinna på meg.»

Vi kunne ha fortsatt i det uendelige med slike sitater fra pårørende søsken – opplevelsene er like mange som det er barn. Søsken til barn med funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, uavhengig av om diagnosen er kognitiv, psykisk eller fysisk, møter en rekke utfordringer i hverdagen og har ofte sterke følelsesmessige opplevelser.

Utad oppfattes de gjerne som de kloke, sterke og empatiske barna med stor forståelse for annerledeshet. De er ofte tause om sine opplevelser, de «klarer seg selv», men har behov for at omgivelsene ser hva de står i, for å få støtten de trenger (2).

Pårørende søsken bør registreres

Helsesykepleiere er nok de fagpersonene som oppleves som mest tilgjengelige for de fleste barn og unge. «Kan du ikke gå til helsesøster da, det gjør jeg», tipset en ung jente en annen om i en samtalegruppe for søsken. Skolehelsetjenesten er ofte den første instansen barn og unge i Norge søker når de opplever at livet er vanskelig og de trenger helsefaglig støtte (3).

Ikke alle søsken melder sitt behov. «Jeg er på en måte den som skal få vekta til å gå i balanse i familien. Hvis broren min har problemer, så skal ikke jeg ha det», sa en ung jente og beskrev hvordan hun la lokk på vanskene sine for å fylle en rolle.

«Vi kan ikke forvente at disse barna skal 'stå frem' med sin families annerledeshet og søke hjelp.»

Når du hele livet har jobbet for å skjule vansker og normalisere utfordrende opplevelser av hensyn til familien, er det å heve stemmen og si ifra ikke nødvendigvis så enkelt. Vi kan ikke forvente at disse barna skal «stå frem» med sin families annerledeshet og søke hjelp.

Helsesykepleiere kjenner vanligvis til barnet med funksjonsnedsettelse. En systematisk registrering av søsknene deres er etter vår oppfatning den beste løsningen. Det ser dessverre ut til at dette sjelden skjer i kommunene.

Det er tilfeldig hvordan søsken blir fanget opp

At helsesykepleiere er en faggruppe som raskt er på ballen og ser seg som aktuelle i arbeidet med pårørende søsken, kom tydelig frem da vi kartla ivaretagelse av søsken som pårørende i norske kommuner.

I 2019 sendte vi ut en forespørsel til helsesykepleiere, kommunepsykologer og kommuneoverleger gjennom e-postmottakene i alle Norges 422 kommuner (per høsten 2019). Vi fikk raskt svar fra helsesykepleierne, men måtte både purre på, og finne andre rekrutteringsformer for, kommunepsykologer og kommuneoverleger.

Majoriteten (61 prosent) av helsesykepleierne i vår undersøkelse rapporterer om at det er tilfeldig hvordan pårørende søsken blir fanget opp i deres kommune. En fjerdedel melder om systematisk registrering av disse barna i møte med barnet med funksjonsnedsettelse. En svært liten andel oppgir at søsken blir fanget opp systematisk gjennom henvendelse fra spesialisthelsetjenesten.

Systemet må være på tilbudssiden

Helsesykepleiere kan tilby tjenester, men får de kontakt med pårørende som er søsken? Mange av deltakerne i vår studie (94 prosent) oppgir at helsestasjonen eller skolehelsetjenesten har et tilbud til pårørende søsken. Likevel tviler vi på at alle som trenger dette tilbudet, nås.

Kun 14 prosent i vår studie oppgir at det rutinemessig gis tilbud om slike tjenester. Majoriteten av helsesykepleierne i undersøkelsen oppga nemlig at samtaler, enten med søsken selv (94 prosent) eller med foreldre (86 prosent), gis når foreldrene selv etterspør det. Dette innebærer at foreldre må ha overskudd både til å se behovet, til å finne ut hvor et tilbud gis, og til å ta kontakt med dette stedet.

«Pårørende søsken må få vite hva helsesykepleieren kan tilby dem.»

Vi mener at dette er for mye å forlange. Foreldre til barn med funksjonsnedsettelser har en større omsorgsbyrde i hjemmet, og mange forteller om en stressende og krevende hverdag (4). Barn med utslitte foreldre trenger et system som er på tilbudssiden, og som jobber aktivt med å møte de lovpålagte kravene om å støtte søsken som pårørende.

Forandringsfabrikken, et kunnskapssenter som arbeider for å forbedre hjelpesystemene for barn, ledet nylig et prosjekt med mål om å avdekke hva som skal til for at barn skal ta kontakt med helsesykepleier. Her svarte barna blant annet at de trenger beskjed om hva helsesykepleieren kan tilby (5). Vi sier det samme: Pårørende søsken må få vite hva helsesykepleieren kan tilby dem.

Gruppesamtaler forebygger helseplager

Er helsesykepleiernes tilbud til søsken kunnskapsbasert? Da støtte til pårørende søsken ble lovpålagt i 2018, fulgte det ikke med økte midler til kommunene. Når ressursene er begrenset, gjelder det å arbeide målrettet og kunnskapsbasert.

Tidligere studier konkluderer med at kommunehelsetjenesten jobber for lite kunnskapsbasert (6). I tråd med dette ser vi et stort forbedringspotensial i helsesykepleiernes arbeid med søsken.

«Hvorfor ikke jobbe både kunnskapsbasert og kostnadseffektivt også i arbeidet med pårørende søsken?»

Forskning viser at gruppesamtaler er en god metode for å forebygge psykiske helseplager i denne gruppen (7). Gjennom gruppesamtaler kan man samle flere barn på en gang og slik bruke mindre ressurser. Barna kan nyte godt av følelsesmessig støtte fra andre barn i en tilsvarende situasjon, løse problemer i fellesskap, knytte bånd og lære av hverandre i regi av en kompetent og nær voksen.

Til tross for dette rapporterer få (7 prosent) av helsesykepleierne i vår studie at søsken som pårørende får tilbud om gruppesamtaler i deres kommune. Mange helsesykepleiere har allerede erfaring med og kompetanse i å lede barnegrupper for barn i risiko, som for eksempel PIS-grupper for barn med skilte foreldre og SMIL-grupper for barn av psykisk syke (se faktaboks). Så hvorfor ikke jobbe både kunnskapsbasert og kostnadseffektivt også i arbeidet med pårørende søsken?

PIS og SMIL

PIS står for «plan for implementering av samtalegrupper» for skilsmissebarn i skolen. Gruppene arrangeres i skole og barnehage, helt opp til videregående. Målet med gruppene er at barn og unge som strever med at foreldrene har gått fra hverandre, skal få en lettere hverdag og utvikle en psykologisk beredskap for utfordringer senere i livet. Mer informasjon finnes på forebygging.no.

SMIL står for «styrket mestring i livet». Det er utviklet som et lærings- og mestringstilbud for barn og unge som har foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer. Tilbudet beskrives nå også som et tilbud til søsken. Gruppens mål er læring og styrket mestringsopplevelse. Mer informasjon finnes på mestring.no.

SIBS er en kunnskapsbasert intervensjon

En forskergruppe fra Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser og Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har siden 2012 jobbet målrettet med å utvikle og evaluere metoder for å støtte søsken.

SIBS (basert på det engelske navnet for søsken, *siblings*) er et resultat av dette arbeidet og er en intervensjon som har som mål å styrke kommunikasjonen mellom foreldre og søsken. Slik ønsker vi å sikre at barna får mer av den informasjonen og emosjonelle støtten de trenger i hverdagen.

Intervensjonen går over kun fem økter, men inneholder både støttegruppeøkter for barn, psykoedukasjonsgruppeøkter for foreldre og felles økter hvor foreldre og barn øver på å snakke sammen under veiledning (8). I en studie gjennomført i 2014–2017 rapporterte 99 deltakere om signifikant bedring i kommunikasjonen mellom foreldre og barn, signifikant økning i søskens kunnskap om funksjonsnedsettelsen og signifikant reduksjon av psykiske helseplager hos søsken (9).

Søsken får støtte hverandre som likesinnede

At en intervensjon fungerer innen rammen av et forskningsprosjekt, er bra, men det aller viktigste er at den fungerer ute i «den virkelige verden» og kan tilpasses ved behov. I arbeidet med å implementere SIBS i Norges kommuner er derfor helsesykepleiernes tanker veldig viktige.

Deltakerne i vår studie fikk se en informasjonsfilm om SIBS (se like under), og på bakgrunn av denne filmen vurderte de kvaliteten på intervensjonen som høy (7,8 i gjennomsnitt på en skala fra 1 til 10).



På oppfordring om å rapportere i fritekst om hva de så som styrker ved SIBS-intervensjonen, blir flere aspekter beskrevet av helsesykepleierne. Noen av disse vil vi fremheve her:

Familieperspektivet til SIBS blir beskrevet som en styrke: SIBS gir mulighet til å forebygge vansker hos barn gjennom å styrke foreldre som samtalepartnere. Et annet aspekt som blir beskrevet, er SIBS' struktur og målrettede oppbygning med klart definerte metoder. Et tredje og kanskje mer overordnet aspekt som blir beskrevet som en styrke ved SIBS, er at søsken får møtes og gi hverandre støtte som likesinnede.

Tross de positive evalueringene er det likevel skepsis å spore i helsesykepleiergruppen til muligheten for å gjennomføre SIBS i deres kommune (gjennomsnittsskår 4,7 på en skala fra 1 til 10). Selv om SIBS kan ledes av kun to gruppeledere, mener 79 prosent at tilgang på personalressurser vil utfordre gjennomføringen.

Det samme gjelder tilgang på deltakere. Til tross for at SIBS krever kun tre deltakende barn per gruppe, mener 64 prosent av helsesykepleierne at det vil være utfordrende å få samlet nok barn til gruppene innad i kommunen. Økonomi og kompetanse i å lede grupper blir også nevnt som en hindring av rundt en tredjedel av deltakerne, mens et fåtall nevner tilgang på lokaler som en utfordring.

Tverrfaglig samarbeid er en mangelvare

Kan utfordringene overkommes gjennom økt samarbeid? Helsesykepleiere har i tidligere studier fremhevet samarbeid som en viktig faktor i arbeidet med å forebygge psykiske helseplager (10).

Basert på vår kartlegging ser det ut til at samarbeid om tjenester til pårørende søsken er en mangelvare. Kun 2 av 92 deltakere rapporterer om samarbeid mellom tjenester innad i kommunen, og kun 10 om samarbeid med nabokommuner.

«Flere forteller om samarbeid med interesseorganisasjoner enn om samarbeid med statlige eller kommunale instanser.»

Hele 73 prosent av helsesykepleierne i denne studien oppgir at samarbeid med spesialisthelsetjenesten om ivaretagelse av søsken er fraværende eller svært begrenset. Det er flere som forteller om samarbeid med interesseorganisasjoner enn om samarbeid med statlige eller kommunale instanser om et tilbud.

Fafos rapport Trøbbel i grenseflatene (11) påpeker at manglende samarbeid mellom tjenester fører til at barn ikke får den oppfølgingen de har behov for. Barn som har en funksjonsnedsettelse, møter ofte helsepersonell både i spesialisthelsetjenesten (for eksempel i HABU (habiliteringstjenesten for barn og unge) eller BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk)) og i kommunen (for eksempel på helsestasjon eller i PPT), og alle disse fagpersonene har et selvstendig ansvar for å bidra til at søskens rettigheter til støtte følges opp.

Kommunene må ha barneansvarlige

Men som ordtaket om for mange kokker tilsier, kan kanskje antallet involverte personer faktisk føre til mangel på tiltak. For hvem føler ansvaret? Og hvem har det overordnede ansvaret?

Da støtte til pårørende søsken ble lovpålagt i 2018, ble loven raskt fulgt opp med et krav om barneansvarlige på alle helseforetak (12). Det samme har ikke skjedd i kommunene.

Vi har gjort søk på nettet og lett etter barneansvarlige i kommunene. Søkeresultatene viste at dette er en rolle som ofte tildeles en ansatt i en avgrenset kommunal tjeneste, da ofte psykisk helse og rus, for å ivareta barn som pårørende innad i denne tjenesten.

Mangel på barneansvarlige kan også leses ut av våre resultater. Barneansvarlig blir kun nevnt to ganger som en potensiell samarbeidspartner i arbeidet for å ivareta søsken. Langt flere oppgir derimot kreftkoordinatorer. Dette er kommunale stillinger finansiert av Kreftforeningen som kun dekker en svært liten undergruppe av søsken, nemlig søsken til barn med kreft.

I Norge lever det rundt 334 000 barn med en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom (13). Mange av barna har søsken. Noen bør ha det overordnede ansvaret for å ivareta disse søsknene i kommunene der de bor. På bakgrunn både av studien vår og vår kliniske erfaring fra arbeidet med pårørende søsken mener vi at en helsesykepleier kan være rett fagperson i denne rollen.

Kurs i SIBS

Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser og Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har i mange år forsket på og utviklet tiltak for søsken som pårørende. Frambu kan tilby kommunale tjenester et kompetanseløft.

Kurs i SIBS gjennomføres kostnadsfritt hvert halvår. Flere kommuner har sendt representanter fra ulike tjenester og med ulike fagprofesjoner på kurs for å trenes som et team som kan gjennomføre grupper i sin hjemkommune. Til sammen har nå 114 gruppeledere, blant dem flere helsesykepleiere, blitt kurset.

Bli med på å teste ut SIBS i din kommune! Meld din interesse ved å sende en e-post til tva@frambu.no.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Helsepersonelloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer> (nedlastet 22.03.2021).
2. Haukeland YB, Fjermestad KW, Mossige S, Vatne TM. Emotional experiences among siblings of children with rare disorders. *J Pediatr Psychol.* 2015;40(7):712–20. DOI: [10.1093/jpepsy/jsvo22](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsvo22)
3. Moen A. Dialogen med helsesykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse. *Sykepleien.* 2019. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.77232](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77232)
4. Craig F, Operto FF, De Giacomo A, Margari L, Frolli A, Conson M, et al. Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry Res.* 2016;242:121–9. DOI: [10.1016/j.psychres.2016.05.016](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.016)
5. Forandringsfabrikken Kunnskapssenter. Snakke snilt [internett]. Oslo: Forandringsfabrikken Kunnskapssenter; 2020 [sitert 18.03.2021]. Tilgjengelig fra: <https://forandringsfabrikken.no/snakke-snilt>
6. Otterstad HK. Får til mer effektiv kommunehelsetjeneste. *Sykepleien.* 2016;106(7):53–4. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2016.58048](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58048)
7. Smith MM, Pereira SP, Chan L, Rose C, Shafran R. Impact of well-being interventions for siblings of children and young people with a chronic physical or mental health condition: a systematic review and meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2018;21(2):246–65. DOI: [10.1007/s10567-018-0253-x](https://doi.org/10.1007/s10567-018-0253-x)
8. Vatne TM, Haukeland YB, Mossige S, Fjermestad KW. The development of a joint parent-child intervention for siblings of children with chronic disorders. *Fokus på familien.* 2019;47(1):20–35. DOI: [10.18261/issn.0807-7487-2019-01-03](https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-01-03)
9. Haukeland YB, Czajkowski NO, Fjermestad KW, Mossige S, Silverman WK, Vatne TM. Evaluation of “SIBS”, an intervention for siblings and parents of children with chronic disorders. *J Child Fam Stud.* 2020;29(8):2201–17. DOI: [10.1007/s10826-020-01737-x](https://doi.org/10.1007/s10826-020-01737-x)
10. Sand TI, Kvarme LG. Slik kan helsesøstre oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom. *Sykepleien.* 2018. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2018.70421](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70421)
11. Hansen I-LS, Jensen RS, Fløtten T. Trøbbel i grenseflatene. Oslo: Fafo; 2020. Fafo-rapport 2020:02.

12. Helsedirektoratet. Pårørendeveileder. Helseforetak skal ha barneansvarlig personell [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 18.01.2018; sitert 18.03.2021]. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/helseforetak-og-kommuners-plikter-overfor-parorende/plikt-til-parorendeinvolvering-og-stotte/helseforetak-skal-ha-barneansvarlig-personell>

13. Statistisk sentralbyrå. Sykelighet blant barn. Sykdom, skade eller funksjonshemming, etter kjønn og alder (prosent) [internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; [oppdatert 25.06.2020; hentet 18.03.2021]. Tilgjengelig fra:

<https://www.ssb.no/statbank/table/06635/>