

# **”Vi vet de er der, men vi ser dem ikke”**

**En studie av helsesøstre i skolens arbeid for å identifisere barn som har det vanskelig på grunn av foreldres rusproblemer.**



Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering i rusproblematikk

Masteroppgave 30 studiepoeng

**Silje Brennesvik Stavne**

**Veileder: Kristin Humerfelt**

**26.5.2014**

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

---

SEMESTER:

Vår – 2014

---

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Silje Brennesvik Stavne

Veileder : Førsteamanuensis Kristin Humerfelt

---

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: "Vi vet de er der, men vi ser dem ikke"

En kvalitativ studie av helsesøstre i skolens arbeid for å identifisere barn som har det vanskelig på grunn av foreldres rusproblemer.

Engelsk tittel: "We know they are there, but we do not see them"

A qualitative study of public health nurses work in the schools to identify children who are struggling because of parental substance abuse.

---

EMNEORD/STIKKORD: Skolehelsetjenesten, Helsesøster, Barn som pårørende, Foreldre med rusproblemer, Tillitsbygging.

---

ANTALL SIDER: 74 (17730 ord)

STAVANGER.....*Silje B. Stavne*.....

26.5.2014

## Forord

Denne oppgaven markerer slutten for min masterstudie i helsevitenskap med spesialisering i rus og rusmiddelproblematikk. Arbeidet har til tider vært utfordrende, men samtidig har det vært en lærerik prosess.

Jeg ønsker å takke mine fem informanter, som på tross av travle dager i skolehelsetjenesten tok seg tid til å snakke med meg.

Jeg vil takke min veileder Kristin Humerfelt for støtte og god hjelp i prosessen. Takk for rask tilbakemelding på mine spørsmål, til alle døgnets tider. Og ikke minst takk for at du hadde tro på meg, når jeg ikke hadde det selv.

Kari Winther Malde, takk for at du har lest "korrektur", ikke bare i forbindelse med masteroppgaven, men gjennom hele masterstudiet.

Min tante Margaret Hetland skal ha en takk fordi hun har villig har stilt opp som barnevakt, noe som gjorde fullførelsen av denne oppgaven mulig.

Takk til Vidar, for hjelp når mine dataferdigheter ikke strekte til, samt for å holde ut med meg i denne perioden. Og til slutt, takk Maria og Andreas for at dere har holdt ut med en studentmamma.

Sandnes, 26. mai 2014

Silje Brennesvik Stavne

*"Du møter meg på vei til jobb,  
det vet du ikke at du gjør ..."*

Kari Bremnes (1997)

## **Innhold**

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Forord .....                                                     | 3  |
| Sammendrag .....                                                 | 8  |
| 1.0 Innledning.....                                              | 9  |
| 1.1 Bakgrunn for tema.....                                       | 9  |
| 1.2 Tema for studiet .....                                       | 10 |
| 1.3 Studiens formål .....                                        | 11 |
| 1.4 Problemstilling.....                                         | 11 |
| 1.5 Avgrensning og presisering .....                             | 11 |
| 2.0 Tidligere forskning og teoretisk bakgrunn .....              | 13 |
| 2.1 Tidligere forskning.....                                     | 13 |
| 2.2 Rus og rusmiddelbruk.....                                    | 16 |
| 2.2.1 Rus, rusmidler og rusmiddelbruk .....                      | 16 |
| 2.2.2 Definisjon av rusmiddelproblemer.....                      | 16 |
| 2.3 Risikoer ved å vokse opp med foreldre med et rusproblem..... | 18 |
| 2.4 Barn som pårørende.....                                      | 19 |
| 2.4.1 Lovgrunnlaget.....                                         | 19 |
| 2.4.2 Hvilke konsekvenser får det for barna? .....               | 20 |
| 2.5 Helsesøstertjenesten.....                                    | 20 |
| 2.5.1 Historikk og ansvarsområde .....                           | 20 |
| 2.5.2 Skolehelsetjenesten oppgaver .....                         | 21 |
| 3.0 Forskningsdesign .....                                       | 23 |
| 3.1 Forskningsmetodisk tilnærming .....                          | 23 |
| 3.2 Kvalitativ tilnærming – intervju som metode.....             | 24 |
| 3.3 Utvalg .....                                                 | 25 |
| 3.3.1 Rekruttering av informanter .....                          | 25 |
| 3.3.2 Presentasjon av utvalget .....                             | 27 |
| 3.4 Intervjuet.....                                              | 27 |
| 3.5 Mitt forhold til feltet .....                                | 29 |
| 3.6 Analysen .....                                               | 29 |
| 3.6.1 Transkribering.....                                        | 30 |
| 3.6.2 Helhetsuttrykk og tema .....                               | 30 |

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| 3.6.3 Koding og meningsbærende enheter .....       | 31 |
| 3.6.4 Fra kode til mening.....                     | 31 |
| 3.6.5 Sammenfatning .....                          | 32 |
| 3.6.6 Analysens utfordringer.....                  | 32 |
| 3.7 Reliabilitet og validitet.....                 | 33 |
| 3.8 Forskningsetiske vurderinger .....             | 34 |
| 4.0 Resultater .....                               | 36 |
| 4.1 Tillitsbygging.....                            | 36 |
| 4.1.1 Synliggjøre seg selv og tjenesten.....       | 36 |
| 4.1.2 En åpen dør .....                            | 37 |
| 4.1.3 Kontinuitet i tjenesten.....                 | 38 |
| 4.2 Gyldiggjøring av tema.....                     | 38 |
| 4.2.1 Snakke om det.....                           | 38 |
| 4.2.2 Undervisning og veiledning .....             | 39 |
| 4.2.3 Brosjyrer og plakater .....                  | 39 |
| 4.3 Helsesøsters utfordringer.....                 | 40 |
| 4.3.1 "Tiden som et åk" .....                      | 40 |
| 4.3.2 Skjult – derfor vanskelig å se .....         | 41 |
| 4.3.3 Mange uttrykksformer .....                   | 42 |
| 4.3.4 Mot .....                                    | 42 |
| 4.3.5 Mange oppgaver -en kompetanseutfordring..... | 43 |
| 4.3.6 Lite elev og foreldrekontakt .....           | 44 |
| 4.3.7 Ser det for sent.....                        | 45 |
| 4.3.8 Bli trygge nok.....                          | 45 |
| 5.0 Diskusjon .....                                | 47 |
| 5.1 Er helsesøsters arbeidsmetoder de rette? ..... | 47 |
| 5.1.1 Tillitsbyggende arbeid .....                 | 47 |
| 5.1.2 Synlighet, kontinuitet og en åpen dør.....   | 48 |
| 5.1.3 Åpenhet .....                                | 50 |
| 5.2 Utfordringen; -å finne dem .....               | 51 |
| 5.2.1 Hvorfor er barna så vanskelig å finne?.....  | 51 |
| 5.2.2 Tiden - som ikke strekker til .....          | 52 |
| 5.2.3 Manglende kunnskap om rusproblematikk?.....  | 53 |
| 5.2.4 Lite foreldrekontakt.....                    | 54 |

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 5.2.5 Magefølelsen og det vanskelige spørsmålet .....             | 55 |
| 5.2.6 Blikket – som skal se .....                                 | 56 |
| 5.3 ”Kunnskap, tid og mot - er det som skal til?” .....           | 57 |
| 5.3.1 For stort ansvarsområde? .....                              | 57 |
| 5.3.2 Hjelp av andre instanser .....                              | 58 |
| 5.3.3 Mer arbeidstid på skolen.....                               | 59 |
| 6.0 Avslutning .....                                              | 60 |
| 6.1 Refleksjoner om studiens begrensninger og implikasjoner ..... | 62 |
| Kilder .....                                                      | 64 |
| Vedlegg 1. Tilbakemelding fra NSD .....                           | 69 |
| Vedlegg 2. Informasjonskriv .....                                 | 71 |
| Vedlegg 3. Intervjuguide .....                                    | 73 |

## Sammendrag

Bakgrunnen for denne oppgaven har vært den økende oppmerksomheten man i senere tid har sett med tanke på barn som lever i familier med problematisk rusmiddelbruk. Det er antydnet at mellom 90 000 og 230 000 barn i Norge har foreldre med et rusproblem.

Målsettingen for denne studien var å finne ut hvordan helsesøstre i barne- og ungdomsskoler arbeider for å fange opp disse barna. Studiens problemstilling var hvordan helsesøster i skolen arbeidet for å identifisere barn i rusfamilier, og hvilke utfordringer de møtte i dette arbeidet. I følge regjeringens folkehelsemelding bør helsesøstre tidlig kunne identifisere barn med vanskelige oppvekstvilkår. Helsepersonelloven § 10a slår fast at helsepersonell skal gi informasjon og nødvendig oppfølging til barn av rusmiddelavhengige. Barn som vokser opp i rusfamilier har økt sjanse for å utvikle atferdsvansker, psykiske problemer og for selv å utvikle et rusproblem i voksen alder. Studien hadde et kvalitativt design, med individuelle intervju av fem helsesøstre i skolehelsetjenesten.

Funnene viser at *tillitsbygging* ble sett på som viktig for å kunne fange opp disse barna. Helsesøstrene fremhevet *synliggjøring*, *kontinuitet*, og "*åpen dør*" som viktige elementer i dette arbeidet. I tillegg var *gyldiggjøring* av rusproblematikk viktig for at elevene skulle kunne snakke om problemet. Helsesøstrene møtte flere utfordringer i arbeidet med å identifisere disse barna. Siden rusproblematikk ofte er *tabubelagt*, ble det i mange tilfeller *hemmeliggjort*, noe som gjorde barna vanskelige å se. *Liten kontortid* ved skolene i forhold til ansvarsområdet, *lite foreldrekontakt*, samt *manglende kompetanse* på rusproblematikk var andre utfordringer. Økte ressurser og økt kompetanse behøves for å identifisere barna tidligere. Det er et spørsmål om helsesøstre har for stort ansvarsområde.



## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for tema

Barn som vokser opp i familier med et problematisk rusbruk har fått økende oppmerksomhet i media den senere tid. Vi har blant annet kunnet lese at mange flere barn enn tidligere antatt lever i familier med et problematisk rusbruk (Hammerstrøm & Sætre, 2012). I vår fikk vi en påminning om at dette barnet kan være hvem som helst, da kronprinsesse Mette-Marit fortalte om sin oppvekst med en alkoholisert far (Estensen & Gulbrandsen, 2014; Kleven, 2014).

Rusproblemer i familien er et tabubelagt emne, og barna bærer ofte på dette i hemmelighet. Derfor kan det være vanskelig å fange opp disse barna (Baklien & Wejden, 2009). Barn av rusmisbrukere er ingen homogen gruppe, og de finnes i alle samfunnslag. Felles for dem er at de har en større risiko for adferdsvansker, psykiske problem, og for selv å utvikle et problematisk rusmiddelbruk i voksen alder (Kvello, 2010; Lambie & Sias, 2005; Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006). Omsorgssituasjonen for disse barna er ofte vanskelig og uforutsigbar (Baklien & Wejden, 2009). Aldersgruppen 25-34 år har statistisk sett høyest forekomst av alkoholproblemer, dette er også alderen der mange etablerer seg og får barn (Haugland

Haugland, 2012). Ved å identifisere disse barna tidlig vil det kunne minske risikoen for negative konsekvenser (Backlund et al., 2010).

Regjeringens mål i opptrappingsplan for rusfeltet er å bedre oppfølging og hjelp til barn av rusmisbrukere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Det er vanskelig å gi et eksakt antall barn som lever i familier med risikofylt alkoholkonsum, enkelte mener antallet er mellom 50 000 til 150 000 barn, mens andre igjen har antydnet at det kan være så mange som 230 000 (Torvik & Rognmo, 2011). Uansett er det svært mange barn det gjelder, og regjeringen ønsker derfor å gjøre mer for at barn og unge som lever under slike forhold skal oppdages tidlig (Helse og omsorgsdepartementet, 2012).

Mange yrkesgrupper i offentlig sektor har jevnlig kontakt med barn, noen ser barna daglig som lærere, førskolelærere og SFO ansatte, mens andre ser barna over et lengre tidsforløp slik som helsesøstre, leger og tannleger. I følge barnevernloven § 6-4 (1992) har offentlig

ansatte plikt til å melde fra til barnevernet om noe tyder på at barnet er utsatt for omsorgsvikt. For helsepersonell slår helsepersonelloven § 10a (1999) fast at de skal ivareta det behovet barn av foreldre med et rusproblem har med tanke på informasjon og nødvendig oppfølging.

## **1.2 Tema for studiet**

Denne studien fokuserer på hvordan helsesøstre arbeider i forhold til barn som har foreldre med rusproblematikk. Helsesøstertjenesten er et lavterskel tilbud for alle barn og barnefamilier. Helsesøstre utfører jevnlig helseundersøkelser av barn, både på helsestasjoner og på skolen. Selv om helsesøstre ikke ser barna daglig, er de den yrkesgruppen i helsetjenesten som har mest direkte kontakt med barn, ungdom og familie (Glavin, Helseth, & Kvarme, 2007). Helsesøstre møter omtrent alle landets barn flere ganger i oppveksten, de har derfor en unik mulighet til å oppdage barn som har vanskelige oppvekstvilkår grunnet foreldres rusproblemer (Glavin, et al., 2007; Meld. St. nr.34 (2012 - 2013)). I denne studien er det valgt å fokusere på hva helsesøstre i skolehelsetjenesten ved barne- og ungdomsskoler gjør i sitt daglige arbeid. Hvilke arbeidsmetoder legger de vekt på for å identifisere disse barna, og hvilke utfordringer møter de. Når barnet har kommet i skolealder møtes det med mange krav om prestasjoner både på skolen og i organiserte fritidsaktiviteter. Derfor er dette en kritisk fase for disse barna, og det blir vanskeligere for familien å skjule sin rusproblematikk (Lauritzen, 2011). Det er derfor viktig å tidlig identifisere og hjelpe disse barna (Lambie & Sias, 2005).

### **1.3 Studiens formål**

En av skolehelsetjenestens funksjoner bør i henhold til regjeringens folkehelsemelding (Meld. St. nr.34 (2012 -2013)) være, at de tidlig kan identifisere barn med vanskelige oppvekstvilkår, som eksempelvis familiær rusproblematikk. Ved tidlig identifisering kan eleven tidlig motta hjelp, noe som igjen kan begrense skadeomfanget (Backlund, et al., 2010). Formålet med studien er å bidra til kunnskap om helsesøstre i skolens arbeid for å identifisere barn som lever i familier med problematisk rusbruk. Målet er å undersøke hvordan helsesøstre i skolen arbeider med denne problematikken, samt hvilke muligheter de per i dag har for å kunne identifisere barna tidlig. På bakgrunn av dette er ønsket å kunne se hva som fungerer bra i dag, og hva som eventuelt kan bli bedre.

### **1.4 Problemstilling**

I henhold til studiens formål er problemstillingen for denne studien:

*”Hvordan arbeider helsesøstre i skolen for å identifisere barn som har det vanskelig på grunn av foreldrenes rusproblemer og hvilke utfordringer møter helsesøstre i dette arbeidet?”*

### **1.5 Avgrensning og presisering**

Forskningen skiller sjeldent på de forskjellige typer rusmidler, og med unntak av alkohol blir de ofte beskrevet som en samlegruppe (Ytterhus, 2012). For barn spiller det som regel heller ingen rolle hvilket rusmiddel foreldrene misbruker. De kan lide like mye under misbruk av piller foreskrevet av egen lege, som høyt alkoholforbruk eller narkotikabruk (Skotland, 2007a). Rusmidler blir derfor brukt som en samlebetegnelse i denne studien. En stor andel av de personene som har et problematisk rusbruk sliter i tillegg med psykiske problemer. En blanding av rusproblematikk og psykiske problemer hos foreldre kan gjøre barnets oppvekstvilkår enda vanskeligere (Mohaupt & Duckert, 2010). I denne studien fokuseres det imidlertid kun på rusproblematikk hos foreldre. Presiseringer med tanke på rusproblematikk vil bli videre presentert i kapittel 2.

Skolehelsetjeneste er lovpålagt ved barneskoler, ungdomsskoler og videregående skoler (Helsedirektoratet, 2011). Denne studien begrenser seg til skolehelsesøsters arbeid på barne- og ungdomsskoler. Titlene "helsesøster" og "skolehelsesøster" vil videre i oppgaven bli benyttet i samme betydning.

Helsesøstre kan som regel ikke identifisere og hjelpe disse barna alene, de er ofte avhengig av et samarbeid med lærere og skoleledelse som ser elevene mest (Sølvberg, 2004).

Barnevernet er også en viktig samarbeidsinstans når det gjelder denne problematikken (Baklien, 2009; Cederkvist, 2010). Grunnet denne studiens begrensede omfang blir ikke dette samarbeidet diskutert videre i oppgaven.

## 2.0 Tidligere forskning og teoretisk bakgrunn

I dette kapitlet blir det gjort rede for tidligere forskning på feltet og teoretisk bakgrunn. Dette vil fungere som en kontekst for å forstå studiens funn. Helsesøsterfeltet er underteoretisert i samfunnsvitenskapelig sammenheng (Neumann, 2009), derfor blir det ingen tradisjonell teoretisk begrepsdiskusjon. Men rusmiddelbruk og rusmiddelproblematikk vil bli definert i dette kapitlet. Hvilke konsekvenser foreldres problematiske rusmiddelbruk kan ha med tanke på barna, barn som pårørende og aktuell lovgivning, samt skolehelsetjenestens mandat vil også bli beskrevet. Resultatene vil senere bli drøftet opp mot dette og tidligere forskning.

### 2.1 Tidligere forskning

For å finne tidligere forskning angående tema, ble det søkt i databasene: "Scopus", "Academic Search Elite", "Cinahl", "SveMed+" og "Idunn". Søkeordene som ble benyttet enkeltvis og koblet var: "helsesøster", "School health services", "Foreldre med rusproblem" og "Parental substance abuse". I tillegg fant jeg en del relevant forskning ved å studere litteraturhenvisninger i artikler eller annen litteratur relatert til problemstillingen.

Mye av forskningen på feltet er rettet mot hvilke konsekvenser rusproblematikk hos foreldre kan få for deres barn (Backett-Milburn, Wilson, Bancroft, & Cunningham-Burley, 2008; Christoffersen & Soothill, 2003; Mohaupt & Duckert, 2010; Serec et al., 2012). Det kan synes som at lite forskning er rettet spesifikt mot helsesøstre i skolen og deres arbeidsmetoder for å identifisere og hjelpe barn i familier med rusproblemer. Generelt er det gjort lite forskning rettet mot skolehelsetjenesten, og ifølge Dahm, et al. (2010) er forskning på skolehelsetjenesten blitt forsømt i Norge.

En svensk studentbesvarelse på magisternivå omhandlet samme problemstilling som denne studien:

Helena Elfving Olsson (2011) har skrevet: "Skolsköterskans roll i arbetet att upptäcka och bemöta barn som har en förälder med alkohol missbruk". Hun har i en kvalitativ undersøkelse intervjuet 10 skolehelsesøstre om hvordan de arbeider i forhold til barn som

har foreldre med et alkoholmisbruk. Hun har gjort en del funn som samsvarer med denne studien, spesielt med tanke på helsesøstres arbeid med *å bygge tillit*, og viktigheten av *kunnskap og kompetanse*. Til forskjell fra denne studien har Olsson kun fokusert på alkoholmisbruk hos foreldre, ikke andre rusmidler. Hun har i tillegg beskrevet samarbeidet med annet skolepersonell og barnevern, noe som ikke blir drøftet i denne studien.

I tillegg til Olssons forskning (2011) finnes det en del relevant forskning som belyser ulike sider av problemstillingen.

Cecilie Basberg Neuman (2009) har skrevet doktoravhandlingen: "Det bekymrede blikket", angående helsesøstres handlingsbetingelser. Metoden hennes var kvalitativ med individuelle intervjuer, et gruppeintervju, samt observasjon av samhandlinger. De fleste av informantene var helsesøstre. Forskningen dreier seg om hvorfor det er vanskelig for helsesøstre å oppdage barn som lever i familier med vold og omsorgssvikt. Forskningen er derfor relevant i forhold til denne studien, da rusproblematikk i familien ofte kan medføre omsorgssvikt (Haugland, 2012). Neumann konkluderer med at helsesøstre har en sterk historisk bakgrunn som helseopplysere, og at det dermed har vært vanskelig å endre "helsesøsterkulturen" til dagens problemstillinger som ofte er av mer psykososial art. Hun viser i tillegg til at helsesøsters kunnskap, kjønn og klassebakgrunn er med å forme helsesøstres blikk for å oppdage disse barna (Neumann, 2009).

De svenske forskerne Agneta Johansson og Margareta Ehnfors (2006) har skrevet artikkelen: "Mental health-promoting dialog of School nurses from the perspective of adolescent pupils." Målet for deres forskning var å finne ut hvilke forutsetninger som må være tilstede for at elevene og skolehelsesøster skulle kunne ha en helsefremmende dialog om elevens psykiske helse. Undersøkelsen benyttet kvalitativ metode med intervju av tjueseks femtenåringer. Resultatene viser at for at elevene skulle åpne seg for helsesøster måtte helsesøster være til å stole på, vise respekt, ha omsorg, være imøtekommende og ha kontinuitet i tjenesten. Forskningen er interessant for min problemstilling da den viser elementer som må være tilstede for at elever skal kunne fortelle om rusproblematikk i familien.

Amerikanerne Glenn W. Lambie og Shari M. Sias(2005) har skrevet artikkelen: "Children of alcoholics: Implications for professional school counseling." De skriver at foreldres alkoholbruk kan få konsekvenser av fysisk, psykisk, sosial og emosjonell art. Videre skriver de at barna ofte kunne ha behov for en veileder på skolen som kunne gi dem støtte, men at det

mange ganger er vanskelig å oppdage disse barna. De konkluderer med hvor viktig det er å identifisere disse barna tidlig for dermed å redusere eventuelle konsekvenser av foreldrenes rusproblematikk. De finner at *kunnskaper* om rusproblematikk og holdninger til det, er viktige faktorer for å identifisere disse barna. Selv om det i denne artikkelen tas utgangspunkt i "professional school counselor", eller skoleveileder, og ikke skolehelsesøster, kan mye av dette overføres til den norske skolehelsesøsters ansvarsområde. Denne artikkelen er aktuell for min studie, da den peker på faktorer som gjør disse barna er vanskelig å identifisere. Den viser også betydningen av kunnskaper og rette holdninger for å kunne identifisere disse barna.

Henning Mohaupt og Fanny Duckert (2010) har gjort en studie av eksisterende litteratur på dette temaet som igjen har resultert i rapporten "barn av rusmiddelmisbrukere". De har sett på hvem disse barna er, og hvilke skadevirkninger som kan oppstå, hva som anses som det skadeligste på hvert alderstrinn, og hvilke tiltak som finnes i Norge i dag. Deres resultater viser hvor viktig det er å identifisere disse barna tidlig.

Aase Sundfær har gjennomført flere undersøkelser siden 1980 tallet som omhandler barn av kvinner med rusproblemer. Hun har fulgt disse barna og hatt samtaler med dem fra de var små til de ble voksne. Ut ifra disse samtaleene har hun blant annet skrevet artikkelen: "Bill.merk "hemmelig" (2005). I denne artikkelen beskriver hun *hemmeligholding* som ofte blir en strategi i familier med rusproblemer, da ønsket er at ingen oppdager familiens problemer. Hennes forskning belyser hvorfor det kan være vanskelig å finne barn i rusfamilier, noe som er en relevant problemstilling i denne studien.

Backett-Milburn, Wilson, Bancroft og Cunningham-Burley (2008) har skrevet artikkelen: "Challenging childhoods; Young people's account of "getting by" in families with substance use problems". I en kvalitativ undersøkelse fra Storbritannia har personer i alderen 15 til 27 år blitt intervjuet om deres oppvekst i familier med problematisk rusmiddelbruk. Målet med studien var å finne ut hvordan de taklet dagliglivet hjemme, på skolen og i fritiden. Noe av det de oppdaget var at barn ofte gjorde en del tiltak for å få kontroll over miljøet rundt seg og holde rusproblemene skjult. Ofte var tiltakene av en slik art at de kunne være til hjelp her og nå, men i det senere livet kunne det medføre fysiske, psykiske eller sosiale problem. Tiltakene beskrives som at barna bygger opp et skjørt nett med rundt seg, men dette nettet kan lett ødelegges eller brytes ned (Backett-Milburn, et al., 2008). Denne artikkelen er

relevant i forhold til problemstillingen fordi den viser barns mestringsstrategier for å holde rusproblematikken i familien skjult for andre.

Baklien og Wejden (2009) har evaluert et prosjekt utført av Borgestadklinikken, som hadde som mål å øke kompetansen blant ansatte i barnehager, skoler, sosialtjeneste, barnevern og helsesøstre med tanke på barn i rusfamilier. Evaluering ble gjort ved hjelp av både kvalitative og kvantitative undersøkelser og kunne konkludere med at kunnskap ikke bare gjør det lettere å se barna i disse familiene, men det gjorde det også lettere å ta opp et slikt tabubelagt tema med dem det gjelder. Denne studien er relevant i forhold til problemstillingen da den viser at kunnskap er viktig i arbeidet med å identifisere disse barna.

## **2.2 Rus og rusmiddelbruk**

### **2.2.1 Rus, rusmidler og rusmiddelbruk**

Rus er egentlig en forkortelse av ordet "beruselse" og beruselse er noe en oppnår ved å bruke rusmidler (Skretting, 2010).

Tradisjonelt sett er alkohol det viktigste rusmiddelet i Norge. Undersøkelser viser at nesten 90 prosent av befolkningen over 15 år har brukt alkohol minst en gang i løpet av et år (Kvello, 2010; Nordlund, 2010). De siste 50 årene har det vært en økning av narkotikabruk i befolkningen. Narkotikaproduksjonen er hele tiden i utvikling, noe som medfører at narkotika dukker opp i stadig nye former (Kvello, 2010). Narkotikabruk er illegalt i Norge, derfor foregår bruken ofte i det skjulte, noe som gjør det vanskelig å stadfeste i hvilket omfang det brukes. Undersøkelser antyder at tallet på personer som har brukt narkotika minst en gang siste år ligger på mellom 130 000 til 180 000 (Amundsen, 2010). I den senere tid har man også fått et fokus på legemidler som eksempelvis psykofarmaka. Disse typer legemidler nyttes for å oppnå en beruselse, både alene og i blanding med andre rusmidler (Kvello, 2010).

### **2.2.2 Definisjon av rusmiddelproblemer**

Konsekvensen av rusmiddelbruk avhenger av den sosiale sammenhengen rundt rusmiddelbruket; hvilken type rusmiddel, samt personen som inntar det. Grensen mellom



akseptabelt rusmiddelbruk og problematisk bruk kan være vanskelig å fastslå (Lund & Bretteville-Jensen, 2010). I hvilken sammenheng rusmiddelet brukes, hvilket rusmiddel som benyttes, samt om rusmiddelet er legalt eller illegalt, er alle faktorer som spiller inn for vår oppfattelse av problematisk eller ikke-problematisk rusmiddelbruk (Lund & Bretteville-Jensen, 2010). Samfunnsutviklingen har også betydning for vår oppfattelse av problematisk rusbruk. I Norge drikkes det dobbelt så mye alkohol i dag i forhold til det som ble brukt på sekstitallet. Denne utviklingen har også flyttet grensen vår for hva som er akseptabelt og ikke akseptabelt bruk (Nordlund, 2010). Alkohol har blitt benyttet gjennom mange hundre år, dermed har alkohol ofte en større kulturell aksept enn narkotika. Mange setter grensen for hva som er et problematisk alkoholbruk høyere, enn de gjør for narkotikabruk (Lund & Bretteville-Jensen, 2010). Men også synet på narkotikabruk har endret seg. På 70-tallet ble det å prøve hasj gjerne sett på som misbruk, mens det i dag skal mer til før man blir definert som misbruker (Lund & Bretteville-Jensen, 2010). I følge Lund og Bretteville-Jensen (2010, s. 16) er det:

*"(...)summen av alle de negative konsekvensene som bruken eller atferden forårsaker som bestemmer hvorvidt det er snakk om et misbruk eller ikke".*

Konsekvensene kan være både av fysisk, psykisk, sosial eller økonomisk art. I tillegg kan rusmiddelbruken få konsekvenser for familie, venner eller samfunnet for øvrig (Amundsen et al., 2010).

I følge Frid Hansen (1990) er det rusmiddelproblematikk i familien, når en person bruker rusmidler på en slik måte at det går utover de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og når følelsesmessige bånd blir forstyrret og belastet av rusmiddelbruket. Fokuset for denne studien er konsekvensene foreldres rusproblematikk får for deres barn.

Når ordet rusproblematikk står beskrevet videre i denne studien, siktes det til de problemene barn av den personen som har et rusproblem opplever, ikke personen som har et problematisk rusmiddelbruk. "Barn som vokser opp i familier med rusproblemer" er språklig sett den mest korrekte beskrivelsen av disse barna (Skretting, 2010, s. 32). Men flere forskere, regjeringen og media bruker ofte betegnelsen "barn av rusmisbrukere" og "barn i rusfamilier" (Baklien & Wejden, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; Mohaupt & Duckert, 2010; Torvik & Rognmo, 2011). Alle disse variantene videre bli brukt i beskrivelsen av disse barna.

## 2.3 Risikoer ved å vokse opp med foreldre med et rusproblem

Barn som vokser opp i familier med et problematisk rusmiddelbruk har en økt risiko for ulike problemer og symptomer under oppveksten (Holm, 2009). Hvor høy risikofaktoren er for hvert barn vil variere, men en del av disse risikofaktorene vil bli beskrevet videre. Hvordan rusmiddelproblemet kan karakteriseres og familiens konfliktnivå er av betydning, men også om familien har beskyttelsesfaktorer som sosialstøtte og nettverk rundt seg (Mohaupt & Duckert, 2010). Alle familier er ulike og hvordan et rusmiddelproblem påvirker og takles i familien varierer derfor fra familie til familie, og fra barn til barn (Haugland, 2012).

Barn som er oppvokst i familier med mye rusbruk kan ofte ha svakere eller mer tvetydige signaler enn andre barn. Dette kan medføre vanskeligheter med å tolke barnets behov. Når omsorgspersonene er ruset vil de ofte ha nedsatt evne til å kunne tolke signalene som barnet gir, dette blir dermed en vond spiral (Kvello, 2010). Barna står i fare for å bli neglisjert av foreldrene. Neglisjeringen kan konsekvenser for fysiske behov som mat og rene klær, eller for emosjonelle behov som nærhet og støtte. Ofte er det den emosjonelle neglisjeringen som er sterkest (Haugland, 2012). Barnas mangel på nærhet og støtte kan være vanskelig å oppdage i motsetning til mishandling. Mishandling vil ofte være noe som skjer med varierende intervaller, mens neglisjering kan pågå kontinuerlig (Haugland, 2012). Barna i disse familiene kan også ha større sjanse for å bli utsatt for omsorgssvikt, mishandling og seksuelle overgrep av sine rusmisbrukende foreldre. Dette kan skyldes den svake emosjonsreguleringen som ofte følger med rusmisbruk (Haugland, 2012; Kvello, 2010).

Livet i familier med rusproblemer preges ofte av uforutsigbarhet og ukontrollerbarhet. Flere av barna opplever en konstant beredskap og usikkerhet for hvordan dagen vil utarte seg med tanke på foreldres rusmiddelbruk (Haugland, 2012). På bakgrunn av dette utvikler flere av barna psykiske vansker som eksempelvis atferdsproblemer, emosjonelle problemer og kognitive vansker. Ettersom barna vokser opp har de større sjanse for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon eller å utvikle et rusmiddelmisbruk selv (Haugland, 2012; Kvello, 2010; Lambie & Sias, 2005; Serec, et al., 2012).

Mange rusfamilier preges av hemmelighold, rusproblemer er ofte tabubelagt og mange barn har lært at dette ikke skal snakkes om. Av den grunn er det vanskelig å oppdage barna som trenger hjelp (Kvello, 2010; Lambie & Sias, 2005; Sundfær, 2005). Rusfamiliene unngår i

mange tilfeller kontakt med andre i frykt for at det blir oppdaget (Haugland, 2012). I tillegg velger en del av disse familiene stadig å flytte på seg for å unngå å bli oppdaget (Sundfær, 2012b). Dette kan igjen skape en sosial isolasjon rundt barnet, som igjen gjør det vanskeligere å oppdage dem. En annen ulempe ved sosial isolasjon er at barna mister muligheten til å få andre støttespillere og samtalepartnere (Haugland, 2012).

Rusmisbrukere vil som oftest forsøke å skjerme barna fra deres rusmiddelbruk. (Kvello, 2010; Rhodes, Bernays, & Houmoller, 2010) Mange foreldre tror ikke barna er klar over deres rusproblemer. Forskning viser imidlertid at barna ofte har full kontroll over det som foregår (Kvello, 2010; Rhodes, et al., 2010).

## **2.4 Barn som pårørende**

### **2.4.1 Lovgrunnlaget**

De siste årene har det vært et økt fokus på barn som pårørende og den belastningen det er for dem å leve med langvarig sykdom hos omsorgspersoner. FN's barnekonvensjon (1989) ble inkludert i det norske rettssystem gjennom menneskerettsloven (1999) i 2003, dermed skal barn bli sikret visse rettigheter. I følge artikkel 3 -2 i barnekonvensjonen (1989) skal myndighetene og hjelpeinstanser *"(...)sikre barnet den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel (...)"*. I artikkel 18 (FNs Barnekonvensjon, 1989) står det at foreldre og omsorgspersoner har rett på bistand i deres oppdragelse av barna. Artikkel 24 i barnekonvensjonen (1989) er også viktig med tanke på studiets problemstilling. Den *"anerkjenner barns rett til å nyte godt av den høyeste oppnåelige helsestandard"*. I 2009 ble §10 a. tilføyd i Helsepersonelloven (1999). I første ledd slås det fast at: *"Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand"* (Helsepersonelloven, 1999). Denne tilføyelsen i loven kom som et tiltak for å realisere FN's barnekonvensjon, samt å styrke barnas rettsstilling i Norge (Ytterhus, 2012).

### **2.4.2 Hvilke konsekvenser får det for barna?**

Lovgrunnlaget for barn som pårørende gir barna mange rettigheter, men hvilke konsekvenser får det for barna? Ordlyden i slike lover er ofte vage. Det brukes ord som *”beskyttelse og omsorg som er nødvendig”* og *”nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard”* (FNs Barnekonvensjon, 1989), dermed legger man opp til bruk av skjønn. Dette betyr at fagfolkene som er involvert må ha kunnskap, samt evne og vilje til å se hva barnet trenger (Ytterhus, 2012). Foreløpig har det vært lite forskning på området, selv om barn med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre har blitt viet mer oppmerksomhet enn barn av somatisk syke foreldre (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012; Ytterhus, 2012).

Ulike faktorer vil spille inn på hvilke konsekvenser problematisk rusmiddelbruk får for barnet. Dette kan være om barnet vokser opp med aleneforsørgende foreldre eller ikke, om den som har et rusproblem er den som har den inntektsgivende rollen i familien, eller om denne forelderen er den som snakker og forstår norsk i familien (Ytterhus, 2012). Når ett medlem av familien blir rammet av sykdom er det vanlig at resten av familien får endret sine roller for å få hverdagen og familielivet til å gå rundt. Mens andre barn gjerne må stille opp som omsorgspersoner for sine foreldre når de eldes, kan barn av personer med rusproblematikk ha et omsorgsansvar for sine foreldre allerede i ung alder (Sundfær, 2012b). Barna kan måtte ta på seg roller som voksne tidligere har hatt (Ytterhus, 2012). For noen barn blir dette en større bekymring enn selve rusmisbruket (Haugland, 2012).

## **2.5 Helsesøstertjenesten**

### **2.5.1 Historikk og ansvarsområde**

Helsesøstertjenesten er en lovpålagt tjeneste i kommunen for barn mellom 0-20 år. I følge Helse og omsorgstjenesteloven § 3-2.1 (2011) skal den bestå av både helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Formålet i følge forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 1-1 (2003) er å fremme fysisk og psykisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold, samt å forebygge sykdom og skader.

Foreldre har alltid hatt hovedansvaret for barnas oppvekstvilkår, men på slutten av 1800-tallet ble det økt oppmerksomhet fra det offentlige når det gjaldt folks helse og

oppvekstvilkår. Herifra ser man en gradvis utvikling av helsesøstervirksomheten fram til slik vi kjenner den i dag (Glavin & Kvarme, 2003; Neumann, 2009).

Den tidlige skolehelsetjenestens mål var å oppdage sykdom og drive sykdomsforebygging med tanke på blant annet ernæring og hygiene (Schiøtz, 2003). Fra starten var det skolelegen som hadde ansvaret for denne tjenesten, etter hvert kom sykepleierne med. I 1947 ble statens helsesøsterskole grunnlagt (Glavin & Kvarme, 2003; S. Haugland & Grimsmo, 2004). I takt med tiden endres også tjenestens mål, og i dag er hovedfokuset foruten å avdekke somatiske sykdommer og defekter, forebygging av livsstilssykdommer og psykososiale problemer. Fra å ha en rådgivningsrolle i blant annet ernæring og hygiene, har tjenesten fått en veiledningsrolle med fokus på brukermedvirkning og å styrke foreldre og barns mestring (Kvarme, 2007; Neumann, 2009).

### **2.5.2 Skolehelsetjenesten oppgaver**

Sammen med helsestasjonstjenesten skal skolehelsetjenesten være med å sikre barn, ungdom og familier helseundersøkelser, vaksiner, informasjon om sykdoms og skadeforebygging. Skolehelsetjenesten skal være lett tilgjengelig, ved at elevene og lærere skal vite når og hvordan de kan ta kontakt (Sosial- og helsedepartementet, 2004). I skolehelsetjenesten er det helsesøstre som står for hovedkontakten med elevene, men samarbeider med ulike yrkesgrupper som leger og fysioterapeuter ved behov (Sosial- og helsedepartementet, 2004).

Tjenesten skal være en hjelp for å sikre barn og ungdom et godt oppvekstmiljø, samt legge til rette for mestring og positiv utvikling (Sosial- og helsedepartementet, 2004). I følge veileder til forskrift for skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet, 2004) skal tidlig intervensjon med tanke på barns psykiske helse være et prioritert fokus. Med tidlig intervensjon er målet at en tidlig oppdager barn som sliter og står i fare for å utvikle psykisk sykdom. Tjenesten må derfor ha kompetanse til å fange opp signaler som tyder på at barn ikke har det bra (Sosial- og helsedepartementet, 2004).

Samarbeid med skolen er sentralt. Helsesøstre har både klasse og gruppeundervisning med tanke på helseopplysninger og forebyggingsarbeid. De har individuelle helseundersøkelser til bestemte alderstrinn, og de har individuell veiledning (Sosial- og helsedepartementet, 2004).

Selv om ernæring, hygiene og infeksjonsforebygging fortsatt er viktige områder, så er utfordringene for helsesøster i dag en stadig økende andel med konsultasjoner knyttet til problemer som mobbing, psykiske problem, spiseforstyrrelser og rusproblemer, samt sosiale og familiære problemer (Helseth, 2007). Skolehelsetjenestens fortrinn er at de er tilstede ved skolen, dermed kan de nå elever som trenger hjelp på et tidlig stadium (Dahm, et al., 2010). Helsesøster er en nøytral fagperson, som også har taushetsplikt, dermed blir de mye brukt når elever trenger noen å snakke med (Glavin, et al., 2007).

Skolen er et sted der barn i rusfamilier kan få et avbrekk fra familieproblematikken. På skolen kan barnet møte støtte og opplevelse av mestring. Skole og skolehelsesøster kan derfor være en beskyttende faktor for disse barna (Holm, 2012).

Tidligere forskning, samt relevant teori som kan være med å øke forståelsen av studiens funn har nå blitt belyst. Sammen vil dette være en kontekst ved diskusjon av studiens resultater, men først blir det redegjort for studiens forskningsdesign.

## 3.0 Forskningsdesign

Under dette kapittelet vil studiens forskningsdesign bli beskrevet. Det vil bli redegjort for forskningsmetodisk tilnærming og metodevalg. Fremgangsmåten i analyseprosessen vil bli beskrevet, i tillegg bli redegjort for forskningsetiske vurderinger.

### 3.1 Forskningsmetodisk tilnærming

Forskningsmetode er den teknikken man som forsker benytter for å samle, tolke og analysere informasjon som er relevant med tanke på å kunne besvare ens forskningsspørsmål (Polit & Beck, 2012). Metodebruk i forskning kan derfor forklares med å følge en bestemt vei mot målet (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). I samfunnsvitenskapelig forskningsmetoder går det et skille mellom kvalitative og kvantitative tilnæringsmetoder. Ved bruk av kvantitativ tilnærming kan man gjennom blant annet spørreundersøkelser, nå ut til mange respondenter. Svar fra mange respondenter gjør det mulig å beskrive hyppighet og omfang av et fenomen (Johannessen, et al., 2010). I kvalitativ tilnærming kan man gjennom metoder som intervju eller deltakende observasjon oppnå en større forståelse av det fenomenet man forsker på. Disse to tilnærmingene står ikke i et konkurranseforhold. Ingen av metodene er verken bedre eller mer vitenskapelig enn den andre (Grønmo, 1996). Hvilken metode man velger, avhenger av hvilke svar man ønsker. Det er derfor sjeldent at den ene metoden kan erstatte den andre, men svært ofte kan de supplere hverandre (Grønmo, 1996). Målet for denne studien var å få svar på hvordan helsesøstre i skolen arbeidet for å identifisere barn som lever i rusfamilier, og hvilke utfordringer de møter i dette arbeidet. Jeg ønsket å få innblikk i helsesøsters egne erfaringer relatert til dette arbeidet, og av den grunn ble kvalitativ metode valgt for denne studien. Kvalitativ tilnærming kunne gi rom for helsesøstrenes egne beskrivelser av deres yrkeserfaringer og utfordringer de kunne møte på. Ulempen ved denne tilnæringsmetoden er at den er tidkrevende, dermed ga den ikke rom for så store utvalg som kunne vært benyttet ved kvantitativ tilnærming (Thagaard, 2011). En fordel hadde vært å benytte begge metodene. Da hadde jeg fått et bredere utvalg som hadde gitt større grunnlag for

generalisering, samtidig som jeg kunne gått i dybden på et mindre utvalg (Thagaard, 2011). Grunnet begrenset tid og ressurser lot dette seg vanskelig gjennomføre i denne studien.

### **3.2 Kvalitativ tilnærming – intervju som metode**

To av de mest brukte metodene i kvalitativ forskning er intervju og deltakende observasjon (Thagaard, 2011). Thagaard (2011, s. 13) skriver: *”Intervjuundersøkelser egner seg godt til å gi informasjon om personers opplevelse, synspunkter og selvforståelse”, mens ”Observasjon egner seg til å gi informasjon om personers atferd og hvordan personer forholder seg til hverandre”.*

På grunnlag av dette ble intervjuundersøkelse det naturlige valget for å besvare studiens problemstilling.

Den senere tiden har det i økende grad blitt benyttet fokusgruppeintervjuer innenfor helsefag (Lerdal & Karlsson, 2008; Polit & Beck, 2012). Fordelen med gruppeintervju er at man som gruppe kan følge opp hverandres svar, og dermed få belyst områder som muligens ikke vil komme fram i intervju av enkeltpersoner (Thagaard, 2011). En ulempe med fokusgruppeintervju er at noen deltakere kan bli mer fremtredende enn andre. For å sikre at alle deltakerne deltar i gruppen kreves en moderator som klarer å styre og forholde seg til intervjuet, samtidig som man skal kunne håndtere gruppeprosesser (Lerdal & Karlsson, 2008; Polit & Beck, 2012). Men i denne studien ble det valgt å gjennomføre individuelle intervju av skolehelsesøstre. Ofte er det bare en helsesøster ved hver skole, dermed kunne det bli vanskelig å samle dem som en gruppe.



### 3.3 Utvalg

#### 3.3.1 Rekruttering av informanter

I kvalitativ studie er det vanlig å bruke et strategisk utvalg. Man velger informanter som har erfaring eller de rette kvalifikasjonene i forhold til den problemstillingen man skal studere (Thagaard, 2011). Inklusjonskriteriet i denne studien var at informantene arbeidet, eller hadde arbeidet som helsesøster i skolehelsetjenesten. De måtte videre ha erfaring med problemstillingen; barn i familier med rusproblematikk. Det var ønskelig at informantene hadde minst fem års yrkeserfaring som helsesøster i skolehelsetjenesten, for å sikre at informantene hadde en del erfaring fra yrket. I utgangspunktet ønsket jeg å intervjuve helsesøstre ved barneskoler, for å se på helsesøstres arbeid med tanke på barn i barneskolealder. Dette viste seg vanskelig, da mange av de aktuelle helsesøstrene arbeidet både ved barne- og ungdomskoler. Utvalget ble derfor utvidet til også å gjelde helsesøstre ved ungdomsskoler.

For å rekruttere informanter til studien ble det i første omgang tatt kontakt med ledende helsesøster i en stor bykommune for å få tillatelse til å gjennomføre intervjuer, samt hjelp til å finne aktuelle informanter. Hun ga tillatelse til å gjennomføre intervjuene, så sant intervjuene var basert på frivillig samtykke. Da hun selv ikke visste hvem av helsesøstrene som hadde erfaring med barn i rusfamilier, ga hun meg tillatelse til å kontakte kommunens skolehelsesøstre for å rekruttere aktuelle kandidater. Jeg fikk kontakt med en helsesøster som var villig til å delta i studien. Ledende helsesøster anbefalte at jeg brukte denne helsesøsters nettverk for å rekruttere flere aktuelle kandidater. Etter denne informants anbefaling fikk jeg nokså raskt tak i neste informant, men etter dette stoppet rekrutteringen opp. Det ble tatt kontakt med mange skolehelsesøstre, men ingen av dem mente de hadde erfaring med problemstillingen. I forbindelse med en feriereise til en annen kant av landet fikk jeg kontakt med en tredje informant. Det var sommertid og grunnet ferieavvikling fungerte denne informanten som ledende helsesøster i kommunen, det ble derfor ikke behov for tillatelse til å gjennomføre av annen leder.

For å rekruttere flere informanter tok jeg kontakt med to lokale pårørendesentre med spørsmål om de hadde kjennskap til aktuelle helsesøstre. Etter deres anbefalinger fikk jeg kontakt med to personer som begge sa seg villig til å delta i studien. Den ene av disse informantene skaffet selv godkjenning av sin leder for å delta i studien. I forbindelse med

intervjuet av den andre informanten tok jeg kontakt med vedkommendes leder og ble gitt tillatelse til å gjennomføre.

Metoden som ble benyttet for å rekruttere informanter kalles "*snøballmetoden*" (Johannessen, et al., 2010; Thagaard, 2011). Ved snøballmetoden får man først tak i en person som kan besitte den kunnskapen man er ute etter med tanke på problemstillingen. Via denne personen får man navn på andre personer som kan besitte den samme kunnskapen (Johannessen, et al., 2010; Thagaard, 2011). I mitt rekrutteringsarbeid hadde jeg flere kontakter fra ulike miljø som hjalp meg å rekruttere informanter, Thagaard (2011) kaller dette for "*små snøballer*". Snøballmetoden kan være praktisk og tidsbesparende med tanke på at man unngår å bruke tid på å kontakte informanter som ikke har noen erfaring med problemstillingen (Polit & Beck, 2012). En ulempe ved denne rekrutteringsmetoden er at den kan resultere i mange informanter fra det samme miljøet, og/eller er spesielt engasjert i temaet (Polit & Beck, 2012; Thagaard, 2011). I denne studien ble det tatt kontakt med helsesøstre i tre ulike kommuner, dermed ble det sikret at informantene kom fra ulike nettverk og miljø. Under rekrutteringsprosessen viste det seg at mange helsesøstre ikke hadde erfaring med barn i familier med problematisk rusmiddelbruk, dermed var det en mulighet for at informantene som ble rekruttert var mer engasjert i denne problematikken, enn gjennomsnittet er for skolehelsesøstre.

I følge Kvale og Brinkman (2009) bør man gjennomføre intervjuer til det ikke er mer informasjon å hente om temaet. Dette kan beskrives som "*metning*" av funnene (Malterud, 2013). Intervjuenes kvalitet kan være avgjørende for hvor stort utvalg som behøves før en oppnår en metning. Faktorer som informantenes evne til å reflektere over deres erfaringer, samt deres kommunikasjonsevner er av betydning (Polit & Beck, 2012). Det er dermed ingen øvre eller nedre grense for hvor mange informanter man behøver (Johannessen, et al., 2010; Polit & Beck, 2012). Da det viste seg vanskelig å rekruttere informanter ble videre rekruttering avsluttet. Rekrutteringsarbeidet resulterte i fem intervju, som ved gjennomgang viste seg å ha nådd en metning.

### 3.3.2 Presentasjon av utvalget

Rekrutteringen resulterte i et utvalg som besto av fem skolehelsesøstre ansatt i tre forskjellige kommuner, fra ulike deler av landet. De var alle kvinner i alderen 51-68 år og hadde over sju års erfaring fra skolehelsetjenesten. En av informantene arbeidet kun ved barneskole og en annen arbeidet kun på ungdomsskole. De resterende arbeidet ved både barne- og ungdomskoler. To av informantene hadde gjennomført annen sykepleiefaglig videreutdanning i tillegg til helsesøsterutdanningen. En informant arbeidet fortiden i en prosjektstilling angående barn i familier med problematisk rusbruk. Hvor mange dager i uken helsesøstre arbeidet ved de ulike skolene varierte etter hvilken kommune de var ansatt, samt elevtallet ved de ulike skolene.

### 3.4 Intervjuet

Før intervjuene startet ble det utarbeidet en ”semistrukturert” intervjuguide (vedlegg 3). Når man semistrukturerer et intervju, får informantene mange av de samme spørsmålene, som sikrer at man kommer inn på disse temaene ved samtlige intervju. Dette bidrar til et sammenligningsgrunnlag ved videre analyse av intervjuene (Johannessen, et al., 2010), samtidig gir det informantene mulighet til å utdype det som er viktig for dem (Malterud, 2013; Polit & Beck, 2012). Intervjuguiden var delt opp i de ulike temaene: *helsesøsters arbeidsdag, kunnskaper, identifisering og oppfølging*.

For å prøve ut intervjuguiden, samt få tilbakemelding på om spørsmålene ga svar i forhold til problemstilling, ble det foretatt et prøveintervju. Informanten i dette intervjuet var en nylig utdannet helsesøster. Prøveinformanten ga tilbakemeldinger på spørsmål som virket uklare eller vanskelig å forstå. Dette intervjuet var nyttig, både som en gjennomgang av intervjuguiden og som en øvelse i intervjuteknikk før selve intervjuene. Resultater fra dette intervjuet ble ikke inkludert i studiens datamateriale.

Selve intervjuene ble gjennomført i perioden juni til september 2013, og varte mellom 45 og 70 minutt.

Intervjuene forgikk på helsesøstrenes kontor, med unntak av ett intervju som ble gjennomført i informantens hjem. Polit og Beck (2012) skriver at det er en fordel å intervju

informantene i deres "vante" miljø. Dette vil gi informanten trygghet, samt at man kan observere informanten i sitt vante miljø (Polit & Beck, 2012).

En av informantene ønsket å se intervjuguiden på forhånd, men på det tidspunktet var det allerede gjennomført flere intervju der informantene ikke hadde hatt tilgang til dette. Da det skulle være et sammenligningsgrunnlag mellom intervjuene ble dette ønsket høflig avslått.

Alle informantene ga tillatelse til bruk av lydopptak under intervjuene. Fordelen ved dette var at hele intervjuet kom med, og som intervjuer kunne jeg være mer fokusert på informanten, framfor å notere. Notater gir mindre fyldige data og det kan være krevende å fange opp essensen av intervjuet samtidig som man noterer, lydopptak kan derfor gjøre hele intervjusituasjonen mer avslappet i følge Thagaard (2011). En ulempe ved lydopptak er at det kan oppstå tekniske problem, som gjør opptaket ubrukelig (Thagaard, 2011). Ved starten av det ene intervjuet oppsto det problemer under opptak, dette ble rettet opp fem minutter ut i intervjuet. En annen ulempe med lydopptak er at informantene kan bli mer reservert når det som blir sagt tas opp. Andre forskeres erfaring er likevel at dette går over etter noen minutter (Polit & Beck, 2012), Mitt inntrykk fra intervjuene var at lydopptak ikke påvirket informantene i særlig grad.

Ved starten av hvert intervju ble det spurt om personalia, arbeidserfaring og lignende, før jeg gikk inn på spørsmål mer rettet mot problemstillingen. Målet med dette, i tillegg til at det ga nyttige opplysninger om informantene, var å få samtalen i gang som igjen kunne gjøre det lettere å snakke om vanskeligere tema senere i intervjuet (Polit & Beck, 2012). Thagaard (2011) skriver at for å få best mulig utbytte av et intervju er det viktig å opparbeide tillit og troverdighet hos informanten. Relasjonen man opparbeider har betydning for hva som kommer frem under intervjuet (Polit & Beck, 2012). Det var derfor viktig for meg å lytte til det informantene fortalte, samt la informantene fortelle det som var viktig for dem. Etter gjennomgang av intervjuguiden ble det muligheter for informantene å komme med tilføyninger på det vi hadde snakket om. Dette ble gjort både i respekt for informanten, samt at det kunne komme fram viktig data som ikke var belyst tidligere i intervjuet (Polit & Beck, 2012).

### 3.5 Mitt forhold til feltet

Som student ved masterutdanningen i helsevitenskap med spesialisering i rusproblematikk var målet å gjøre forskning relatert til rusfeltet. Jeg hadde ingen yrkeserfaring verken relatert til barn eller rusproblematikk, men i rollen av å være mor, synes jeg det er viktig at alle barn får vokse opp i trygge og stabile familierelasjoner. Jeg har min utdanning og yrkesbakgrunn fra helsevesenet, derfor fant jeg det naturlig å se på hvordan yrkesgrupper innen helsesektoren arbeidet på dette feltet. Da jeg ikke har relevant yrkeserfaring og dermed ikke deler samme "kultur" som mine informanter, kunne det være vanskeligere å oppnå forståelse for alt informantene formidlet. Men på den annen side kunne jeg se sider ved problemstillingen som en forsker fra "samme" kultur tar for gitt, og dermed få belyst nye sider av problemstillingen (Thagaard, 2011).

### 3.6 Analysen

Tolkning og analyse starter allerede ved den første kontakten med informantene. Men tiden fra en forlater informantene og går over til å analysere og fortolke teksten kalles analysefasen (Thagaard, 2011). I analysen deler man opp intervju materialet i elementer og biter (Kvale & Brinkmann, 2009). I følge Malterud (2013, s. 91) skal analysen: *"(...) bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet"*. Analysens formål er å organisere og strukturere dataene slik at de gir mening (Polit & Beck, 2012). Analyseprosessen bør være gjennomsiktig slik at andre forstår hvordan man har kommet fram til de ulike resultater. Malterud (2013, s. 91) skriver: *"Analysen skal foregå slik at andre senere kan følge den veien vi har gått, anerkjenne vår systematikk underveis, og forstå våre konklusjoner"*. Det finnes ingen universelle regler for analysering av kvalitative data (Polit & Beck, 2012), men flere har forsøkt å lage prosedyrer for et vellykket analysearbeid (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2013; Polit & Beck, 2012). Som inspirasjon til analysearbeidet i denne studien har jeg valgt å bruke *systematisk tekstkondensering*. Metoden er inspirert av Giorgi's fenomenologiske analyse, men har blitt modifisert av Malterud (2013).

### 3.6.1 Transkribering

Transkribering er et viktig steg for å gjøre datamaterialet fra intervjuet klart til videre analyser. I denne fasen ble samtalene omgjort til tekst (Malterud, 2013; Polit & Beck, 2012). Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju. Jeg valgte å transkribere intervjuene selv. Dette ga meg en større kjennskap til materialet, enn om jeg hadde overlatt transkriberingen til andre (Malterud, 2013; Postholm, 2005). Intervjuene ble transkribert ordrett. Formålet med dette var å gjøre det lettere å strukturere datamaterialet, som i sin tur ville forenkle analysearbeidet (Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene hadde ulike dialekter, men det ble i denne fasen valgt å omgjøre intervjuene til bokmål. Bakgrunnen for dette valget var for det første å gjøre den transkriberte teksten lettere lesbar, for det andre var ikke min kjennskap til de ulike dialektene god for å transkribere dem på en rettferdig måte. Ulempen ved å transkribere på bokmål er muligheten for å feiltolke enkelte dialektuttrykk.

Det er vanskelig å transkribere uten feil (Polit & Beck, 2012), derfor ble hvert enkelt transkriberte intervju gjennomgått på ny for å sikre at intervjuet var best mulig formulert. Det ferdig transkriberte materialet resulterte i 63 tettskrevne A4 sider med enkel linjeavstand.

### 3.6.2 Helhetsuttrykk og tema

Etter transkriberingen var målet å bli kjent med materialet, for å kunne utvikle et helhetsinntrykk av det. Malterud (2013) kaller dette for *"fugleperspektivet"* og skriver videre at: *"Helheten er viktigere enn iøynefallende detaljer"* (2013, s. 98-99). For å utvikle et helhetsinntrykk er det viktig å legge tidligere forforståelse og teoretisk kunnskap til side, for å kunne være åpen til informantenes beskrivelser (Malterud, 2013). I denne fasen ble hvert intervju gjennomgått på ny. Da intervjuene var gjennomlest hadde jeg dannet meg et inntrykk av det informantene hadde fremhevet som viktig. Dette ble skrevet ned i stikkordsform. Disse stikkordene ble grunnlaget for å danne foreløpige temaer. Malterud (2013) beskriver dette som å sortere en haug med klær etter type klær, eller hvem som eier klærne.

Da stikkordene var formulert og foreløpige temaer var dannet, var den første forståelsen av datamaterialet kommet til syne. I følge Johannessen, et al. (2010) vil den første forståelsen

ha innflytelse på den endelige tolkningen, men forståelsen kan endre seg etter hvert som arbeidet med analysen skrider fram.

### **3.6.3 Koding og meningsbærende enheter**

I den andre analysefasen ble intervjuene gjennomgått for å finne meningsbærende enheter i teksten. Tekst som kunne belyse ett av temaene fra forrige analysetrinn ble kodet med ulike farger, deretter ble de ulike fargekodene sortert sammen. Tekst fra det transkriberte materialet som ikke kunne plasseres under en av fargekodene ble sortert bort (Malterud, 2013). Det var en utfordring å plassere de meningsbærende enhetene ved rett kode. En del av de meningsbærende enhetene kunne plasseres ved flere ulike koder, dermed det ble en avveining av hvilken kode de passet best inn under. Noen av sitatene ble plassert under flere fargekoder. Malterud (2013) anbefaler tre til seks ulike kodegrupper i denne fasen, men etter kodearbeidet satt jeg med åtte kodegrupper. Dette var flere enn Malterud (2013) anbefaler, men jeg valgte å beholde dem for å se om videre analysearbeid ville klargjøre hvilke temaer som eventuelt kunne slås sammen, eller vise seg være irrelevant for problemstillingen. Malterud (2013) skriver at man bør være åpen for å justere temaer og koder i denne fasen. *"Bare når det er lett for forskeren å gå tre skritt frem og to tilbake, vil det være mulig å dra nytte av den økende innsikt som følger av nærhet til data"* (Malterud, 2013, s. 102). Etter endt analysearbeid var kodegruppene redusert til seks. De fikk navnene: *"bygge tillit", "gyldiggjøring", "mot", "kompetanse", "vanskelig å se" og "mange arbeidsoppgaver"*.

### **3.6.4 Fra kode til mening**

Malterud (2013) skriver at man ved gjennomgang av hver kode vil kunne oppdage ulike nyanser innenfor samme kodegruppe. Disse nyansene sorteres slik at det dannes subgrupper under hver kode. I tredje analysetrinn ble de meningsbærende enhetene under de ulike kodegruppene lest på ny. Dette materialet ble videre sortert i de ulike subgruppene som kom til syne ved gjennomlesningen. Etter sorteringen hadde hver kode fått to eller tre subgrupper. De meningsbærende enhetene i hver subgruppe ble deretter kondensert. Målet var å få fram meningen i de ulike kodegruppene. Datamaterialet som ikke ble funnet meningsbærende ble foreløpig lagt vekk (Malterud, 2013).

Mot slutten av tredje analysetrinn ble det formulert et "gullsitat" i hver subgruppe som skulle få fram summen av det kondenserte materialet. På denne måten fikk jeg gjennomgått materialet på en systematisk måte, og fikk reflektert over hva dette materialet kunne fortelle meg med tanke på problemstillingen (Malterud, 2013).

### **3.6.5 Sammenfatning**

I det fjerde trinnet skulle bitene sette sammen igjen, Malterud (2013) kaller dette for å "*rekontekstualisere*". Med utgangspunkt i de kondenserte tekstene og gullsitatene ble det laget en ny tekst som skulle formidle hva materialet fortalte om prosjektets problemstilling. For å sikre at sammenfatningen stemte overens med intervjumaterialet, ble intervjuene lest på ny. I følge Malterud (2013) er det viktig å vurdere sammenfatningen i lys av det opprinnelige materialet. Sammenfatningen vil bli stående som studiets resultater, og ved å vurdere dette opp mot det opprinnelige materialet kan man sikre økt gyldighet overfor resultatene (Malterud, 2013).

### **3.6.6 Analysens utfordringer**

Analysearbeidet har ikke vært like enkel og strømlinjeformet som gjennomgangen av analysetrinnene kan gi uttrykk for. Jeg møtte flere utfordringer underveis. Problemstillingen har vært til stadig vurdering, noe som igjen medførte mange endringer kodegrupper og subgrupper. I utgangspunktet hadde jeg under analysearbeidet for mange kodegrupper, og det var en utfordring å redusere dem. Analysetrinnene som det nå er vist til, ble gjennomgått fram og tilbake flere ganger, før jeg med veileders hjelp ble ledet frem mot den retningen og de resultatene som senere vil bli beskrevet.



### 3.7 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelig og troverdig funn fra en undersøkelse er (Kvale & Brinkmann, 2009). En intervjuundersøkelse vil alltid være preget av intervjueren selv. Intervjueren er et instrument i forskningsarbeidet og bærer igjen preg av tidligere erfaringer, kunnskap og personlighet. Det vil derfor være så å si umulig at to forskere og oppnå de samme svarene (Johannessen, et al., 2010). For å styrke studiens reliabilitet er det ifølge Johannessen, et al. (2010) viktig å gjennomføre en gjennomsiktelig forskningsprosess, der man åpent og detaljert fremstiller fremgangsmåten for forskningsprosessen.

Under intervjuene var derfor målsettingen å fremstå så "verdinøytral" som mulig, slik at ikke informantenes svar ble påvirket av mine meninger og min forforståelse (Thagaard, 2011). Det ble stilt åpne spørsmål, for at informantene skulle beskrive deres erfaringer mest mulig fritt. Siden jeg var uerfaren i rollen som intervjuer, kan noen av informantenes svar ha blitt mer påvirket av mine spørsmål og kommentarer enn ønskelig. Det er i tillegg en risiko for at jeg har gjort feiltolkninger under intervjuet, i transkriberingsarbeidet, og videre i analyseprosessen, med tanke på informantenes uttalelser.

Forskningens validitet forteller noe om hvor gyldig forskningen er, eller hvor godt dataene fremstiller fenomenet (Johannessen, et al., 2010). I følge Kvale og Brinkman (2009) skal man tenke validitet gjennom hele forskningsprosessen. Med dette mener de at man underveis i forskningen stiller seg selv spørsmål i henhold til om undersøkelsen undersøker det den skal undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). Med tanke på dette stilte jeg meg selv blant annet disse spørsmålene underveis i forskningsprosessen: Ga det teoretiske grunnlaget og mitt metodevalg svar i henhold til problemstillingen? Ble intervjuet styrt i riktig retning for å besvare studiens målsetning? Ga det transkriberte materialet et rettferdig bilde av informantenes uttalelser? Og ble disse uttalelsene tolket på best mulig måte? I følge Kvale og Brinkmann (2009) blir validiteten også styrket ved kontinuerlig teoretisering av funnene som ble gjort. Underveis har jeg derfor forsøkt å se mine funn opp mot andre forskeres resultater.

### 3.8 Forskningsetiske vurderinger

Adekvat forskning og etiske prinsipper bør gå hånd i hånd gjennom forskningsforløpet (Postholm, 2005). Summen av de potensielle fordelene ved å gjennomføre forskningen både når det gjelder informant og oppnådd kunnskap bør være høyere enn de negative konsekvensene av forskningen (Kvale & Brinkmann, 2009).

NESH (den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humaniora) har utviklet etiske retningslinjer for forskning. Hensikten med disse er: " (...)å hjelpe forskere og forskersamfunnet med å reflektere over sine etiske oppfattninger og holdninger" (NESH, 2006, s. 7). Retningslinjene omhandler blant annet krav om samtykke, krav om å informere, krav om konfidensialitet og respekt for menneskeverdet (NESH, 2006). I tråd med dette framhever Kvale og Brinkman (2009) tre sentrale etiske forskningsprinsipp; Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av forskning.

Alle informantene fikk utlevert et informasjonsbrev (vedlegg 2) om studien i forkant av intervjuet. Informasjonsbrevet inneholdt en beskrivelse av studiens formål og informasjon om at all deltakelse ville bli behandlet konfidensielt. Videre ble det informert om at intervjuene var basert på frivillighet, som igjen ga informantene mulighet til å trekke seg når de måtte ønske. Før intervjuets start skrev informantene under på at de samtykket for å delta i studien.

I en kvantitativ undersøkelse er informanten sikret fortrolighet gjennom gjennomsnittsberegning av svar. I kvalitativ metode har man ikke gjennomsnittsberegninger, og informantenes utsagn fra intervjusituasjonen kan bli en del av en offentlig rapport. Derfor er det viktig å behandle informantene konfidensielt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Informantenes konfidensialitet ble ivaretatt ved at alle personopplysninger og geografisk tilhørighet som kunne knytte informanten til studiet ble anonymisert i behandling og fremstilling av datamaterialet. Lydopptakene fra intervjuene ble transkribert fra dialekt til bokmål, noe som bidro til å redusere informantenes gjenkjennbarhet. Underveis i analyseprosessen, og videre i fremstilling av resultater og drøfting, ble informantene behandlet som en gruppe, som igjen styrket deres anonymitet. Lydopptakene fra intervjuene vil bli slettet etter oppgavens sensur.

Går man inn på sårbare og vanskelige tema i forskningsprosessen må en være oppmerksom på at studien ikke får negative konsekvenser for informanten. I tillegg må en ikke presse informanten for mer informasjon enn det vedkommende ønsker å meddele (Kvale & Brinkmann, 2009). Da problemstillingen og spørsmålene i denne studien dreide seg om helsesøstres arbeidsmetoder, og i liten grad berørte sårbare og vanskelige tema, ble dette ikke sett på som problematisk.

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Deres tilbakemelding var at prosjektet ikke var meldepliktig, så sant informantenes navn og arbeidssted ble anonymisert (vedlegg 1).

Jeg har nå beskrevet hvilke vurdering som lå til grunn for studiens metodevalg. I tillegg har studiens analyseprosess og forskningsetiske begrunnelser blitt belyst. Funnene som kom til syne under analyseprosessen vil bli beskrevet videre.

## 4.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra analyseprosessen. Resultatene vil bli presentert under kategoriene; helsesøstrenes arbeidsmetoder og helsesøstrenes utfordringer. Under den første kategorien presenteres tiltakene *”tillitsbygging”* og *”gyldiggjøring av tema”*, som helsesøstrene vektla i arbeidet med å identifisere barn i rusfamilier. I den neste kategorien presenteres *utfordringer* som helsesøstrene møtte i dette arbeidet.

### 4.1 Tillitsbygging

Tillitsbygging ble av informantene sett på som sentralt for å kunne fange opp elever i rusfamilier. Hvilke metoder helsesøstrene benyttet for å bygge tillit blir videre beskrevet.

#### 4.1.1 Synliggjøre seg selv og tjenesten

Å synliggjøre seg selv og tjenesten ble av informantene sett på som grunnleggende i arbeidet som skolehelsesøster. Å synliggjøre seg var viktig, ikke bare med tanke på elevene, men også i forhold til foreldre og lærere. Ved å synliggjøre seg mente helsesøstrene at det ble lettere for elever, foreldre og lærere å kontakte dem. En av dem fortalte:

*”Våre håndbøker og veiledere forteller oss hvordan vi kan bli så synlig som mulig som skolehelsesøstre. Vi tenker gjerne at det ikke er så viktig, men det er kjempeviktig”*

Hvordan helsesøstrene synliggjorde seg varierte fra helsesøster til helsesøster, og om de arbeidet ved en ungdomsskole eller en barneskole. De fleste informantene fortalte at de ved begynnelsen av hvert skoleår gikk en runde i klassene for å presentere seg selv, tjenesten og hvordan de kunne nås. En helsesøster fortalte:

*”Jeg forteller kort om min funksjon på skolen, og sier de kan komme til meg om det er noe de ønsker å ta opp, eller om de har spørsmål om kroppen sin, eller ting de synes er vanskelig i forhold til venner og familie. Jeg forteller også om kontordagene mine og hvor de kan finne meg”.*

Noen av helsesøstrene valgte å bruke enkelte friminutt i skolegården for å synliggjøre seg overfor elevene, mens andre valgte å bruke friminuttene sammen med lærerne. Flere av informantene fremhevet det å ha matpausene sine sammen med lærerne for å synliggjøre seg overfor dem. Men flere fortalte at disse felles pausene ikke alltid lot seg gjennomføre. Enkelte av helsesøstrene som arbeidet på ungdomsskole valgte å bruke skolens matpause til elevene, da det gjerne var i matpausen elevene tok kontakt.

For å synliggjøre seg overfor foreldrene deltok helsesøstrene ved foreldremøter på enkelte klassetrinn. Denne deltakelsen så de på som viktig for at foreldrene skulle se og vite hvem de var, og dermed lettere kunne kontakte dem.

#### **4.1.2 En åpen dør**

For alle informantene var det viktig å gjøre seg tilgjengelig for elevene. Selv om de hadde en del rutinearbeid som vaksinerings, og kontroll av høyde og vekt, så framhevet alle helsesøstrene individuelle samtaler som en viktig del av deres arbeidsdag. Alle helsesøstrene praktiserte "åpen dør" der eleven kunne komme uten avtale bare for å prate med dem. Ifølge helsesøstrene var det mange elever som valgte å benytte seg av denne muligheten.

*"vi har mange som har skadet seg som kommer innom. De vil gjerne ha plaster eller trøst (...)Eller det kan være elever som har behov for å snakke",* fortalte en av dem.

Informantene var også opptatt av å være tilgjengelig. De så det som viktig å ha tid til elevene, foreldre og lærere, når de tok kontakt med dem. Alle informantene ønsket å legge til rette for samtaler med elevene, selv om de ikke alltid hadde mulighet til å snakke med dem der og da. Det var viktig for dem at ingen ble avvist. Hvis helsesøstrene var opptatt når eleven tok kontakt, forsøkte de så godt det lot seg gjøre å lage ny avtale med eleven så raskt som mulig, det samme gjaldt foreldre. En informant fortalte:

*"Jeg har tatt med en Stressless hjemmefra og en samling Donaldblader. Så hvis jeg er opptatt og en elev trenger en samtale der og da, så kan han få sitte der og vente og slappe av i stedet for å gå tilbake til klassen".*

For enkelte elever ble det laget flere avtaler fram i tid, noen elever kunne bli fulgt opp over flere måneder ved behov. En helsesøster fortalte at enkelte elever bare måtte prioriteres

uansett hvor travelt hun hadde det. Dette kunne være elever med sterk angst og skolevegring.

#### **4.1.3 Kontinuitet i tjenesten**

Flere av informantene mente at kontinuitet var viktig for å skape tillit. En informant fortalte at hennes erfaring var at desto lenger en helsesøster arbeidet på en skole, desto mer ble hun brukt. En annen fortalte

*”Jeg har vært så heldig og fått hatt de samme skolene i mange år. Det er en styrke at ungene kjenner meg og jeg treffer dem igjen på flere klassetrinn(...)Jeg tror dette er med å skape en trygghet for de ungene som har behov for å ta kontakt med meg”.*

En tredje informant bekreftet disse uttalelsene da hun beskrev sin erfaring med å være helsesøster på en helt ny skole. I starten la hun merke til at hennes tjenester ikke ble like mye brukt ved den nye skolen, i forhold til den andre skolen hun arbeidet ved. Men etter noen år merket hun ikke forskjell mellom skolene lenger. Hun mente det skyldtes at elever og lærere nå kjente henne og visste hvem hun var.

## **4.2 Gyldiggjøring av tema**

Foruten tillitsbygging, fremhevet informantene gyldiggjøring av rusproblematikk som et viktig tiltak for å fange opp barn i rusfamilier. Hvordan de gjorde dette beskrives videre.

### **4.2.1 Snakke om det**

I følge informantene var det viktig å snakke åpent om rusproblematikk og hvilke konsekvenser problematisk rusbruk hos foreldre kunne få for barna. På den måten ufarliggjør vi det, som igjen gjør det mindre tabu og skambelagt mente informantene. En av helsesøstrene fortalte

*”Åpenhet om temaet er veldig viktig, og at vi selv tør å ta det opp som tema på de kontaktpunktene vi har med foreldre og elever. Det er vel det letteste for oss å jobbe med når det gjelder denne problemstillingen”*

En annen fortalte at når hun presenterte seg ved skolestart gjerne benyttet muligheten til å fortelle elevene at ikke alle barn hadde det like bra hjemme. Dette kunne skyldes en mor eller far som drakk for mye eller psykisk sykdom hos foreldrene. På den måten håpet hun at de berørte elevene forsto at hun var en person de kunne snakke med. Flere helsesøstre fremhevet viktighetene av å snakke om rusproblematikk gjennom hele livssyklusen fra svangerskapskontrollen, første hjemmebesøk og til barna er voksne.

#### **4.2.2 Undervisning og veiledning**

Mange av helsesøstrene fortalte at de tok opp rusproblematikk i undervisning og veiledning ved ulike anledninger. Et par av helsesøstrene sa at de på førskolekontrollen fortalte litt om hvilke konsekvenser det kunne få for barna hvis foreldrene var ruset, samtidig som de hadde ansvar for barna. I tillegg ble det fortalt hvordan barn kunne reagere på foreldres atferdsendring ved ruspåvirkning. En helsesøster fortalte at de på 9 trinn hadde temamøte på skolen om psykisk helse. Under dette temamøte ble det blant annet fortalt at enkelte foreldre kunne lide av psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet. En annen fortalte at de som helsesøstre kunne bli flinkere til å benytte de mulighetene de hadde for å snakke, veilede og undervise om rusproblematikk.

#### **4.2.3 Brosjyrer og plakater**

Mange av informantene fortalte hvilken betydning plakaterne de hadde hengt opp på kontorene sine kunne ha. En av dem sa:

*”Plakatene gir en slags gyldiggjøring eller tillatelse til å snakke om disse temaene”.*

Flere fortalte at de i tillegg til plakater for eksempel sunn mat og fysisk aktivitet hadde plakater der elevene ble oppfordret til å ta kontakt, hvis de opplevde at foreldrene hadde et problematisk rusmiddelbruk.

*”Jeg har hengt opp plakater på skolen der det står at ungdom og barn som har foreldre som ruser seg kan ta kontakt sånn og sånn. Vi kan lære dem litt veier å gå og gi dem informasjon om hvem de kan kontakte, for å få hjelp”,* fortalte en av informantene.

Helsesøstrene hadde også en brosjyre om dette temaet som ble delt ut på førskoleundersøkelsen. Alt dette ble sett på som tiltak for å oppnå en åpenhet om dette temaet.

### 4.3 Helsesøsters utfordringer

Informantene la ikke skjul på at de syntes det var vanskelig å identifisere barn i rusfamilier. De beskrev ulike utfordringer de møtte i dette arbeidet.

#### 4.3.1 "Tiden som et åk"

Helsesøstrenes generelle oppfatning var at de hadde for liten kontortid ved de enkelte skolene. En informant fortalte:

*"problemet med å være helsesøster er at tiden går alt for fort".*

Flere fortalte at de ikke hadde tid til alle oppgavene de burde utføre, og flere følte elevene ikke fikk den oppfølgingen de skulle hatt. En helsesøster fortalte at kontorarbeid ofte ble en salderingspost, for når elevene sto på døra var det viktigere å ta seg av dem. I følge en av informantene var behovet for "åpen dør" større enn det hun hadde tid til.

En annen fortalte hva helsesøstrenes travelhet kunne medføre:

*"Vi har det travelt og vi ser vi ikke har tid til alt (...)men hva skjer når vi er stresset? Når vi har tidsnød? Jo, vi ser ikke, vi hører ikke".*

Alle informantene ønsket seg mer ressurser inn i skolehelsetjenesten. De ønsket de hadde mer kontortid ved den enkelte skole. En av dem fortalte at den korte tiden de hadde til rådighet medførte at arbeidet hennes kunne karakteriseres som "brannsløkking". Hun mente at bedre tid ville gi større muligheter til å drive forebyggende arbeid, blant annet med tanke på barn i rusfamilier. To av informantene ønsket seg mer tverrfaglig hjelp inn i skolehelsetjenesten. En av dem ønsket en psykiatrisk sykepleier, eller en fagperson med ruskompetanse inn i tjenesten, for å være bedre rustet til å fange opp og veilede elever med psykososiale utfordringer. Den andre informantene kunne tenkt seg hjelp av en miljøarbeider eller trivselskontakt, også med tanke på psykososiale utfordringer. De så fordelene av å



samarbeide med andre faggrupper, for i følge en av informantene: *"alle områdene trenger ikke være mine"*.

En annen av helsesøstrene fortalte at de hektiske arbeidsdagene medførte at de ikke hadde tid til å sette seg inn i alt av nye veiledere og retningslinjer som ble utgitt, som igjen gikk utover kompetansen.

#### **4.3.2 Skjult – derfor vanskelig å se**

Rusproblematikk er tabubelagt, derfor var det sjeldent at elever eller foreldre tok kontakt med skolehelsetjenesten for å fortelle om rusproblemer i familien, fortalte informantene. De trodde heller ikke alle svarte dem ærlig, når de stilte spørsmål om rusmiddelbruk i familien. Mange av helsesøstrene reflekterte over hvordan de skulle bli gode på å fange opp disse elevene. En fortalte:

*"Vi kan komme inn i et hjem og alt kan være helt perfekt eller se helt perfekt ut, allikevel kan det være store problemstillinger i forhold til rus i familien. Barna kommer på skolen og alt ser tilsynelatende greit ut. Allikevel har de det vanskelig og utfordrende hjemme.(..) Vi vet de er der, men vi ser dem ikke. Hvordan oppdage dem? Det er veldig utfordrende."*

En annen helsesøster sa:

*"Jeg skulle så gjerne ønsket at jeg kunne fanget opp disse elevene, og at det kunne bli synlig hvilke barn som hadde slike forferdelige oppvekstvilkår. Men det viser ikke på dem. Jeg er på en måte avhengig av at enten noen sier noe eller gjør noe, for at jeg skal kunne fatte mistanke"*.

En av informantene fortalte at selv om hun hadde mye erfaring med rusproblematikk så klarte hun ikke identifisere disse barna. Hun fortalte:

*"Gang på gang må jeg spørre meg selv når elevene forteller meg dette. Hallo! Hvorfor har jeg ikke sett dette? Hvorfor har jeg ikke tenkt dette? (...)om jeg tenker etter så kan jeg si, jeg så ikke fordi jeg ikke tenkte på det i møtet med den eller den. Det samme gjelder møtet med vold og ungdommer som har blitt slått? Hvorfor tenkte jeg ikke tanken? Nei, for da må jeg tenke tanken med alle som kommer innom. Det er så mange problemstillinger jeg møter i samtaler med elevene, at jeg velger å forholde meg til det eleven ønsker å fortelle om"*.

Rekrutteringsprosessen til denne studien viste hvor vanskelig det kan være å identifisere barn i rusfamilier. Mange helsesøstre ble kontaktet med spørsmål om å delta i studien, men få hadde erfaring med denne problematikken fra sine skoler. En av informantene fortalte at noe er galt når vi ikke finner dem, for de finnes ved alle skoler.

### **4.3.3 Mange uttrykksformer**

Helsesøstrene fortalte om ulike tegn som kunne tyde på rusproblemer i familien. En helsesøster sa:

*”Noen har lettere for å isolere seg, de vil være hjemme for å holde styring med det som skjer. Noen tør ikke ta med venner hjem, er aldri med på arrangementer i regi av skolen, idrettslaget eller lignende. Dette kan være første tegn på at noe skjuler seg i familien”.*

Informantene fortalte at elever fra rusfamilier kunne komme på skolen uten matpakke, de kunne ha mye ansvar hjemme, og de kunne være utagerende eller tilbaketrukket. Flere hadde erfaring med at rusproblematikk i hjemmet kunne få uttrykk i symptomer som søvnproblemer, spiseforstyrrelser, fedme, angst, ADHD, lærevansker og skulking.

Utfordringen deres var at disse symptomene kunne være forklaring på mange ulike problemer, dermed var det vanskelig å skille ut hva som skyldtes rusproblematikk. En av helsesøstrene fortalte at enkelte ganger var det heller ingen synlige tegn hos barn i rusfamilier. Hun sa: *”Det kan være den stille, snille og skoleflinke det gjelder”.* Utfordringen med å fange dem opp var derfor stor.

### **4.3.4 Mot**

#### **4.3.4.1 Mot - til å spørre**

Helsesøstrene fortalte at de ifølge deres retningslinjer skulle ta opp foreldres rusmiddelbruk på førskoleundersøkelsen. Flere av informantene fremhevet viktigheten av dette. En sa

*”Jeg spør foreldrene om deres forhold til rusmidler, men også tobakk og snus. Jeg spør hva som er et normalt forbruk for dem, for jeg lurer på om det kan få betydning for ungene deres”*

Flere av informantene fortalte at det kunne føles vanskelig å stille disse spørsmålene da temaet var så tabubelagt og sårbart. En av informantene sa at rusmiddelbruk ofte ble tatt opp i en bisetning og gjerne litt unnskyldende.

Mange av helsesøstrene mente det var viktig å ha mot til å spørre om foreldres rusmiddelbruk. En av dem sa:

*”Vår oppgave er å spørre. (...) om vi tør å bry oss, så svarer kanskje noen at de har et problem i familien”.*

En av dem hadde opplevd at en far hadde åpnet seg om sin kones rusproblemer da hun rutinemessig hadde spurt ham på førskoleundersøkelsen.

#### **4.3.4.2 Mot - til å følge magefølelsen**

Vi må ha mot til å følge magefølelsen fortalte en av helsesøstrene. Hun mente at trygghet og varhet i forhold til magefølelsen, ville føre til at barna ble oppdaget tidligere. Flere av informantene syntes det kunne være vanskelig å vite når magefølelsen var sterk nok for å reagere på den. En fortalte:

*”Vi kan ikke drive undersøkelsessak. Så spørsmålet er om bekymringen er så sterk at jeg bør melde saken videre, eller skal jeg tørre å ha is i magen, få snakket mer med ungen, få de til å bli trygge og åpne seg?”*

Helsesøstertjenesten er basert på frivillighet, derfor fortalte noen av informantene at de helsesøstre kunne være redde for å støte familien fra seg, noe som igjen kunne medføre større problemer for barna. Mens en annen helsesøster sa at de ikke måtte være så redde for at magefølelsen var feil. Hun sa:

*”Har man en magefølelse for at noe ikke stemmer må vi ha mot til å undersøke det (...) Og heller kunne ta feil, for det er jo kjempebra om det er feil, men stort sett tar man ikke feil”.*

#### **4.3.5 Mange oppgaver -en kompetanseutfordring**

Under intervjuene får man innblikk i at helsesøster skal ha kunnskap og kompetanse på mange felt. Noe av dette var ernæring, fysisk aktivitet og helse som en av informantene beskrev som deres ”kjepphester”. Det var vaksinerings, måling av høyde og vekt, syn og

hørselskontroll. I tillegg skulle de undervise om pubertet, seksualitet og samliv og psykisk helse. De skulle ta seg av elever som hadde skadet seg. De holdt kurs for barn med skilte foreldre og de skulle veilede om vennskap, mobbing og rus. I tillegg kunne de få spørsmål om å veilede elever og lærere angående elever med spesielle behov, slik som diabetes eller Aspergers syndrom. Helsesøstrene behøvde derfor et svært bredt kunnskapsnivå.

Informantene svarte noe forskjellig når det gjaldt deres kompetanse på rusproblematikk. Mange husket at det ble undervist om temaet under helsesøsterutdanningen, men undervisningen hadde ikke vært omfattende. En fortalte: *"Det ble tatt opp under utdanningen, men det var bare ett av mange emner vi skulle innom"*.

Flere av informantene mente at den kunnskapen de besatt angående rusproblematikk, hadde de fått via annen videreutdanning eller tidligere arbeidserfaringer.

Ved første kontakt med aktuelle helsesøstre under rekrutteringsprosessen til denne studien fortalte mange at det ville være bedre å intervju barnevernet med tanke på problemstillingen. Mange forklarte at de ikke hadde så mye kunnskaper angående rusproblematikk.

Informantene var delt i hvor mye tilbud om kurs og etterutdanning de hadde fått. Et par helsesøstre syntes de hadde fått mye tilbud, mens de andre syntes det var lite. Flere informanter hadde et ønske om at rusproblematikk skulle bli bedre vektlagt i helsesøsterutdanningen og yrket.

#### **4.3.6 Lite elev og foreldrekontakt**

I skolehelsetjenesten var det kun førskoleundersøkelsen og foreldremøte som var faste møtepunkter mellom helsesøstre og foreldrene. Men de møtte ikke alle foreldrene, for oftest var det bare en av foreldrene som deltok på førskoleundersøkelsen eller ved foreldremøte fortalte de. I tillegg hadde de begrenset tid på hver skole. Disse faktorene gjorde arbeidet med å fange opp barn i rusfamilier vanskeligere.

Flere av helsesøstrene så på foreldresamarbeidet som viktig, og mange av dem ønsket et tettere samarbeid med foreldrene.

#### **4.3.7 Ser det for sent**

Mange av informantene hadde erfart at barn i rusfamilier ofte ble fanget opp alt for sent. De trodde også at mange av disse barna ikke ble identifisert løpet av barne- og ungdomsskolen. En helsesøster hadde erfaring med at elevene gjerne ikke var klare for å åpne seg om rusproblemer i familien seg før de hadde nådd 10 trinn. En annen fortalte:

*”Det går gjerne mange år før vi finner dem (...). Når vi først finner dem har de ofte ganske massive problemstillinger, for terskelen for å søke hjelp er høy. Det har jo så enormt mye å si for den ungen”.*

En av helsesøstrene mente det var svikt i systemet deres når barn som hadde strevd siden barnehagen, først ble fanget opp på ungdomsskolen. Barn i rusfamilier kan klare seg på et hvis, fortalte en av dem, men prisen de måtte betale for at ingen så dem var ofte høy.

#### **4.3.8 Bli trygg nok**

Helsesøstrene fremhevet at de som gruppe hadde stor tillit i befolkningen. Men mange av helsesøstrene hadde erfart at det krevdes stor tillit før elever eller foreldre kom til dem med et slikt tabubelagt område som rusproblemer. En sa:

*”Før ante jeg ikke at terskelen for å be om hjelp var så stor. Jeg tenkte ikke på at elevene kunne ha det vanskelig uten å tørre snakke om det, jeg så ikke den høye terskelen for å gjøre det”.*

De fortalte at barna kunne være redd for konsekvensene ved å åpne seg for helsesøstrene. Barna kunne høre hjemme at hvis de fortalte om rusproblemene til noen, så kunne barnevernet ta dem fra foreldrene. Dette kunne gjøre det vanskelig for barna å si ifra.

Flere av informantene fortalte om hvor lang tid det kunne ta fra det første møtet med eleven, til eleven var trygg nok til å åpne seg. En helsesøster sa:

*”Det begynner gjerne med et plaster på såret og sånne småting, så begynner de å bygge opp en relasjon til meg og kommer oftere og oftere innom. De forteller gjerne om andre problemer før de snakker om rusproblemene”*

En annen helsesøster sa at hennes erfaring var at når elevene kom tilbake gang på gang, var det viktig å gi dem tid, for at de skulle våge fortelle det de har på hjertet.

De resultatene som synliggjorde seg etter analysen av intervjuene fra denne studien, har nå blitt beskrevet. Tillitsbygging og gyldiggjørelse av rusproblematikk var tiltak helsesøstrene så som viktig i deres arbeid for å fange opp barn i rusfamilier, men som beskrevet møter de en del utfordringer i dette arbeidet. Disse resultatene vil i neste kapittel bli drøftet.

## 5.0 Diskusjon

Resultatene viser at skolehelsesøstre synes det er utfordrende å identifisere barn som lever i familier med rusproblematikk. I følge nasjonale mål og prioriterte områder fra Helsedirektoratet (2013) så ønskes det at blant annet skolehelsetjenesten skal styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet med tanke på rus og psykiatri, spesielt med tanke på tidlig intervensjon. Videre sier veileder til forskrift for skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet, 2004) at tjenesten er en viktig arena for tidlig intervensjon av psykososiale problemer. Som en ser, er tidlig intervensjon av elever med rusproblematikk i familien et prioritert område for tjenesten. Men hvorfor får man ikke dette inntrykket i kontakt med de ansatte i tjenesten? Statistisk sett sender helsesøstre sjeldent bekymringsmeldinger til barnevernet (Statens Helsetilsyn, 2014). Hvorfor er denne problematikken så utfordrende?

Mitt inntrykk av helsesøstre er at de er dyktige, pliktoppfyllende, engasjerte og gjør en stor innsats i sitt arbeid, dette inntrykket samsvarer med en undersøkelse som har blitt gjort angående helsesøstre (Hernæs, 2011). Likevel viste denne studien at mange helsesøstre ikke hadde erfaring med tanke på elever med rusproblematikk i familien ved deres skoler, på tross av at omfanget av denne problematikken kan tyde på at disse elevene finnes ved mange skoler (Torvik & Rognmo, 2011). Kan det skyldes at helsesøstrenes arbeidsmetoder ikke gjør dem i stand til å se? Eller kan det være utenforstående forklaringer som gjør dette identifiseringsarbeidet vanskelig?

I denne drøftingen blir det først sett på arbeidsmetodene helsesøstrene la vekt på i deres arbeid for å kunne fange opp barn i rusfamilier, deretter blir det sett på hvorfor identifiseringen av disse barna er så utfordrende. Til slutt blir det sett på eventuelle tiltak som kan gjøre det lettere å fange opp disse barna.

### 5.1 Er helsesøsters arbeidsmetoder de rette?

#### 5.1.1 Tillitsbyggende arbeid

Helsesøsterrollen har endret seg. Før i tiden hadde helsesøster en kontrollfunksjon i samfunnet, der forbygging av sykdom og epidemier sto sentralt. I dag er rollen endret og

helsesøstrene har i større grad inntatt en støtte og veiledningsrolle (Glavin & Kvarme, 2003). Informantene fremhevet tillitsbyggende arbeid som viktig, for å kunne identifisere barn i rusfamilier. Per Fugelli (2011, s. 104) beskriver tillit som: "(...) menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på". For å ha tillit til en annen person kreves det at du kan stole på at den som mottar din tillit, vil handle og gjøre det beste for deg (Fugelli, 2011). I mange tilfeller må man bygge opp en trygg relasjon til barnet og eventuelt foreldre, før barnet kan åpne seg om rusproblemer i familien. Dette henger sammen med at rusproblematikk er tabubelagt, og konfrontering om dette uten den rette tillit til helsesøster kan medføre benekting eller bagatellisering (Mohaupt & Duckert, 2010). Mange av informantene hadde gjort seg denne erfaring. De fortalte at om en elev skulle kunne åpne seg å fortelle hvordan det var hjemme, så måtte eleven ha stor tillit til dem. Forskning viser at tillit er en forutsetning for en åpen dialog om psykososiale problemer (Johansson & Ehnfors, 2006). Men hvordan gikk helsesøstrene fram for å bygge opp tillit overfor elevene?

### **5.1.2 Synlighet, kontinuitet og en åpen dør**

Helsesøstrene så på "*synlighet*", "*kontinuitet*" og "*åpen dør*" som viktige tiltak for å bygge tillit. Hvilken innflytelse kan disse tiltakene ha, for å bygge den tilliten som behøves for å identifisere barn i rusfamilier?

Alle informantene fremhevet det å være en *synlig* helsesøster som viktig. En av dem fortalte: "*(...) Vi tenker gjerne ikke at det er så viktig, men det er kjempeviktig*".

I motsetning til helsestasjonsarbeidet der konsultasjonene ofte er planlagt, er det i skolehelsetjenesten mer lagt opp til et oppsøkende arbeid (Glavin & Kvarme, 2003). På bakgrunn av dette blir arbeid for å synliggjøre seg en viktig oppgave for en skolehelsesøster.

Barneombudet (2014) har gjennomført en undersøkelse der elever har blitt intervjuet angående deres oppfatning og ønsker for skolehelsetjenesten. Undersøkelsen viste at elever ønsker seg en synlig helsesøster, som er tilstedeværende i skolens miljø, i friminutt, pauser og timer (Barneombudet, 2014). Informantene fortalte hvordan de gikk fram for å synliggjøre seg på skolen og i skolemiljøet. De la vekt på å informere om tjenesten sin ved skolestart og de hadde diverse undervisning og veiledning i klassene. Mange forsøkte å ha



pauser med lærerne slik at de ble synliggjort overfor dem, noen var ute i skolegården enkelte friminutt. I tillegg deltok de ved foreldremøter på enkelte trinn, for på den måten å bli synlige overfor foreldre. Helsesøstrene mente at de ved å synliggjøre seg gjorde det lettere å ta kontakt med dem i etterkant.

Veileder til forskrift for helsestasjon og skolehelsetjenesten (2004) fremhever også betydningen av at skolehelsetjenesten blir synlig og inkludert i skolemiljøet. Når tjenesten er synlig kan de samarbeide med elev, foreldre og lærere, noe som gjør at de tidlig kan identifisere og hjelpe elever med problemer (Sosial- og helsedepartementet, 2004). En helsesøster som er synlig og inkludert i skolemiljøet kan gi barna den tryggheten som skal til for å ta kontakt med dem (Lambie & Sias, 2005).

*Kontinuitet* i tjenesten ble av informantene sett på som viktig i arbeidet med tillitsbygging. I følge en av helsesøstrene var det en styrke for hennes arbeid at hun hadde hatt ansvar for de samme skolene over flere år, fordi elevene kjente henne. Hun mente hun derfor representerte en trygghet for elevene som hadde behov for å snakke med henne. En annen helsesøster beskrev sine erfaringer med at desto lenger en helsesøster arbeidet ved en skole desto mer blir hun brukt. Selv om alle helsesøstre i skolehelsetjenesten har de samme ansvarsfunksjonene fastsatt gjennom forskrift for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (2003), og deres holdninger og verdier i tjenesten skal bygge på deres yrkesetiske retningslinjer (2011), viser intervjuene at det ikke er det samme hvilken helsesøster elevene møter. I følge informantene må tillit bygges opp til hver enkelt helsesøster, noe som viser viktigheten av at helsesøstrene får være på de samme skolene over tid.

Forskning viser at kontinuitet er viktig for å bygge tillit (Johansson & Ehnfors, 2006). Barn som lever i rusfamilier har ofte opplevd tillitsbrudd av sine foreldre. I en svensk undersøkelse kommer det fram at elever som har vansker med å stole på sine foreldre, igjen kan ha mindre tillit til ansatte ved skolen (Trygged, Backlund, & Elofsson, 2013). Grunnet hemmeligholdet bak rusproblematikken synes mange barn det er vanskelig å fortelle åpent om dette. I følge informantene kunne mange barn være redde for konsekvensene ved å fortelle at deres mor eller far sliter med rusproblemer. Mange barn hadde gjerne blitt fortalt at hvis de fortalte om dette til noen, kunne det medføre at barnevernet tok dem fra foreldrene. På bakgrunn av dette blir kontinuitet i helsesøsters arbeid ved skolen en viktig faktor (Arnell & Ekbohm, 1994; Sosial- og helsedepartementet, 2007; Sundfær, 2012b).

Det tredje tiltaket informantene fremhevet for å bygge tillit var "Åpen dør". Prinsippet bak "åpen dør" er at elevene kan stikke innom helsesøster for en prat om de trenger noen å snakke med, eller har problemer som det kan være vanskelig å snakke om hjemme (Sosial- og helsedepartementet, 2004). "Åpen dør" har vist seg å være viktig for barn med psykososiale problemer (Johansson & Ehnfors, 2006; Sosial- og helsedepartementet, 2004). Backett-Milburn, et al. (2008) forskning bygger opp under dette. De viser til at det å ha en person å snakke med og kunne støtte seg på er et viktig element for å takle hverdagen for barn med rusproblematikk i hjemmet (Backett-Milburn, et al., 2008; Olsson, 2011).

I følge informantene var det mange elever som benyttet seg av "åpen dør", og tjenesten ble sett på som en viktig del av deres arbeidsdag. Forskning har vist at mange oppsøker denne tjenesten i påskudd av lette fysiske plager som vondt i magen, vondt i hodet eller stiv nakke, mens den egentlige årsaken til at de oppsøker helsesøster er psykososiale problemer (Johansson & Ehnfors, 2006; Olsson, 2011; Sosial- og helsedepartementet, 2004). Flere av helsesøstrene hadde erfaring med dette. En fortalte at det ofte begynner med et plaster, deretter kunne elevene komme innom med jevne mellomrom. I samtalene som fulgte kom gjerne de egentlige problemene fram, litt etter litt. En forklaring på dette kan være at tillit ofte ikke er avgjørende for å be om hjelp til mindre problemer som vondt i hodet eller et plaster på såret. Men når opplysningene eller de problemene de vil fortelle om er av stor betydning for dem selv, er tillit ofte vesentlig (Grimen, 2009). "Åpen dør" blir derfor et viktig tiltak som kan hjelpe elever å bygge den tillit som behøves for å kunne åpne seg. Grimen (2009, s. 76) beskriver dette som "*de små skrittets metode*".

### **5.1.3 Åpenhet**

Foruten tillitsbyggende arbeid framhevet informantene åpenhet om rusproblematikk som viktig for å kunne fange opp barn i rusfamilier. Flere av informantene fortalte at de hadde plakater med tanke på rusproblematikk på kontorene sine, samt brosjyrer de kunne dele ut. Målet var at elevene følte de ble gitt tillatelse til å snakke om dette. For å bryte ned tabuer rundt rusmisbruk, trengs det en åpenhet rundt dette (Holm, 2009; Olsson, 2011).

Informantene mente at åpenhet var med på å ufarliggjøre et tabubelagt område. En av informantene sa at de måtte tørre å ta det opp som et tema i møte med elever og foreldre,

for åpenhet var blant de enkleste tiltakene de kunne gjøre for å kunne identifisere barn i rusfamilier.

Mange av helsesøstrene fortalte at de tok opp rusproblematikk i enkelte undervisningstimer og i veiledning, men flere mente de kunne bli bedre på å utnytte de mulighetene de hadde til å snakke om det. Forskning viser at åpenhet er viktig (Lambie & Sias, 2005). Når alle elever får undervisning og informasjon om rusproblematikk i familier kan det bryte ned tabuer som ofte ligger bak. Dette kan igjen medføre at elevene det gjelder våger å snakke om sine vanskelige hjemmeforhold (Lambie & Sias, 2005).

Arbeidsmetodene helsesøstrene så på som viktige for å identifisere barn i rusfamilier er som det nå er vist til, gode i henhold til forskning. Det viser seg at de benytter mange riktige arbeidsmetoder, men hva er da årsaken til at de identifiserer så få barn? Det viser seg at helsesøstre møter en del utfordringer i arbeidet, noen av disse utfordringene blir belyst videre.

## **5.2 Utfordringen; -å finne dem**

### **5.2.1 Hvorfor er barna så vanskelig å finne?**

Familier med rusproblematikk er ingen homogen gruppe, og familiene som rammes er like forskjellig som alle andre familier. Dette gjør igjen vanskelig å identifisere disse familiene (Furnes, 2005; Lambie & Sias, 2005; Mohaupt & Duckert, 2010).

Det kan være flere tegn ved barns atferd som kan tyde på rusproblemer i familien (Backlund, et al., 2010; Mohaupt & Duckert, 2010). Informantene hadde gjort flere erfaringer med tanke på dette. De fortalte om elever som kunne komme på skolen uten matpakke, hadde mye ansvar hjemme, ikke tok med venner hjem, eller kunne være utagerende eller tilbaketrukkede. De beskrev videre at rusproblematikk hos foreldre kunne få uttrykk i symptomer som søvnproblemer, spiseforstyrrelser, fedme, angst, ADHD, lærevansker og skulking hos barna. Utfordringen deres var at dette igjen kunne være symptomer på mange ulike problemer, dermed kunne det være vanskelig å se at dette skyldtes rusproblematikk, for i mange tilfeller kunne disse symptomene være forårsaket av mindre alvorlige problemer. På den annen side har mange barn i rusfamilier utviklet mestringsstrategier som

medfører at de kan fremstå som godt fungerende og veltilpassede i skolemiljøet (Sundfær, 2012a). En av informantene beskrev at noen ganger var det den pliktoppfyllende og skoleflinke eleven som hadde rusproblemer i familien. Selv om eleven og familien fremsto som perfekt utad i skolemiljøet, kunne det være store problemer innad i familien. Dermed blir identifiseringsarbeidet vanskelig. En helsesøster fortalte: "Vi vet de er der, men vi ser dem ikke". Helsesøstrene reflekterte over hvordan de kunne bli gode på å fange opp disse barna, for problemet var lite synlig på barna. En av dem sa:

*"( ...) Jeg er på en måte avhengig av at enten noen sier noe eller gjør noe, for at jeg skal kunne fatte mistanke"*

Det kan tyde på at det tar for lang tid før barn i rusfamilier blir oppdaget og får hjelp (Sundfær, 2012a). Informantenes uttalelser bygger opp om det. En av dem fortalte hvor frustrerende det var at enkelte barn hadde hatt en hverdag fylt med rusproblematikk siden barnehagealder, likevel ble de ikke fanget opp før ungdomskolen, om de i det hele tatt ble fanget opp. Elevene var ofte ikke trygge nok til å fortelle om disse problemene før de kom på 10 trinn, det hadde en annen helsesøster erfart. De fortalte at elever som hadde vokst opp med denne problematikken ofte hadde massive problemstillinger. Derfor ønsket helsesøstrene å identifisere dem på et tidligere tidspunkt.

### **5.2.2 Tiden - som ikke strekker til**

Alle informantene fortalte om travle dager ved skolene. De hadde mange arbeidsoppgaver som skulle skjøttes på liten tid. Den senere tiden har denne problemstillingen vært oppe i media. Nylig kunne man lese om kommuner der skolehelsesøster alene hadde ansvar for opptil 2965 elever (Ertesvåg, 2014). Med slike tall blir myndighetenes mål for skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2013; Meld. St. nr.34 (2012 -2013)) vanskelig å gjennomføre. Informantene fortalte at de ikke hadde daglig kontortid ved de ulike skolene. Kontortiden ved hver skole, varierte etter skolestørrelse og i hvilken kommune de var ansatt. De fleste av informantene hadde ansvar for flere skoler.

En av informantene fortalte: *"Problemet med å være helsesøster er at tiden går alt for fort"*. Når elevene sto på døra og ønsket å snakke med dem, var det viktig å prioritere dette, noe som kunne gå på bekostning av annet kontorarbeid. En annen informant fortalte at behovet

for åpen dør var større en den tiden hun hadde til rådighet. Tidligere forskning viser at liten tid er en reell utfordring for helsesøstrene. Tjenestene deres er så etterspurte, at helsesøstrene ofte ikke har tid eller kapasitet til følge opp (Andrews, 2002). En undersøkelse viser at svært mange helsesøstre ikke stiller elevene spørsmål om hvordan de har det, fordi de ikke har tid til å følge opp eventuelle svar (Helmers & Dolonen, 2013). Flere helsesøstre måtte ifølge denne undersøkelsen avvise elever som sto på døra og ville prate med dem. Mange hadde heller ikke tid til å følge opp barn og familier de visste hadde det vanskelig (Helmers & Dolonen, 2013).

Alle informantene ønsket seg mer tid ved hver skole for å kunne gjøre en grundigere jobb. I følge en av helsesøstrene kunne bedre tid gjøre det mulig å drive forebyggingsarbeid, i motsetning til i dag der hun følte hun kun bedrev "brannsløkking". Helsesøster og forsker Nina Misvær sier at skal skolehelsetjenesten være forsvarlig må helsesøstrene få være mer tilstede i skolen (Balci, 2014). En av informantene fortalte at stress og travelhet kunne medføre at de verken så eller hørte de elevene som behøvde deres oppmerksomhet. Om tidspresset medfører at helsesøster verken ser eller hører, blir det vanskelig å identifisere barn med rusproblematikk i familien.

På den annen side har regjering i folkehelsemeldingen (Meld. St. nr.34 (2012 -2013)) lovet mer ressurser til skolehelsetjenesten. Men fortsatt har man sett lite bedring med tanke på økt bemanning i skolene (Helmers & Dolonen, 2014).

### **5.2.3 Manglende kunnskap om rusproblematikk?**

Tillit er ofte ikke nok for å kunne identifisere barn i rusfamilier, det kreves også kunnskaper om rusproblematikk (Lambie & Sias, 2005). Helsesøstrene trenger kunnskaper for å kunne kjenne igjen og fange opp signaler fra barn som lever i rusfamilier. Veileder til forskrift for helsestasjon og skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet, 2004) slår fast at tjenesten må ha god kompetanse for at de tidlig skal kunne identifisere barn som viser signaler på omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik. Kunnskap er også viktig for å etablere den tilliten og tryggheten som barn ofte trenger for å fortelle om rusproblemer i familien (Sosial- og helsedepartementet, 2007). Men hvor mye kunnskap besitter helsesøstrene på dette området? Det første inntrykket av at helsesøstre manglet kompetanse angående rusproblematikk, kom under rekrutteringsprosessen til denne studien. Mange helsesøstre

ble forespurt om de kunne delta i studien. Felles for mange av svarene som ble gitt, var en anbefaling om å kontakte barnevernet istedenfor, da mange av de forespurte helsesøstrene mente de hadde for lite kunnskaper angående barn i rusfamilier.

Når det gjaldt hvor mye opplæring helsesøstrene hadde fått med tanke på rusproblematikk under helsesøsterutdanningen, sa en av informantene at undervisningen angående rusproblematikk bare var et av mange tema de skulle igjennom. To av informantene mente de hadde fått god opplæring og tilbud om kurs, mens andre mente de ikke hadde det. Mange av dem fortalte at det meste av kunnskapen de hadde angående rusproblematikk hadde de ervervet gjennom annen yrkeserfaring eller annen utdanning, dette samsvarer med resultatene fra Olssons (2011) studie.

Det viser seg at helsesøstre i mange tilfeller ikke har fått den kunnskapen som skal til for å kunne fange opp barna (Barneombudet, 2014; Skotland, 2007b). Flere av informantene ønsket mer kunnskap og fokus på rusproblematikk i yrket, noe som også blir bekreftet gjennom Olssons (2011) studie. Mye kan tyde på at økt kunnskap og vedlikehold av kunnskap blant helsesøstre, vil kunne hjelpe dem identifisere flere av disse barna tidligere (Baklien & Wejden, 2009; Lambie & Sias, 2005). Dette ble bekreftet av en informant som mente at desto mer kunnskaper de fikk, desto flere barn ville de kunne identifisere.

#### **5.2.4 Lite foreldrekontakt**

Skolehelsetjenesten har lite foreldrekontakt, ifølge informantene var det kun ved førskoleundersøkelsen de hadde direktekontakt med dem. Helsesøstrene deltok på enkelte foreldremøter, ellers var det ingen faste treffpunkter mellom helsesøstre og foreldre. Informantene mente dette gjorde det vanskeligere å identifisere barna. Foreldre med rusproblematikk klarer ofte å ta seg sammen ved å være rusfri og fremstå som gode foreldre på sporadiske møter med skole og helsesøster (Alkohol.dk, 2011). Men Glavin og Kvarme (2003) mener det hadde vært en fordel om helsesøstre dro på hjemmebesøk hos større barn også, ikke bare nyfødte.

Baklien og Wejden (2009) sammenligner førskolelærere og lærere, førskolelærere har mye tettere kontakt med foreldre enn lærere har, dermed har førskolelærere en fordel når det gjelder å identifisere problemer i familien. Men en ulempe ved tett kontakt kan være at man

opparbeider en nærhet som igjen kan gjøre det vanskelig å se avvik (Baklien & Wejden, 2009). Informantene ytret ønske om et bedre samarbeid med foreldre, for å gjøre deres arbeid med tanke på blant annet barn i rusfamilier enklere.

### **5.2.5 Magefølelsen og det vanskelige spørsmålet**

Siden rusproblematikk er sårbart og tabubelagt syntes mange av informantene det var et vanskelig tema å snakke om. Hansen (2008) skriver at tabuet bak rusproblemet gjør det vanskelig å snakke om rusproblematikk på en god måte. Flere av informantene fortalte at spørsmålet kunne bli stilt på en forsiktig måte eller i en bisetning. En av dem mente at helsesøstrene hadde et vekstområde når det gjaldt å stille spørsmål angående rusmiddelbruk i familien. Men hvor viktig er det å stille spørsmål til elever og foreldre angående dette?

En svensk undersøkelse av ungdom i rusfamilier viser viktigheten av å spørre (Maskrosbarn, 2010). En av de intervjuede ungdommene fortalte at om de voksne hadde våget å spørre ti ganger, så hadde han tilslutt våget å fortelle det. Ved å våge spørre hvordan barnet har det hjemme, kan den voksne forandre livet til en elev som opplever rusproblematikk blant foreldrene (Maskrosbarn, 2010).

To av informantene snakket om hvor viktig det var med mot til å følge magesfølelsen. En *"magesfølelse"* kan i denne sammenheng beskrives som udefinerbare tanker og følelser man får overfor at noe ikke stemmer, med tanke på eleven eller foreldrene (Lehn, 2009) Ved å ha mot til å følge magesfølelsen, mente informantene at de måtte våge å undersøke når de fikk en følelse for at en elev eller familien kunne ha ulike problemer. Men dette var ikke alltid problemfritt. En informant fortalte at det kunne føles vanskelig å vite når de skulle reagere på magesfølelse, da det var en sjanse for at den ikke var riktig. Helsesøstertjenesten er frivillig, dermed kan spørsmål som føles truende medføre at en familie eller elev trekker seg vekk fra tjenesten (Solbakken & Lauritzen, 2006). Men ifølge en av informantene var det er det er bedre å spørre med fare for å ta feil, for om de tok feil så var det bra. Men stort sett tok ikke magesfølelsen feil, mente hun.

### 5.2.6 Blikket – som skal se

I følge filosof Jakob Meløe (1997) er det blikket vi ser verden med, som avgjør hva vi ser. For å kunne se, må man stille seg i en slik posisjon at man ser (Meløe, 1997). Helsesøsters blikk er ofte rettet mot det normale, friske barnet, noe som er naturlig da det er det er det normale og friske barnet helsesøstre stor sett møter (Neumann, 2009) Helsesøstre har ansvar for å vurdere om det er en risiko for barnet, med tanke på foreldrenes omsorgspraksis eller miljø. Grensen for hva som er forsvarlig, og hva som ikke er det, kan være vanskelig å sette (Andrews, 2002; Bratterud & Emilsen, 2013). Flere av informantene fortalte om utfordringene med å identifisere barn i rusfamilier. Alt ved eleven og familien kunne se perfekt ut, men allikevel kunne problemene være store, fortalte en av dem. På den andre siden kan alle familier ha problemer i perioder, uten at det må ses på som alvorlig av den grunn (Neumann, 2009). Hvilket blikk helsesøster bruker for å tolke de tegn som barna sender ut, er basert på hennes tidligere erfaringer (Neumann, 2009). Har helsesøster erfaring angående barn i rusfamilier, kan dette hjelpe henne å identifisere et barn med tilsvarende problematikk ved senere anledninger (Bratterud & Emilsen, 2013). Dette kan være med å forklare hvorfor så mange av de forespurte helsesøstrene under rekrutteringsprosessen ikke kjente til elever med familiær rusproblematikk ved sine skoler, i motsetning til mange av informantene som hadde møtt flere av disse elevene?

Utdanning og klassebakgrunn kan også ha noe å si for erfaringsgrunnlaget (Bratterud & Emilsen, 2013; Neumann, 2009). Når det gjelder klassebakgrunn viser det seg at helsesøstre ofte er godt voksne kvinner fra middelklassen (Andersson, Ose, & Norvoll, 2006; Neumann, 2009). Dette kan også ha betydning når helsesøster skal vurdere barnets omsorgssituasjon (Neumann, 2009). Som en ser er det mange faktorer som har betydning for hva man ser og hva man ikke ser. Derfor kan det bli feil å tro at helsesøster lett kan fange opp barn som utsettes for omsorgssvikt, bare fordi hun møter så mange barn (Neumann, 2009).

Det er nå belyst noen av de utfordringer helsesøstre i skolen møter i arbeidet med å identifisere barn i rusfamilier. Utfordringene er mange, men hvordan kan dette arbeidet bli bedre?



### 5.3 "Kunnskap, tid og mot - er det som skal til?"

I følge en av Baklien og Wejdens informanter i evalueringen av prosjektet "barn i rusfamilier-tidlig intervensjon" kommer det fram at det som skal til for å finne barna er; kunnskap, tid og mot (Baklien & Wejden, 2009, s. 112). Hvis dette er svaret, hvorfor er det så utfordrende?

#### 5.3.1 For stort ansvarsområde?

Forskning viser at økt kunnskap om rusproblematikk kan medføre at barn i rusfamilier blir identifisert tidligere (Baklien & Wejden, 2009; Elgán & Leifman, 2011; Lambie & Sias, 2005).

Kunnskap kan også øke motet for å følge magefølelsen overfor elever (Baklien & Wejden, 2009). En enkel løsning på problemet kan være at helsesøster får økte kunnskaper om

rusproblematikk. Men er det så enkelt? Etter intervjuene er inntrykket at helsesøstre behøver kunnskap på mange områder. Det dreier seg om alt fra "tradisjonelle"

helsesøsteroppgaver slik som vaksinerings og kostveiledning, via småskadekompetanse, til utfordringer på det psykososiale området slik som rus og mobbing. De skal ha kunnskaper om alt fra spedbarnsalder, til utfordringer blant ungdom. Kan det store ansvarsfeltet være en årsak til at barna sent eller aldri oppdages? Glavin og Kvarme (2003, s. 208) skriver:

*"Fordi helsesøster har ansvar for oppfølging av barn og familier i ulike aldre, med ulike problemstillinger og i ulike situasjoner, må hun ha kunnskaper og kompetanse fra et stort og vidt fagområde".*

Flere av informantene ga inntrykk av at rusproblematikk bare var et av mange områder de skulle ha kunnskaper om. Helsesøstre har mange arbeidsoppgaver, og i takt med samfunnsutviklingen har stadig nye ansvarsoppgaver blitt lagt til tjenesten, uten en tilsvarende økning i ressurser (Andrews, 2002; Glavin, et al., 2007). Fra å være et yrke med utspring i den medisinskfaglige tradisjon, har yrket nå blitt tillagt store arbeidsoppgaver som heller mot sosialmedisinske tradisjoner. Dagens utfordringer for helsesøstre er heller ikke like synlige som deres tradisjonelle utfordringer var. Clancy (2010) har beskrevet dette slik:

*"Due to changes in the health panorama the public health workers today often fight silent battles against these less visible and less tangible enemies than their forerunners, who*

*fought visible battles to combat the blatant effects of infectious diseases” (Clancy, 2010, s. 73)*

Fra myndighetenes side er det store forventninger til helsesøstrene. Det forventes at de tidlig skal se og identifisere problemer både av fysisk, psykisk og sosial art (Dalgard et al., 2011; Meld. St. nr.34 (2012 -2013)). Begrunnelsen er deres særstilling ved at de møter så og si alle barn. Men selv om forventningene er store, har de ifølge Neumann (2009) ikke sørget for at helsesøstrene får den kunnskapen og ressursene som er nødvendig for å klare dette. I forhold til ansvarsområdene, har de mindre ressurser å ta av sammenlignet med skole og barnevernstjenesten (Glavin, et al., 2007). Når kunnskaper og ressurser er mangelfulle, mangler muligens helsesøstre den faglige ballasten som skal til for å kunne gripe inn når en elev behøver det (Neumann, 2009). Neumann (2009) har ved sin forskning stilt spørsmål ved hvorfor helsesøstre ikke protesterer mot alle arbeidsoppgavene som de har blitt tillagt. Hun tror mye av forklaringen finnes i helsesøstrenes historie og identitet. Helsesøstre har ingen tradisjon for å være høyrøstet og stå på barrikadene med sine krav, de er lojale og gjør jobben sin (Hernæs, 2011). Hadde helsesøstrene fått avgrenset sitt ansvarsområde kunne det blitt lettere for dem å holde seg faglig oppdatert (Glavin & Kvarme, 2003).

### **5.3.2 Hjelp av andre innstanser**

Flere av informantene ønsket seg andre faggrupper inn i skolehelsetjenesten. Noe av det de ønsket seg var hjelp av psykiatrisk sykepleier og/eller en fagarbeider med ruskompetanse. Ønsket var å arbeide sammen i team, for som en av informantene fortalte: *“alle oppgavene trenger ikke være mine”*. Ved å få en fagarbeider med ruskompetanse inn i skolehelsetjenesten, kunne det bidratt til økt fokus på rusproblematikk. Men en ulempe ved å inkludere andre faggrupper inn i skolehelsetjenesten kan være at tjenesten mister sin nøytralitet (Glavin, et al., 2007) Helsesøstrenes brede ansvarsområde kan bidra til å ufarliggjøre kontakten med dem (Westgaard, 2004). En av informantene fortalte at alle går til helsesøster, derfor er det ikke så tabubelagt. Ved å få inn fagkompetanse på rusproblematikk eller psykiatri i tjenesten, vil kanskje noe av denne nøytraliteten som ligger i helsesøsteryrket forsvinne?

### 5.3.3 Mer arbeidstid på skolen

Helsesøstrene har som beskrevet mange ansvarsområder de skal fylle. Dette får igjen konsekvenser for den korte tiden de har ved hver skole. For at elevene skal bli trygge på helsesøster må de bygge tillit, noe som igjen krever tålmodighet, tid og mye arbeid (Sundfær, 2012b). Barneombudet (2014, s. 6) skriver:

*”Som voksne kan vi plukke opp telefonen og bestille time hos fastlegen eller spesialist hvis livet er vanskelig. Når barn trenger hjelp med sine problemer må de banke på en dør som altfor ofte er stengt”.*

Helsesøstres begrensede tid ved hver skole kan få betydning for tillitsforholdet mellom elev og helsesøster. For elever er det viktig å ha noen å snakke med som bryr seg om dem (Backett-Milburn, et al., 2008). Det er ofte et savn når den voksenpersonen elevene kan snakke med på skolen, ikke er tilstedeværende (Lambie & Sias, 2005).

Et viktig bidrag for å fange opp flere barn med rusproblematikk i familien er derfor en økt økonomisk satsning på skolehelsetjenesten, slik regjeringen har lovet (Meld. St. nr.34 (2012 - 2013)).

Det er nå beskrevet ulike tiltak som kunnskap, tverrfaglig samarbeid og økte ressurser som igjen kan bidra til at helsesøstrene lettere fanger opp barn i rusfamilier. Videre blir de ulike trådene fra denne studien samlet i en avslutning.

## 6.0 Avslutning

Problemstillingen for denne studien var: *”Hvordan arbeider helsesøstre i skolen for å identifisere barn som har det vanskelig på grunn av foreldrenes rusproblemer og hvilke utfordringer møter helsesøstre i dette arbeidet?”*

Helsesøstre i skolen kan ha en unik mulighet til å fange opp barn i rusfamilier, da de er tilstede ved skolene og møter omtrent alle barn (Erdal, 2004). Men selv om helsesøstre har denne unike posisjonen, betyr det ikke at helsesøstre enkelt identifiserer disse barna (Neumann, 2009), noe også denne studien har synliggjort. Under rekruttering av informanter til denne studien viste det seg at mange helsesøstre ikke hadde erfart denne problematikken ved deres skoler, selv om undersøkelser antyder at et høyt antall barn har foreldre med rusproblemer (Torvik & Rognmo, 2011).

Helsesøstrenes arbeidsmetoder for å fange opp disse barna har blitt belyst, og det viser seg at helsesøstrene benytter mange relevante arbeidsmetoder som baserer seg på tillitsbygging og gyldiggjøring av rusproblematikk. Da rusproblematikk er tabubelagt og ofte skjult blir tillitsbygging og gyldiggjøring viktige tiltak i arbeidet for å identifisere disse barna (Johansson & Ehnfors, 2006; Lambie & Sias, 2005).

Helsesøstrene i studiens utvalg hadde alle erfart elever fra rusfamilier og mange av dem hadde erfart flere elever med denne problematikken ved deres skoler. Selv om informantene hadde erfaring og hadde sett hvilke uttrykk denne problematikken kunne få hos elevene, syntes de det var vanskelig å fange dem opp. Helsesøstre er ofte engasjerte og arbeidsvillige i sitt yrke (Andersson, et al., 2006). De ønsker det beste for sine elever, noe som også gjenspeilet seg i informantene. Det ble derfor et spørsmål hvorfor disse barna var så vanskelig å identifisere?

Selv om helsesøstrenes arbeidsmetoder er relevante, møter de mange utfordringer. Tiden er et reelt problem. De har mange oppgaver som skal løses på få arbeidstimer, og tidsbegrensningen medfører liten tid til hvert barn. Slik tjenesten er lagt opp i dag, har de lite foreldrekontakt, noe som også kan vanskeliggjøre identifiseringen. Helsesøstre har mange ansvarsfunksjoner. Grunnet dette kan det være en utfordring å besitte nok kunnskaper relatert til rusproblematikk, da dette bare blir ett av mange tema de behøver kunnskaper

om. Når kunnskapene mangler kan det bli vanskelig å se eller ha mot til å se disse barna (Baklien & Wejden, 2009; Neumann, 2009).

I dagens samfunn ser vi en økning av psykososiale problemer blant elever, dermed er det nødvendig med en synlig støttefunksjon gjennom primærhelsetjenesten (Clancy, 2010). Alkoholkonsumet i landet er stigende og på bakgrunn av dette kan man anta at antall barn i rusfamilier også er stigende (Skotland, 2007a). Samfunnsendringer medfører at den tradisjonelle "nabokjerringa" ikke ser utsatte barn på lik linje som tidligere. Før i tiden var "nabokjerringa" hjemmeværende og hadde full kontroll over hva som rørte seg i gata. Nå er "nabokjerringa" yrkesaktiv og har ikke samme kontroll (Aftenposten.no, 2011; Bore, 2009). Barna er store deler av dagen på skolen eller opptatt med andre fritidsaktiviteter, dermed viser de ikke like mye igjen i nabolaget. Dette viser viktigheten av å ha en synlig og tilstedeværende helsesøster på skolen, som kan fylle rollen som den tradisjonelle "nabokjerringa" ikke lenger besitter.

Når barn i rusfamilier ikke fanges opp og får den hjelpen de behøver, kan de bli "kostbare" barn. Hvis barna ikke fanges opp før de har utviklet store skader grunnet sin problematiske oppvekst kan ikke bare de menneskelige kostnadene bli store, men også de samfunnsøkonomiske kostnadene (Olofsson, 2006). I følge Haugland (2004, s. 169) er det derfor "(...)vanskelig å tenke seg en bedre samfunnsmedisinsk arena enn skolen".

I følge FN's Barnekonvensjon artikkel 3-2 (1989) skal barn sikres den beskyttelse og omsorg som er nødvendig med tanke på barnets trivsel, på bakgrunn av dette er det viktig at barna identifiseres tidlig. Skolehelsetjenesten kan være en viktig brikke i dette arbeidet, og ifølge Helsepersonelloven § 10a (1999) skal gi informasjon og nødvendig oppfølging til barn i rusfamilier. Men skal skolehelsetjenesten ha den funksjonen myndighetene ønsker de skal være (Helsedirektoratet, 2013; Meld. St. nr.34 (2012 -2013)), trengs det økte ressurser både i tid og i kompetanse.

## 6.1 Refleksjoner om studiens begrensninger og implikasjoner

Denne studien bygger på intervju av fem skolehelsesøstre. Informantene er få med tanke på generalisering av funn, men allikevel var tendensen i helsesøstrenes uttalelser mye av det samme. Alle informantene fortalte hvor vanskelig det var å se barn som lever i rusfamilier, noe som kan tyde på at det er et generelt problem blant helsesøstre. At identifisering av disse barna kan være vanskelig ble også bekreftet da det under rekrutteringsprosessen til denne studien, viste seg at mange helsesøstre ikke hadde erfaring med denne problematikken ved sine skoler. Videre uttrykte mange at den korte tiden de hadde på hver skole, vanskeliggjorde dette arbeidet. Det er mye som tyder på tiden er et generelt problem for skolehelsetjenesten. Informantene kom fra tre ulike kommuner, fra ulike deler av landet og liten tid var en utfordring for dem alle, noe som kan tyde på at dette ikke bare er et problem i noen kommuner. Undersøkelser gjort med tanke på helsesøstre bekrefter også dette funnet (Barneombudet, 2014; Helmers & Dolonen, 2013).

Et inkluderingskriterium for denne studien var at informantene måtte ha erfaring rundt problematikken "barn i rusfamilier". Som tidligere beskrevet manglet mange helsesøstre denne erfaringen. I ettertid ser jeg at det kunne vært interessant å høre deres erfaringer og utfordringer i arbeidet som helsesøster. Med tanke på regjeringens forventinger til hva helsesøstre skal kunne oppnå i deres tjeneste (Helsedirektoratet, 2013; Meld. St. nr.34 (2012-2013)), kunne det vært interessant å gjennomføre en større kvantitativ undersøkelse blant skolehelsesøstre. Med en slik undersøkelse kunne man fått antydning hvor stor prosent av helsesøstre i skolen som har erfaring med denne problematikken.

Denne studien har vist hvilke utfordringer skolehelsesøstre møter i arbeidet med å identifisere barn i rusfamilier. Men dette arbeidet krever ofte et samarbeid med andre yrkesgrupper, som lærere og barnevern. I følge Baklien (2009) er det en del utfordringer i dette samarbeidet, som kan ha betydning for om eleven blir identifisert eller ikke. Det kunne derfor vært nyttig ved videre forskning, å studere samarbeidsklimaet mellom ulike profesjoner som helsesøstre, barnevern, og lærere i arbeidet med å identifisere disse barna.

Det er gjennomført en del forskning angående barn i rusfamilier (Backett-Milburn, et al., 2008; Christoffersen & Soothill, 2003; Mohaupt & Duckert, 2010; Serec, et al., 2012), men

denne studien kan tyde på at det behøves mer forskning på dette feltet, særlig med tanke på skolehelsetjenesten. Det er viktig for de barna som er rammet og i følge tidligere helseminister Støre vil det: *"(...)være et nederlag dersom myndighetene ikke klarer å hjelpe alle barnefamilier der rus er et problem"* (Nordby, 2013, s. 1).

## Kilder

- Aftenposten.no. (2011). Folk flest varsler ikke barnevernet Lastet, 04.05.2014, fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article4028791.ece#.U2Yu3ctWGAg>
- Alkohol.dk. (2011). Børn i misbrugsfamilier. Lastet, 07.08.2012, fra <http://www.alkohol.dk/boern-i-misbrugsfamilier.html>
- Amundsen, E. J. (2010). Hvor mange misbrukere har vi? In E. J. Amundsen (Red.), Hva er misbruk og avhengighet?: betegnelse, begreper og omfang. SIRUS-rapport 4/2010 (s. 56-70). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Lastet ned fra [http://www.sirus.no/filestore/Automatisk\\_opprettede\\_filer/sirusrap.4.10.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.4.10.pdf).
- Amundsen, E. J., Lund, I., Bretteville-Jensen, A. L., Skretting, A., Rise, J., & Nordlund, S. (2010). Hva er misbruk og avhengighet?: betegnelse, begreper og omfang. SIRUS-rapport Lastet, 4/2010, fra [http://www.sirus.no/filestore/Automatisk\\_opprettede\\_filer/sirusrap.4.10.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.4.10.pdf)
- Andersson, H. W., Ose, S. O., & Norvoll, R. (2006). Helseøsters kompetanse (Sosial-og helsedepartementet, Trans.) rapport A558. Trondheim: Sintef helse.
- Andrews, T. (2002). Grenseløse krav i helsestasjonstjenesten - Dilemmaer og mestringsstrategier. *Sosiologisk tidsskrift*, 10(01).
- Arnell, A., & Ekbohm, I. (1994). *Når mamma eller pappa dricker...: en handbok om att arbeta i grupp med barn till alkoholister*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Backett-Milburn, K., Wilson, S., Bancroft, A., & Cunningham-Burley, S. (2008). Challenging childhoods: Young people's accounts of 'getting by' in families with substance use problems. *Childhood*, 15(4), 461-479.
- Backlund, S., Enstad, F., Frøyland, K., Gimse, A. Ø., Hoel, I., & Ingerslev, H. (2010). Fra bekymring til handling - En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet Lastet, 02.08.2012, fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fra-bekymring-til-handling-en-veileder-om-tidlig-intervensjon-pa-rusområdet/Publikasjoner/fra-bekymring-til-handling-en-veileder-om-tidlig-intervensjon-pa-rusområdet.pdf>
- Baklien, B. (2009, 06.11.2009). Skole, barnehage, barneverntjeneste - bilder av "de andre" hindrer samarbeid. *Norges barnevern*, 86, 236-245.
- Baklien, B., & Wejden, T. (2009). Evaluering av prosjektet "barn i rusfamilier -tidlig intervensjon" SIRUS-rapport 1/2009 Lastet ned 16.04.2012, fra [http://www.sirus.no/filestore/Import\\_vedlegg/sirusrap.1.09.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/sirusrap.1.09.pdf)
- Balci, S. (2014). Etterlyser flere helseøstre Lastet, 10.02.2014, fra <http://www.forskning.no/artikler/2014/januar/379874>
- Barneombudet. (2014). Helse på barns premisser. *Barneombudets fagrappport* Lastet, 07.03.2014, fra [http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse\\_på\\_barns\\_premisser.pdf](http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_på_barns_premisser.pdf)
- barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester 17 juli Nr. 100. 1992*.
- Bore, M. R. (2009). Nabokjerringa er fortid, Lastet, 21.05.2014, fra <http://www.aftenbladet.no/meninger/Nabokjerringa-er-fortid-2039032.html#.U3xaOstWGAg>
- Bratterud, Å., & Emilsen, K. (2013). *Dørstokkmila: barnehagens vei fra magesfølelse til melding*. Bergen: Fagbokforl.
- Bremnes, K. (1997). "Usynlig" Fra albumet Månestein: Kirkelig kulturverksted.
- Cederkvist, G. A. (2010). Hjelper på hjemmebane. *Tidsskriftet sykepleien*, 98(02), 66-69.
- Christoffersen, M. N., & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 107-116.
- Clancy, A. (2010). *Perceptions of public health nursing practice: on borders and boundaries, visibility and voice* (vol. 2010:7). Göteborg: NHV.



- Dahm, K. T., Landmark, B., Kirkehei, I., & Reinart, L. M. (2010). Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. *Rapport fra kunnskapssenteret nr.15-2010* (s. 46). Oslo: Helsedirektoratet.
- Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). Bedre føre var...Rapport 2011:1. I E. F. Major (red.). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Elgán, T. H., & Leifman, H. (2011). Children of substance abusing parents: A national survey on policy and practice in Swedish schools. *Health Policy, 101*(1), 29-36.
- Erdal, B. (2004). Barnevernstjenesten. I N. Misvær & S. Haugland (red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten 1.-10. klasse* (s. 410-417). Oslo: Kommuneforl.
- Ertesvåg, F. (2014). 2965 elever på en helsesøster, Lastet, 01.05.2014, fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/skole-og-utdanning/2965-elever-paa-en-helsesoster/a/10147180/>
- Estensen, M. B., & Gulbrandsen, E. (2014). Mette-Marit hylles for åpenheten, Lastet, 20.04.2014, fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/kongehuset/mette-marit-hylles-for-aapenheten/a/10146998/>
- FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989 (1989).
- Forskrift av 3.april (2003) om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Fugelli, P. (2011). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien Forskning, 6* (5), 104-105.
- Furnes, S. R. (2005). Ennå gjeamt og glemt. *Rus & avhengighet, 6* 2005, 33-35.
- Glavin, K., Helseth, S., & Kvarme, L. G. (2007). Utfordringer for helsesøstertjenesten - og veien videre. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 323-330). Oslo: Akribe.
- Glavin, K., & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten: fra menighetspsykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforl.
- Grønmo, S. (1996). Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen. I H. Holter & R. Kalleberg (red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (s. S. 73-108). Oslo: Universitetsforl.
- Hammerstrøm, J. L., & Sætre, J. (2012). Langt fleire barn rusmisbrukarar med barn enn tidligare kjend Lastet, 05.08.2012, fra <http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.8269469>
- Hansen, F. (2008). Feige hjelpere og glemte barn -rus og familieliv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45*(10), 1266-1267.
- Hansen, F. A. (1990). *Rusmisbruk i et familieperspektiv: hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan dette få for barn*. Skien: Borgestadklinikken.
- Haugland, B. S. M. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (s. 82-106.). Oslo: Abstrakt.
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). Barna i sentrum -hva vil vi løfte frem? I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (s. 9-17). Oslo: Abstrakt.
- Haugland, S. (2004). Skolehelsetjenesten som premissleverandør. I N. Misvær & S. Haugland (red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten 1.-10. klasse* (s. 167-170). Oslo: Kommuneforl.
- Haugland, S., & Grimsmo, A. (2004). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I N. Misvær & S. Haugland (red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten 1.-10. klasse* (s. 27-44). Oslo: Kommuneforl.
- Helmers, A. K. B., & Dolonen, K. A. (2013). Dette svarer helsesøstrene til Sykepleien Lastet, 01.05.2014, fra <http://www.sykepleien.no/nyhet/1125063/dette-svarer-helsesostrene-til-sykepleien>
- Helmers, A. K. B., & Dolonen, K. A. (2014). -Helsesøsterkronene har gått i det store sluket Lastet, 01.05.2014, fra <http://www.sykepleien.no/nyhet/1427694/%E2%80%93-helsesosterkronene-har-gatt-i-det-store-sluket>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). Opptappingsplan for rusfeltet Lastet ned 10.02.2012, fra <http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Oppt.plan.pdf>

- Helse og omsorgsdepartementet. (2012). Betydelig satsning på barn av rusavhengige Lastet, 15.08.2012, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2012/betydelig-satsning-pa-barn-av-rusmiddelav.html?id=686771>
- Helse og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov av 24. juni. Nr. 30. 2011.*
- Helsedirektoratet. (2011). Skolehelsetjenesten Lastet, 26.05.2014, fra <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2013). Najonale mål og prioriterte områder for 2013. *Rundskriv IS-1/2013* Lastet ned 23.03.2013, fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-mal-og-prioriterte-omrader-for-2013/Sider/default.aspx>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov av 2 juli. Nr 64. 1999.*
- Helseth, S. (2007). Teoretisk grunnlag for helsesøstertjenesten, 1.1 Sykepleiefaglig forankring. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 17-27). Oslo: Akribe.
- Hernæs, N. (2011). -Helsesøstre må si fra! Lastet, 06.02.2014, fra <http://www.sykepleien.no/nyhet/665178/-helsesoster-ma-si-fra>
- Holm, H. E. (2009). Barn med foreldre som ruser seg. *Skolepsykologi, Tidsskrift for pedagogisk-psykologisk tjeneste*, 3 2009, 3-10.
- Holm, H. E. (2012). Barn i familier med rusmiddelproblemer Lastet, 10.05.2014, fra <http://www.forebygging.no/Artikler/2013-2012/Barn-i-familier-med-rusmiddelproblemer/>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Johansson, A., & Ehnfors, M. (2006). Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspective of adolescent pupils. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 26(4), 10.
- Kleven, R. (2014). -bryter ned tabuer om alkoholisme Lastet, 20.04.2014, fra [http://www.nrk.no/trondelag/\\_-bryter-ned-tabuer-om-alkoholisme-1.11646033](http://www.nrk.no/trondelag/_-bryter-ned-tabuer-om-alkoholisme-1.11646033)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvarme, L. G. (2007). 1.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 28-34). Oslo: Akribe.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lambie, G. W., & Sias, S. M. (2005). Children of Alcoholics: Implications for Professional School Counseling. *Professional School Counseling*, 8(3), 266-273.
- Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Lastet ned fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse/Publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse.pdf>.
- Lauritzen, G. (2011). Drug users with children (addicted parents, parenting, child care and related issues) *The drug situation i Norway 2011, Annual report to the EMCDDA* Lastet ned 26.04.2012, fra [http://www.sirus.no/filestore/Automatisk\\_opprettede\\_filer/Drug\\_Situation\\_Norway\\_2011.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/Drug_Situation_Norway_2011.pdf)
- Lehn, E. W. (2009). *Dårlig Magefølelse: Grunnlag for bekymringsmelding? -sentrale mønstre i barnehageansattes arbeid med barn som bekymrer*. Masteroppgave i spesialpedagogikk, NTNU, Trondheim. Lastet ned fra <http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:396051/FULLTEXT01>
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien forskning*, 3(3), 172-175.
- Lund, I., & Bretteville-Jensen, A. L. (2010). Kan vi skille mellom bruk og misbruk? In E. J. Amundsen (Red.), *Hva er misbruk og avhengighet?: betegnelser, begreper og omfang*. SIRUS-Rapport nr.4/2010 (s. s. 13-27). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Lastet ned fra [http://www.sirus.no/filestore/Automatisk\\_opprettede\\_filer/sirusrap.4.10.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.4.10.pdf).

- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring, 2.opplag*. Oslo: Universitetsforl.
- Maskrosbarn. (2010). Fråga man inget - får man inget veta Lastet, 04.05.2014, fra <http://www.maskrosbarn.org/wp-content/uploads/2013/09/Rapporten%C3%A5r2014.pdf>
- Meld. St. nr.34 (2012 -2013). *Folkehelsemeldingen*. Oslo: Regjeringen.no Lastet ned fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013/5/2.html?id=723888>.
- Meløe, J. (1997). Om å forstå det andre gjør. I J. Meløe, S. Nesset & A. Greve (red.), *Filosofi i et nordlig Landskap* (s. S. 338-345). Tromsø: Universitetsbiblioteket i Tromsø.
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov av 21 mai. Nr. 30. 1999*.
- Mohaupt, H., & Duckert, F. (2010). Barn av rusmisbrukere - drøfting av sentrale risikofaktorer. Retrieved 18.04.2012, fra Tidsskrift for norsk psykologforening, <http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?a=21&soktekst=foreldre+og+rusmisbruk>
- NESH. (2006). Forskningsetiske retningslinjer fro samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi Lastet ned 04.05.2012, fra [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf)
- Neumann, C. E. B. (2009). *Det bekymrede blikket: en studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Oslo: Novus forlag.
- Nordby, B.-M. (2013). Ap vil følge opp alle barn i rusfamilier -fra fødsel til skolestart Lastet, 21.05.2014, fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/rusmidler/ap-vil-foelge-opp-alle-barn-i-rusfamilier-fra-foedse-til-skolestart/a/10134988/>
- Nordlund, S. (2010). Alkoholmisbruk før og nå- Har vår oppfatning endret seg? In E. J. Amundsen (Red.), *Hva er misbruk og avhengighet?: betegnelser, begreper og omfang*. SIRUS-rapport 4/2010 (s. 44-55). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Lastet ned fra [http://www.sirus.no/filestore/Automatisk\\_opprettede\\_filer/sirusrap.4.10.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.4.10.pdf).
- Olofsson, M. (2006). Misbrugernes børn Lastet, 07.08.2012, fra [http://www.bopam.dk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5&Itemid=2](http://www.bopam.dk/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=2)
- Olsson, H. E. (2011). *Skolsköterskans roll i arbetet att upptäcka och bemöta barn som har en förälder med alkohol missbruk - en intervjustudie*. examensarbete, magisternivå, Högskolan i Gävle, Akademin för hälsa och arbetsliv. Lastet ned fra <http://hig.diva-portal.org/smash/get/diva2:472222/FULLTEXT01.pdf>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Rhodes, T., Bernays, S., & Houmoller, K. (2010). Parents who use drugs: Accounting for damage and its limitation. *Social Science & Medicine*, 71(8), 1489-1497.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003* (vol. B. 2). Oslo: Universitetsforl.
- Serec, M., Švab, I., Kolšek, M., Švab, V., Moesgen, D., & Klein, M. (2012). Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents. *Drug and Alcohol Review*, 31(7), 861-870.
- Skotland, S. (2007a). De usynlige barna Lastet, 17.04.2014, fra <http://www.tryggoppvekst.no/f/D662/>
- Skotland, S. (2007b). RUSBARN:hvor mange er de? *Rus & Samfunn*, 1 2007, 26-29.
- Skretting, A. (2010). Behov for språk- og begrepsrøkt. In E. J. Amundsen (Red.), *Hva er misbruk og avhengighet?: betegnelser, begreper og omfang*. SIRUS-rapport 4/2010 (s. 28-33). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Lastet ned fra [http://www.sirus.no/filestore/Automatisk\\_opprettede\\_filer/sirusrap.4.10.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.4.10.pdf).
- Solbakken, B. H., & Lauritzen, G. (2006). Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer *Sirusrapport nr. 1/2006*. Oslo.

- Sosial- og helsedepartementet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet Lastet ned fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten-/Publikasjoner/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>.
- Sosial- og helsedepartementet. (2007). Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver - aktuelle målgrupper og arenaer Lastet, 14.08.2012, fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tidlig-intervensjon-pa-rusområdet/Publikasjoner/tidlig-intervensjon-pa-rusområdet.pdf>
- Statens Helsetilsyn. (2014). Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet. Oppsummering av kunnskap fra tilsyn mv. *Rapport fra Helsetilsynet 2/2014* Lastet, 01.05.2014, fra [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport2\\_2014.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport2_2014.pdf)
- Sundfær, A. (2005). Bill. merk "hemmelig". *Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2*, 162-174.
- Sundfær, A. (2012a). *God dag, jeg er et barn: om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforl.
- Sundfær, A. (2012b). "Hvem skal passe på mamma hvis jeg flytter?". I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (s. 107-130). Oslo: Abstrakt.
- Sølvberg, M. H. (2004). Skolen. I N. Misvær & S. Haugland (red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten 1.-10. klasse* (s. 383-387). Oslo: Kommuneforl.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. *Rapport 2011:4* Lastet, 23.04.2014, fra <http://www.fhi.no/dokumenter/Od04decc0b.pdf>
- Trygged, S., Backlund, Å., & Elofsson, S. (2013). Vem kan man lita på? Skolelevers förtroende för skolpersonal. *Socialmedicinsk tidskrift, 90 (4)*, 591-603.
- Westgaard, H. (2004). 3.8 Skolen som arena for rusforebygging. I N. Misvær & S. Haugland (red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten 1.-10. klasse* (s. 227-244). Oslo: Kommuneforl.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2011) Norsk sykepleierforbund, Lastet, 26.05.2014, fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et "pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (s. 18-43). Oslo: Abstrakt.

# Vedlegg 1. Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Kristin Humerfelt  
Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER

Vår dato: 25.09.2012

Vår ref:31543 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

|                      |                                                                                                                               |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31543                | <i>Hva helsesøstre i skolehelsetjenesten gjør for å identifisere og følge opp barn som lever i familier med et rusproblem</i> |
| Behandlingsansvarlig | Universitetet i Stavanger, ved institusjonens overste leder                                                                   |
| Daglig ansvarlig     | Kristin Humerfelt                                                                                                             |
| Student              | Silje Brennesvik Stavne                                                                                                       |

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Silje Brennesvik Stavne, Bogafjellbakken 131, 4324 SANDNES

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 31543

Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til PC/ datamaskinbasert utstyr, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Vi legger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Vi minner om at anonyme opplysninger er opplysninger som det ikke er mulig direkte (via navn eller fødselsnummer eller referanse til slike opplysninger) eller indirekte (via sammenstilling av bakgrunnsopplysninger om informantene eller referanse til slike opplysninger) å føre tilbake til enkeltpersoner.

Prosjektet skal avsluttes 01.10.2013. Lydopptak slettes.

Personvernombudet minner om at helsesøstrene ikke kan omtale barn og familier i identifiserbar form av hensyn til taushetsplikten, og anbefaler at intervjuer minner informanten om det ifm. intervjuet.

## Vedlegg 2. Informasjonsskriv

### Til helsesøster

Jeg er masterstudent i helsevitenskap med spesialisering i rusproblematikk ved Universitetet i Stavanger og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tema for oppgaven min er barn som lever i familier med et problematisk rusmiddelbruk. Jeg ønsker å finne ut hva helsesøstre i skolehelsetjenesten gjør for å identifisere og følge opp barn som lever i disse familiene. Målet mitt er å finne ut hva som i dag gjøres på dette området, og hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes.

For å få svar på dette, ønsker jeg å intervju 6-8 helsesøstre som arbeider i skolehelsetjenesten. Spørsmålene vil dreie seg om arbeidsrutiner, samarbeidspartnere og videre handlingsforløp når en er bekymret for eller får bekreftet at et barn lever i familier med problematisk rusmiddelbruk.

Gjennom min masteroppgave er jeg knyttet til et forskningsprosjekt som utføres av min veileder Kristin Humerfelt og biveileder Grethe Marit Delås. Prosjektet omhandler barn som pårørende, og hensikten med dette studiet er å bidra med kunnskap som kan føre til at barn av rusmiddelavhengige og psykisk syke får den hjelpen de har behov for innenfor kommunal- og helsetjenesten.

Jeg vil bruke lydopptak, samt ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enig om tid og sted. Lydopptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdig med sensur våren 2014.

Det er frivillig å være med og du kan når som helst trekke deg fra å delta, uten noen nærmere begrunnelse. Lydopptak og datamateriale fra deg vil da bli slettet. Opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet ønsker jeg at du signerer under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Denne trenger jeg før intervjuet startet.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 918 46 133, eller sende en e-post til; [siljebst@online.no](mailto:siljebst@online.no) . Du kan også kontakte min veileder Kristin Humerfelt ved institutt for helsefag, UiS, på telefonnummer 51834283.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Silje Stavne

Bogafjellbakken 131

4324 Sandnes

### **Samtykkeerklæring:**

Deltakelse i forskningsprosjektet baseres på frivillig, informert samtykke. Dersom du ønsker informasjon utover det som står i informasjonsskrivet og den muntlige informasjonen du har mottatt, har du full anledning til å be om dette. Dersom du, etter å ha fått den informasjonen som du synes er tilstrekkelig, sier ja til å delta i studien, ber jeg deg signere nedenfor.

Jeg..... har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i forskningsprosjektet.

Sted og dato

Signatur



## **Vedlegg 3. Intervjuguide**

### **Intervjuguide**

#### **Bakgrunn:**

1. Kjønn?
2. Hvilket år er du født?
3. Fortell litt om din yrkeserfaring som skolehelsesøster?

#### **Helsesøsters arbeidsdag:**

1. Først er jeg interessert i hvordan arbeidsdagen din er, kan du fortelle litt om den?
2. Hvordan kommer du i kontakt med elevene?
3. Hvor "synlig" er du på skolen, med det mener jeg hvor lett du er å komme i kontakt med?
4. Har du et samarbeid med lærerne og skoleledelsen?
5. Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom deg som helsesøster og lærerne/skoleledelse?

#### **Kunnskap:**

1. Hva legger du i ordet "rusproblem"?
2. På hvilken måte synes du dette temaet ble vektlagt i helsesøsteryrket?
3. Barn som lever i familier med et rusproblem er et dilemma som har fått økt fokus senere tid, bla i regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet. Hva tenker du er skolehelsetjenestens oppgave for å identifisere og hjelpe disse elevene?
4. Er dette noe du har erfaring med?

### **Identifisering av eleven:**

1. Når blir du bekymret for et barns hjemmesituasjon med tanke på rusbruk i familien?
2. Hva gjør du når du er bekymret for et barns oppvekstvilkår?
3. Hvor godt kjenner du til de andre tjenestegruppenes ansvarsområder eks PPT, BUP eller barnevernet?
4. Drøfter du bekymringen med andre fagfolk? I tilfelle hvem?

Om du har kontakt med andre fagfolk:

5. Hvordan blir dine bekymringer møtt av andre fagfolk?
6. Hvis du ikke har fått bekreftet at en elevs omsorgspersoner har et rusproblem, men fortsatt er bekymret for barnet, Hva gjør du da?
7. Er det ting du som helsesøstre kunne gjort annerledes for å oppdage barn som har med vanskelige hjemmeforhold?

### **Oppfølging:**

1. Når det er bekreftet at en elev har familie med problematisk rusbruk, hvordan følger du da opp eleven?
2. Kan du beskrive hvordan samarbeidet med de andre tjenestegruppene er i oppfølgingsfasen?
3. Hvilken oppfattning har du av den oppfølgingen eleven mottar i tjenesteapparatet?
4. Sosial og helsedepartementet har gitt ut en veileder "fra bekymring til handling" som omhandler dette temaet. Er dette noe du kjenner til?

Vi er nå kommet til slutten av intervjuet, er det noe du ønsker å utdype eller tilføye?