

Dei skal bare vera der. For dei som treng det ...

**FORELDRE SI BESKRIVING AV KORLEIS SKULEHELSETENESTA I
BARNESKULEN KAN BIDRA TIL Å FREMJE BARNET DEIRA SI HELSE**

Ein kvalitativ studie

Masteroppgave i helse- og sosialfag

Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

Bjørghild Underhaug

Juni, 2011

MASTERSTUDIUM I

HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Våren 2011

FORFATTER: Bjørghild Underhaug

VEILEDER: Førsteamanuensis Bjørg Karlsen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Foreldre si beskriving av korleis skulehelsetenesta i barneskulen kan bidra til å fremje barnet deira si helse

Engelsk tittel: Parent`s description of how school health service in elementary school can support parents in promoting children`s health

EMNEORD/STIKKORD: foreldre, helsesøster, skulehelseteneste, samarbeid, støtte, kontakt

ANTALL SIDER: 72

STAVANGER 28. juni 2010

Forord

Eg har alltid hatt interesse for skulehelsetenesta. Å kunne fordjupe seg i temaet eit heilt år har vore spennande. Det er likevel godt å sette strek for det som ei tid kjendes som eit evighetsprosjekt.

Stor takk til;

-Bjørn Karlsen for å ha stilt opp for meg med konstruktiv veiledning gjennom heile prosessen.

Det eg har lært vil koma til nytte langt ut over arbeidet med denne oppgåva

-studiekoordinator, emneansvarlig og medstudentar for nyttige tilbakemeldingar og oppmuntring undervegs

-leiar for skulehelsetenesta og helsesøstrene som gjorde det mulig å få kontakt med deltakarane i studien

- ein særleg takk til mødrene som lot meg ta del i deira erfaringar

-Nina som hjalp meg med gode innspel i startfasen og Wenche som leste korrektur

-Rune som har laga god mat og støtta meg på alle måtar

-familien elles og vener for all oppmuntring

Bjørghild Underhaug

Innhold

Samandrag

| | |
|---|----|
| 1.0 Introduksjon | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for val av problemstilling | 1 |
| 1.2 Helsetilstand og helseutfordringar for norske skulebarn | 2 |
| 1.3 Skulehelsetenesta | 4 |
| 1.4 Skulehelsetenesta si rolle i å fremje barn si helse | 5 |
| 1.5 Samarbeid med foreldre og andre tenester | 6 |
| 1.6 Tidlegare forskning | 7 |
| 1.7 Hensikt, problemstilling og forsknings spørsmål | 8 |
| 1.8 Avklaring av sentrale omgrep | 9 |
| 1.9 Oppbygging av oppgåva | 10 |
| 2.0 Teori | 10 |
| 2.1 Teori om sjukdomsførebyggjande og helsefremjande arbeid | 10 |
| 2.2 Samarbeid | 14 |
| 2.3 Sosial støtte | 15 |
| 3.0 Metode | 16 |
| 3.1 Forforståing | 16 |
| 3.2. Val av metode | 17 |
| 3.3 Utval | 18 |
| 3.4 Innsamling av data | 19 |
| 3.4.1 Det kvalitative forskningsintervju | 19 |
| 3.4.2 Utarbeiding av intervjuguide | 20 |
| 3.4.3 Gjennomføring av intervju | 20 |
| 3.5 Analyse av data | 21 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3.6 | Forskningsetiske vurderingar | 23 |
| 3.7 | Reliabilitet og validitet | 25 |
| 3.8 | Drøfting av funna sitt truverde | 26 |
| 4.0 | Presentasjon av funn | 28 |
| 4.1 | Betydninga av å få støtte frå skulehelsetenesta | 29 |
| 4.1.1 | Å få den hjelpa du treng når du treng den | 29 |
| 4.1.2 | Å få konkrete råd, verktøy og tilpassa informasjon | 31 |
| 4.1.3 | Å bli møtt på ein god måte | 34 |
| 4.1.4 | Å ha helsesøster som forbundsfelle i samarbeidet med andre tenester | 36 |
| 4.2 | Å dele ansvaret for oppfølging av barnet sine vanskar med helsesøster | 38 |
| 4.2.1 | Betydninga av å ha tillit til helsesøster | 39 |
| 4.2.2 | Betydninga av å ha medbestemming | 41 |
| 4.3 | Faktorar som kan innverke på terskel for kontakt | 43 |
| 4.3.1 | Betydninga av ei tilgjengeleg skulehelseteneste | 43 |
| 4.3.2 | Betydninga av tidlegare erfaring med skulehelsetenesta | 45 |
| 4.3.3 | Betydninga av å kjenne bekymring og skam | 46 |
| 4.3.4 | Betydninga av å sjå skulehelsetenesta som uavhengig | 47 |
| 5.0 | Drøfting av funn | 48 |
| 5.1 | Betydninga av å få støtte frå skulehelsetenesta | 49 |
| 5.1.1 | Å få den hjelpa du treng når du treng den | 50 |
| 5.1.2 | Å få konkrete råd, verktøy og tilpassa informasjon | 53 |
| 5.1.3 | Å bli møtt på ein god måte | 55 |
| 5.1.4 | Å ha helsesøster som forbundsfelle i samarbeidet med andre tenester | 57 |
| 5.2 | Å dele ansvaret for oppfølging av barnet sine vanskar med helsesøster | 59 |
| 5.2.1 | Betydninga av å ha tillit til helsesøster | 60 |
| 5.2.2 | Betydninga av å ha medbestemming | 61 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3 Faktorar som kan innverke på terskel for kontakt | 63 |
| 5.3.1 Betydninga av ei tilgjengeleg skulehelseteneste | 63 |
| 5.3.2 Betydninga av tidlegare erfaring med skulehelsetenesta | 66 |
| 5.3.3 Betydninga av å kjenne bekymring og skam | 67 |
| 5.3.4 Betydninga av å sjå skulehelsetenesta som uavhengig | 67 |
| 6.0 Konklusjon | 68 |
| 6.1 Kva erfaring har foreldre med skulehelsetenesta sitt bidrag i fremjing av barnet deira si helse? | 68 |
| 6.2 Korleis beskriv foreldra kva som kan fremje og hemme kontakt med skulehelsetenesta?..... | 69 |
| 6.3 Implikasjonar for praksis | 70 |
| 6.4 Implikasjonar for vidare forskning | 71 |
| Litteraturliste | 73 |

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsbrev til foreldre

Vedlegg 3: Brev frå Regional Etisk Komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Vedlegg 4: Godkjenning frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Vedlegg 5: Orientering om studiet og undersøkinga frå UIS

Samandrag

Hensikt og bakgrunn: Hensikta med studien var å få innsikt i foreldre si erfaring med korleis skulehelsetenesta i barneskulen kan bidra til å fremje barn si helse. Slik kunnskap vil kunne vera eit viktig bidrag i å gjera foreldre si erfaring med skulehelestenesta synleg, samt gi tenesta kunnskap som kan føre til betre arbeidsmetodar og rutinar. Det er frå før lite forskningskunnskap om temaet.

Metode: Studien hadde eit beskrivande design og semistrukturert, kvalitativt forskningsintervju vart nytta i innhenting av data. 7 mødre deltok.

Resultat: Mykje kan tyde på at mødrene såg stor verdi i støtta dei fekk frå helsesøster for barnet sine helsevanskar. Dei syntes med få unntak å få den hjelpa dei trengte til barnet. Praktiske råd og verktøy vart løfta fram som særleg god hjelp. Mødrene syntes å bli møtt på ein god måte og såg helsesøster som ei forbundsfelle i samarbeidet med andre tenester.

Tilliten til helsesøster var stor, og mødrene syntes å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med henne. Mykje tyder på at mødrene ønska medbestemming i samarbeidet.

Faktorar som eit lite synleg tilbod, erfaringar frå eiga skulehelseteneste og oppleving av bekymring og skam syntes å vera barrierar for å ta kontakt. God erfaring med hjelp til barnet såg ut til å viske bort desse barrierane. At skulehelsetenesta vart sett som uavhengig syntes å verka fremjande for kontakten. Når mødrene først hadde bestemt seg for å ta kontakt var det lett å nå helsesøster.

Konklusjon: Samla sett er det mykje som talar for at mødrene erfarte at helsesøster i barneskulen bidrog til å fremje barnet deira si helse. Det kan likevel synast som at tenesta har ei særleg utfordring med å leggje betre til rette for å senke terskelen for å ta kontakt.

1.0 Introduksjon

Tema for denne undersøkinga er *foreldre si erfaring med korleis skulehelsetenesta i barneskulen kan bidra til å fremje barn si helse*. Då skulehelsetenesta skal bistå foreldre i deira arbeid med å fremje barnet si helse, vil kunnskap om korleis foreldre erfarer dette bidraget vera viktig med hensyn til å leggje til rette for eit godt tilbod sett frå deira ståstad. Det finnes frå før lite forskningskunnskap om temaet.

I dette kapitlet vil eg gjera greie for bakgrunn for val av problemstilling. Deretter vert hensikt, problemstilling, forskningsspørsmål og sentrale omgrep i oppgåva beskrive.

1.1 Bakgrunn for val av problemstilling

Mi interesse for skulebarn si helse vart vekka då eg i 1985 fekk jobb som helsesøster på ein barneskule. Seinare erfaring frå ungdomsskule og vidaregåande skule med ungdom som hadde alvorlege helseplager gjorde at eg undra meg på om skulehelsetenesta kunne ha kome tidlegare inn og gitt betre helsehjelp for vanskane. Mi nåverande rolle som leiar for helsesøstre i barneskule har auka mi interesse for korleis ein best mogleg kan bidra til å fremje helsa til desse barna.

I tillegg til å arbeide for eit helsefremjande oppvekstmiljø har skulehelsetenesta med si kontaktflate mot alle barn eit særskilt ansvar med hensyn til å fange opp barn som treng hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Tradisjonelt har skulehelsetenesta sitt bidrag i å fremje barn si helse bestått av hyppige, fysiske helseundersøkingar av alle barn, utført av helsesøster og skulelege (Sollesnes & Tønjum, 2008, Anderssen & Andrews, 1997). Betring av den fysiske helsa (kap. 1.2) og liten gevinst med tanke på å oppdage risiko for sjukdom eller helsevanskar resulterte i reduksjon av antal rutinemessige helseundersøkingar til nå bare to; høgde og vekt på 3. og 7.trinn.

Psykiske og sosiale vanskar har etter kvart blitt dominerande (kap. 1.2). Endringa i sjukdomsbildet har ikkje ført til rutinemessige individuelle møtepunkt for å vurdere eller fremje skulebarna si psykiske helse. Myndigheitsføringane for arbeidet er å dreie helsefremjingsarbeidet frå individ- til grupperetta verksemd. Anbefalt kontakt med barn og

foreldre er nå i stor grad "basert på behov, observasjon og fremkomne opplysninger" (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a, s. 57). Sjølv om skulehelsetenesta tillegges ansvar for å følgje opp barn med kjent risiko eller vanskar, legges mykje av ansvaret for initiativet på foreldra ved at desse forventes å ta kontakt med skulehelsetenesta eller andre om dei treng hjelp til å ivareta barnet si helse. Få individuelle rutinemessige møtepunkt med barna og ingen med foreldra gjer det nødvendig å leggja forholda særleg til rette for samarbeid mellom foreldre og skulehelseteneste slik at foreldre opplever det enkelt å ta kontakt.

I tillegg til foreldra er samarbeid med andre om barnet si helse er ein vesentlig del av arbeidet i skulehelsetenesta (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a). Samarbeidet med skulen sitt personale sjås som særleg viktige med hensyn til å identifisere og hjelpe barn som har vanskar. Det er likevel foreldra som har myndigheit over, og hovudansvaret for omsorga for barnet (Lov om barn og foreldre, 1981; Lov om pasientrettigheter, 1999), og det er slik opp til foreldra om dei vil nytte seg av tilbodet i skulehelsetenesta. Skulehelsetenesta skal støtte opp under foreldre sitt ansvar for å fremje barnet si helse (Sosial- og helsedepartementet, 1998).

Brukarane av helsetenester har i dag andre forventningar og krav til tenestetilboda som følge av høgare utdanning og mindre frykt for autoritetar (Ekeland & Heggen, 2007). I følgje Kjellebold (2005) er det sentralt for myndigheitene at tenestene er lett tilgjengelege, individuelt tilpassa, samordna og at brukarane får medverke ved utforming og gjennomføring. Foreldre har inga interessegruppe som kan målbære erfaringar og behov, eller fremje rettar knytt til helsehjelp i skulehelsetenesta.

1.2 Helsetilstand og helseutfordringar for norske skulebarn

Betring av utdanning og levekår, vaksiner og fokus på hygiene bidrog sterkt til at infeksjonssjukdommane som dominerte sjukdomsbildet tidleg på 1900- talet vart kraftig redusert. Frå 1950- talet var sjukdom knytt til usunne levevanar dominerande (Mæland, 2005a). Sjølv om helsevanane til barn synes å bli betre på mange områder er vanskar knytt til levevanar fortsatt ei stor utfordring (Wold, 2009). Problema nå er ifølge Mæland (2005a)

likevel av ein meir samansatt natur, der plagsame symptom og funksjonsinnskrenkingar knytt til psykiske vanskar og muskel- og skjelettplager er dominerande.

Barndommen er ein kritisk fase i helsesamanheng (Anderssen & Andrews, 1997; Mæland 2005a; Naido & Wills, 2007). Oppvekstmiljøet, som heim og skule, har stor innverknad på barnet si helse ved at mange av vanskane oppstår og påverkes av forhold på desse arenaene (Haugland & Grimsmo, 2009). Dei aller fleste barn har i dag god fysisk helse (Anderssen & Andrews, 1997), og norske barn er blant dei friskaste i verda (Folkehelseinstituttet, 2010). Mange elevar opplever likevel helseplager i barneåra (Kunnskapssenteret, 2004). Ifølgje Folkehelseinstituttet (2008) har 15- 20 % av alle barn så store psykiske og sosiale vanskar at det påverkar funksjonsnivået. Mange av desse søker ikkje hjelp (Folkehelseinstituttet, 2010). Eit anna folkehelseproblem er overvekt. Heile 15 % av 8-9 åringar er ifølgje Folkehelseinstituttet (2010) overvektige.

Vanskane skulehelsetenesta møter i dag er hovudsakeleg av psykososial karakter (Meland, 2009). Mange skulebarn har ulike subjektive plager som hodepine, ryggmerter, magesmerter og irritabilitet, og tek kontakt med skulehelsetenesta for desse (Haugland, 2009). Ein rapport frå 2004 viser at heile 23 % av norske, 11- årige gutar og 31 % av jentene rapporterte å ha plager daglig. Det synes å vera ein samanheng mellom rapportering av plager og negativ helseåtfærd (referert i Haugland, 2009, s. 408-409). Mange av helseplagene til barn i skulealder reduserer velvære og funksjonsevne (Haugland, 2009). Barn som har vanskar i skulealder er utsatt for å få samansatte vanskar (Haugland & Misvær, 2009, s. 256). Har barnet helseplager i barndommen er sjansen større for plager i ungdomstida (Mæland, 2005a). Det er difor ei målsetjing å auke innsatsen i det førebyggjande helsearbeidet for barn (Helsedepartementet, 2002; Sosial- og helsedepartementet, 1992).

Når barn får helseplager vil dette vera ei utfordring for foreldreomsorga ut over det vanlige, og mange vil ha behov for hjelp frå helsetenesta (Hafstad & Øvreide, 2004). Problema vil ofte påverke familielivet , og løysing av barnet sine vanskar vil til vanleg krevje sterk involvering av foreldra. Mangelfullt samarbeid og støtte frå skulehelsetenesta vil slik kunne medføre at barnet ikkje får tilstrekkelig hjelp for vanskane og at foreldra vert ståande åleine om omsorga for barnet. Eit døme kan vera overvekt der endring av barnet sine levevanar vil krevje stor innsats frå foreldra og kunne føre til store endringar i levemåten for heile

familien. Mange vil ha behov for støtte frå helsetenesta i endringsarbeidet (Prescott & Børtveit, 2004).

1.3 Skulehelsetenesta

Skulehelsetenesta er sentral i det helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeidet for barn (Helsedepartementet, 2002; Sosial- og helsedepartementet, 1998). Tilbodet skal omfatte vaksinasjon, helseundersøkingar, undervisning, rådgiving/veiledning til foreldre og barn, oppfølging av barn med spesielle behov og tilbod om deltaking i skulen sitt undervisnings- og miljøarbeid (Forskrift om helsestasjons- og skulehelsetj., 2003).

Skulehelsetenesta skal styrke meistring av foreldrerolla, fremje barns læring og utviklingsmiljø og bidra til ein helsefremjande livsstil for barnet (Merknad til Forskrift om helsestasjons- og skulehelsetj., 2003).

Det har lenge vore eit mål å styrke skulehelsetenesta (Helsedirektoratet, 2010). I staden ser ein at helsestasjon for små barn vert prioritert på bekostning av skulehelsetenesta (Paulsen, 1990; Finnvold, 1994; Helsedirektoratet, 2010). På helsestasjonen for barn i førskulealder møter alle foreldre og barn til avtale 12-14 gonger for helseundersøkingar og veiledning. Skulehelsetenesta tilbyr bare eitt liknande treff før skulestart,- skulestartundersøkinga (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a). Undersøkinga utføres ofte av helsesøster og lege på helsestasjonen, og mange foreldre vil slik ikkje møte personalet i skulehelsetenesta.

Ifølge Mæland (2005a) blir det hevda at skulehelsetenesta er ved ein korsveg. Tradisjonelle arbeidsmetodar i skulehelsetenesta egner seg ikkje så godt for nye helseproblem. Når tilbodet i skulehelsetenesta nå skal reviderast (Helsedirektoratet, 2010), vil synleggjering av foreldre si erfaring med skulehelsetenesta vera eit viktig bidrag i utvikling av nye arbeidsmetodar og rutinar i tenesta.

Då skulehelsetenesta i hovudsak er bemanna av helsesøstre, som òg administrerer tenesta, er mykje av tilbodet knytt til helsesøstertenesta. I tillegg til helsesøster inngår skulelege og fysioterapeut i grunnbemanninga (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a).

1.4 Skulehelsetenesta si rolle i å fremje barn si helse

Førebyggjande helsearbeid vert trekt fram som ein sentral strategi for å betre folkehelsa (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Som del av denne strategien er kommunane pålagt å tilby skulehelseteneste til alle barn og unge i kommunen (Lov om helsetjenesten i kommunene, 1982). ” Helsestasjonsarbeid og skulehelsetjeneste er hjørnesteinene i helsetjenestens forebyggende arbeid overfor barn” (Sosial- og helsedepartementet, 1992, s. 58). Førebyggjande helsearbeid er særleg viktig når det gjeld barn si helse fordi konsekvensane av levevanar og miljø reknes å vera større enn for vaksne (Sosial- og helsedepartementet, 1991). Barn i Norge har difor ei eiga offentlig, frivillig helseteneste, helsestasjon og skulehelsetenesta, som har som einaste føremål å fremje helse, førebyggja sjukdom og skade, og fremje gode sosiale og miljømessige forhold (Forskrift om helsestasjons- og skulehelsetj., 2003).

Ulike myndigheidsdokument tek til orde for å førebyggja helsevanskar framfor å reparere (Helsedepartementet, 2002; Sosial- og helsedepartementet, 1992; Sosial- og helsedepartementet, 1991). Sjukdomsførebyggjande og helsefremjande arbeid er viktig for å hindre liding og naud, og for å redusere kostnader til helsehjelp (Sosial- og helsedepartementet, 1992).

Skulehelsetenesta skal vera eit tilbod ”det er enkelt å oppsøke, hvor man blir tatt på alvor med sine små og store helseproblemer og utfordringer” (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a, s. 7). Målet er å kome tidleg inn, før vanskar oppstår eller utvikler seg (Naido & Wills, 2007; Sosial- og helsedepartementet, 1991; Sosial- og helsedirektoratet, 2004a). Tenesta skal ha låg terskel, den skal vera lett tilgjengeleg, vera attraktiv og skal utjevne helseforskjellar (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a).

Det overordna faglige fundamentet for arbeidet i skulehelsetenesta er beskrive i ”*Flere gode leveår for alle*” (Sosial- og helsedepartementet, 1991) og ”*Utfordringer i forebyggende og helsefremmende arbeid*” (Sosial- og helsedepartementet, 1992). Her omtales sjukdomsførebyggjande og helsefremjande modell, og korleis myndigheitene ønsker at skulehelsetenesta skal fremje helse ut frå helsemessige utfordringar. Sentrale myndigheidsdokument som konkretiserer overordna strategiar er *Forskrift om helsestasjons- og skulehelsetjenesten* (2003), vegledar til denne forskrifta (Sosial- og helsedirektoratet,

2004a) og Statens helsetilsyn sine dokument om helsefremjande arbeid (1998a) og kroppslige undersøkingar av barn (1998b). I seinare år synes nasjonale faglige retningslinjer for undersøking og helsehjelp å vera eit stadig viktigare grunnlag for daglig arbeid.

1.5 Samarbeid med foreldre og andre tenester

For å fremje barnet si helse, må aktiviteten i skulehelsetenesta òg rettas mot foreldra som har den daglege omsorg for barnet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a). Foreldre sjås som viktigaste potensielle ressurs for å fremje barnet si helse. Skulehelsetenesta skal difor aktivt søke samarbeid med foresatte (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a, s. 27). I dette samarbeidet er det ifølge Hafstad & Øvreeide (2004) viktig at fagpersonen tek hensyn til at det å ta imot helsehjelp til barnet inneber å måtte sleppe helsepersonell inn i familielivet. Det kan "oppleves som en påkjenning å få undersøkt og gjerne også i noen grad regulert det som oppfattes å tilhøre familiens private og intime område" (Hafstad & Øvreeide, 2004, s.124).

Eit av hovudmåla med Samhandlingsreforma (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) er, som tittelen understrekar, betre samhandling mellom aktørane i helsetenesta. I tillegg skal skulehelsetenesta samarbeide breidt med andre etatar for å møte vanskane dagens barn strir med; "Helsestasjons- og skulehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig arbeid. Dette er av avgjørende betydning i arbeidet med å forebygge psykiske plager og håndtere sammensatte sosiale problemer" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 84).

I ei oppsummering av eit landsomfattande tilsyn med kommunale helse-, sosial- og barnevernstenester for utsette barn og unge i skulealder, ser ein på om det gis rett hjelp til rett tid og om dei ulik instansane samarbeider. Ein finn i tilsynet at heile 90 av dei 114 undersøkte kommunane ikkje oppfylte myndigheitskrava. Tilsynet er difor bekymra for om barn og unge fanges opp til rett tid, og om dei får den hjelpa dei treng (Helsetilsynet, 2009).

1.6 Tidlegare forskning

For å finne relevante studier om temaet har eg søkt i internasjonale basar via Bibsys med søkeorda *school, nurs*, health, parent*, perception, cooperation, og support* i ulike kombinasjonar. Det var få treff på undersøkingar som involverte *parent**. *Eg har òg gjort manuelle søk ut frå litteraturlister og søkt elektronisk i ulike universitet sine oversikter over master- og doktorgradsarbeid.*

Eg har ikkje funne undersøkingar av korleis norske foreldre opplever skulehelsetenesta i barneskulen.

Frå før er det gjort *fleire kvantitative, amerikanske studier* som har undersøkt i kva grad foreldre verdset ulike tilbod i skulehelsetenesta. Korleis foreldre beskriv at skulehelsetenesta kan bidra til å fremje barnet deira si helse ser derimot ikkje ut til å vera undersøkt tidlegare.

Dei amerikanske undersøkingane viser at foreldra syntes det var viktig at ulike aktivitetar som helseundersøkingar og henvising til andre, helseveiledning og bekjemping av smittsomme sjukdommar vart tilbudt i skulehelsetenesta i barne- og ungdomsskulen (Kirchofer, Telljohann, Price, Dake, & Richie, 2007; Clark, Clasen, Stolfi, & Jaballas, 2002; Cramer & Iverson, 1999). Desse tilboda er samanfallande med kjerneaktivitetane i det individretta tilbodet i den norske skulehelsetenesta (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a).

Read, Small, Donaher, Gilsanz, & Sheetz (2009) fann at over 90% av foreldra var nøgde med skulesjukepleiartenesta på skulen. Foreldre som hadde barn med sjølvopplevde helsevanskar var signifikant meir nøgde med tenesta enn andre foreldre.

Det er ikkje tilgjengeleg kunnskap om effekten av vanlege tilbod i skulehelsetenesta på barn si helse (Dahm, Landmark, Kirkehei, & Reinar, 2010; Wainwright, Thomas, & Jones, 2000).

I ei stor, norsk kvantitativ undersøking av helsesøstertenesta på 80-talet, studerte *Paulsen (1990)* korleis tenesta vart brukt av barn og foreldre ut frå data om helsesøster si bruk av tid, innhald i møta og kven som tok initiativ til kontakt.

Paulsen (1990) fann tilbod og tilgjengelegheit som ei vidopen dør, som gradvis lukkes att med barnet sin aukande alder. Det syntes sannsynleg at barn og foreldre først vart kjent med

tilbodet, etablerte tillit og kontakt gjennom rutinekonsultasjonar, og kunne seinare bruke helsesøster som vegledar og støtteperson.

Ut frå kontakten helsesøster hadde med barn og ungdom 7-15 år og/eller deira foreldre, var det i 58,6 % av kontaktane registrert vanskar (Paulsen, 1990, s. 54). Paulsen såg helsesøster som ein kombinasjon av "helseovervåker" og "barfotlege", som hjelper barn og foreldre med små og store vanskar på eit lågt tenestnivå. Mange av vanskanane var ikkje kjent for helsesøster på førehand. Den brukarinitierte kontakten auka med barnet sin alder (Paulsen, 1990; Finnvoll, 1994).

Mäenpää & Åstedt-Kurki (2008) fann i si kvalitative undersøking av foreldre si oppleving av samarbeidet med skulesjukepleiar på barneskulen at foreldra opplevde at dei vart lite involvert i skulesjukepleiar sitt arbeid med å fremje barnet si helse. Dei opplevde lite etterspurnad etter deira kunnskap om barnet og familien. Personleg kjennskap til skulesjukepleiaren syntes å vera nødvendig for vellykka samarbeid (Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008.; Paulsen, 1990). Foreldra ønska fleire møtepunkt, som helseundersøkingar og/eller helsesamtalar. Dei syntes å ha tillit til helsesøster, men opplevde kompetanse og tilbod som lite synleg.

1.7 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikta med studien er å få innsikt i korleis foreldre erfarer at skulehelsetenesta i barneskulen kan bidra til å fremje barnet deira si helse. Slik kunnskap vil kunne vera eit viktig bidrag i å synleggjera foreldre si erfaring med skulehelsetenesta, samt gi denne tenesta kunnskap som kan føre til betre arbeidsmetodar og rutinar.

Problemstilling i undersøkinga er: **Korleis beskriv foreldre til elevar på barneskulen at skulehelsetenesta kan bidra til å fremje barnet deira si helse?**

Forsknings spørsmål:

1. Kva erfaring har foreldre med skulehelsetenesta sitt bidrag i fremjing av barnet deira si helse?
2. Korleis beskriv foreldra kva som kan fremje og hemme kontakt med skulehelsetenesta?

1.8 Avklaring av sentrale omgrep

Av omgrep som vert brukt i oppgåva synes det nødvendig å avklare følgjande;

I merknad til *Forskrift om helsestasjons- og skulehelsetjenesten* (2003) defineres **helsefremjande og (sjukdoms)førebyggjande¹ arbeid** slik; "Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger som mennesker utsettes for i dagliglivet. Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død".

I følge Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis (1997) er **social støtte** i litteratur definert som "the assistance and protection given to others, especially to individuals". Assistansen kan vera handfast eller bestå av informasjon eller kjenslemessig støtte.

Kontakt forstås her som all kommunikasjon, einvegs eller tovegs, muntleg eller skriftleg. Kontakt innbefatter samtalar ansikt til ansikt, på telefon, elektronisk kommunikasjon, foreldremøter og skriftleg informasjon.

Brukar av skulehelsetenesta er skulebarnet og deira foreldre (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a).

Foreldreansvaret er i denne studien knytt til det juridiske ansvaret og myndigheita foreldre har til å gi omsorg og ta beslutningar på vegne av barnet (Lov om barn og foreldre, 1981 § 30; Lov om pasientrettigheter 1999 § 4-4).

¹ Omgrepet førebyggjande arbeid nyttas her då førebyggjing av skader er inkludert (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a).

Individuell helsehjelp tilbys barn som har behov for særskilt oppfølging ut frå individuelle behov, og står i motsetning til helsehjelp i gruppe (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a, s. 26-27).

I lovverk og litteratur ser ein i stor grad helse og utvikling hjå barn under eitt. **Helseomgrepet for barn** kan difor seiast å inkludere utvikling.

1.9 Oppbygging av oppgåva

I kapittel 2 vil eg gjera greie for det teoretiske rameverket for studien. Vidare i kapittel 3 beskriv eg val av forskningsmetode og framgagnsmåte ved innsamling og analyse av data. I kapittel 4 presenteres funn som drøftes i kapittel 5. I kapittel 6 oppsummeres og konkluderes det med hensyn til funn og implikasjonar for praksis og vidare forskning.

2.0 Teori

I dette kapitlet vil eg omtale det teoretiske fundamentet for undersøkinga. Teoretisk referanserame for studien er teori om sjukdomsførebyggjande og helsefremjande arbeid med utgagnspunkt i Mæland (2005a; 2005b) si beskriving av teoriane. Ekeland & Heggen (2007) vert òg nytta for å belyse funna ut frå desse teoriane. Då skulehelsetenesta sitt bidrag i å fremje barnet si helse er tema, vil eg i tillegg trekke inn teori om støtte og samarbeid.

2.1 Teori om sjukdomsførebyggjande og helsefremjande arbeid

I følgje Mæland (2005a) kan førebyggjande helsearbeid betraktas som ein samlebetegnelse for både sjukdomsførebyggjande og helsefremjande arbeid, noko ein òg finn att i myndighetsdokument (Sosial- og helsedepartementet, 1991). I tabellen under gir han ein oversikt over forskjellar mellom dei to modellane;

Tabell 1. Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid- prinsipielle forskjeller (Mæland, 2005a, s. 14).

| | Sykdomsforebygging | Helsefremmende arbeid |
|------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Teoretisk modell | Biomedisinsk sykdomsmodell | Sosial helsemodell |
| Fokus på | Risikofaktorer for sykdom | Ressurser for helse |
| Vitenskapelig grunnlag | Naturvitenskapelig | Samfunnsvitenskapelig |
| Styringsmodell | Teknokratisk | Demokratisk |
| Hovedstrategi | Teoribasert påvirkning | Erfaringsbasert medvirkning |

Modellane er svært ulike. I *sjukdomsførebyggjande teori* skal ein førebyggja at sjukdom oppstår (primærførebygging), hindre at den utvikler seg (sekundærførebygging) og minske følgjene av sjukdom (tertiærførebygging). Modellen har forankring i medisinsk teori og praksis. Ekspertkunnskapen reknas som sentral i det å fremje helse og brukaren har slik ei relativt passiv rolle som mottakar av eksperthjelpa.

Som eit alternativ til sjukdomsførebyggjande strategi kom den *helsefremjande modellen* på 1980 talet med eit nytt idègrunnlag. I staden for å fokusere på risiko, er ein oppteken av ressursar i individ og miljø. I helsefremjingsteorien er samarbeid med aktørane, både individuelt og i lokalmiljøet, sentralt (Mæland, 2005b). Ein er òg oppteken av at prosessen mot god helse skal vera demokratisk. Brukaren sin erfaring likestilles med ekspertkunnskap, og omgrepet empowerment vert nytta for denne maktutjevninga. Empowerment kan oversetjast med "*det å vinne større makt og kontroll over*" og referer til å få større kontroll over forhold som påverkar helsa (Mæland, 2005a, s. 70). Helse er ikkje eit mål i seg sjølv, men er eit middel til god livskvalitet (Mæland, 2005a; Naido & Wills, 2007). Innsatsen i begge modellar kan rettast mot individet, befolkninga eller miljøet.

Den helsefremjande ideologien set fokus på hjelpeapparatet som ressurs for brukaren til hjelp i fremjing av helse. I tråd med dette seies det i merknad til *Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (2003) at hjelp til foreldre for å meistre foreldrerolla med tanke på barnet si helse og utvikling er ei sentral oppgåve for tenesta.

Skulehelsetenesta bygg på to ideologiar som på mange måtar står mot kvarandre. Ifølge Mæland (2005a) kan ein like gjerne sjå modellane som komplementære. God helse er målet for både helsefremjande og sjukdomsførebyggjande strategi (Helsedepartementet, 2002).

I kapittel 1 er myndigheitsføringar for tenesta med hensyn til god *tilgjengelegheit og samarbeid med foreldra* presentert. Desse føringane har sitt grunnlag i eit ideal om *brukarorientering*, eit verdival det synes å vera allmenn einigheit om (Kjellebold, 2006). Ulike omgrep som brukarmedverknad, brukarperspektiv og empowerment kan knyttas til denne orienteringa. Omgrepet brukarmedverknad dekker mykje av empowermentomgrepet, men går ikkje nødvendigvis like langt i maktdeilinga, og er ikkje på same måte knytt til teori (Humerfelt, 2005, s. 19). I lys av forskningsspørsmål 2 og hensikta med studien synes følgjande definisjon av brukarmedverknad teneleg med tanke på å leggje tilbodet i skulehelsetenesta til rette ut frå foreldreperspektivet; ”... de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosessen og utformingen på tjenestetilbudet” (Rønning & Solheim, 1998, s. 31)

Som empowerment er brukarmedverknad er inspirert av demokratiteori. I tillegg er brukarmedverknad påverka av New Public Management ideologi, der brukaren oppfattes som kunde (Vik, 2007, s. 88-89). Brukarmedverknad handlar om at dei som bruker tenestene deltek aktivt. *Medverknad er ein nødvendig del av empowermentprosessen* (Humerfelt, 2005). Retten til medverknad kan òg kjennas som ei plikt ved at det i større grad forventes at brukaren skal delta aktivt i helsehjelpa (Vik, 2007).

Informasjon til brukaren, både praktisk og om helsehjelpa, sjås som eit viktig aspekt ved å setje brukaren sine behov i sentrum. ”Informasjon kan være av avgjørende betydning for å få tilgang til og gjøre seg nytte av et tjenestetilbud”, og er ein føresetnad for å kunne medverke (Kjellebold, 2006, s. 6; Ekeland & Heggen, 2007). Informasjon om kva ein kan få hjelp til og korleis ein kan få kontakt er slik ein føresetnad for å kunne nytte seg av skulehelsetenesta. Informasjon er likevel på lågaste nivå med tanke på brukaren sin kontroll over helsehjelpa (Humerfelt, 2005, s. 32).

Frigjering av brukaren sine ressurser krev *ikkje bare informasjon, men kommunikasjon* (Ekeland & Heggen, 2007). Ifølge teori om helsefremjing er *likeverdige dialog* sentral. I staden for ekspertstyring ”må det finne stad ein reell kommunikasjon mellom subjekt” (Vik, 2007, s.

93). Det sjås likevel som viktig at fagpersonen tek ansvar og leiing i kommunikasjonen (Vik, 2007; Brataas & Steen- Olsen, 2003).

Ei gruppe personar med tilknytning til eit masterstudium om ”*meistring og myndiggjering*” skreiv ei bok med same namn (Ekeland & Heggen, 2007). I boka drøftes det som synes å vera hoveddilemmaet mellom sjukdomsførebyggjande og helsefremjande strategi; korleis ein på eine sida kan leggje til rette for at brukaren skal kunne ta i bruk egne ressursar og påverke helsehjelpa samstundes som ein har krav om evidensbasert praksis og føringar ein kan knytte til å opptre som myndig ekspert. Ekeland (2007) si utgreiing av kommunikasjon som helseressurs vert i særleg grad nytta i denne oppgåva.

Ekeland (2007, s. 46) sin teori om *likskap og ulikskap med hensyn til innhald og relasjon i kommunikasjonen mellom fagperson og brukar* kan bidra til å belyse funna ut frå eit sentralt tema i sjukdomsførebyggjande og helsefremjande teori; symmetri og asymmetri. I samtalar med barn og foreldre vil ein ut frå dette slik skilje mellom det reint kunnskapsmessige aspektet og det kjenslemessige. Dei to andre sentrale dimensjonane i modellen er *likskap og ulikskap*. Modellen under viser korleis ein kan sjå innhald og relasjon i kommunikasjonen saman med likskap og ulikskap;

Tabell 2. Den terapeutiske konteksten- ein strukturmodell (Ekeland, 2007, s. 46)



Ifølge Ekeland (2007) må det tilførest ny kunnskap som er ulik nok til at den gir ny innsikt, men lik nok til at den nye kunnskapen blir forstått. På relasjonsplanet tek ein utgangspunkt i

det som er likt, at vi alle er menneske, og det som er ulikt, at brukaren i denne relasjonen ikkje har eit gjensidig ansvar for fagpersonen. Brukaren kan slik finne det trygt å la maska falle og "vise seg som menneske" (Ekeland, 2007, s. 50). Empati knyttes slik til likskap og omsorg til meirkunnskap og eksperthjelp. Ifølge Ekeland (2007) kan modellen vera til hjelp i både forskning og praksis.

2.2 Samarbeid

Å arbeide saman med foreldre og på tvers av fag og etatar er nødvendig om ein skal oppnå resultat i arbeidet med å fremje helsa til barn (Glavin & Erdal, 2010). Foreldre og ulike fagfolk har kjennskap til barnet frå ulike arenaer og situasjonar, og vil slik kunne bidra til eit heilhetleg perspektiv på hjelpa som ytes barn og foreldre. Ein vil kunne oppdage barn som har vanskar tidleg og kan lettare sette inn differensiert hjelp ut frå ei brei, samla kompetanse (Glavin & Erdal, 2010).

Omgrepa samordning, samarbeid og samhandling vert brukt om kvarandre (Glavin & Erdal, 2010). Ei mykje brukt beskriving av samordning er Knoff (1985) sin definisjon; "*... en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/klient/pasient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre*" (referert i Lauvås & Lauvås, 2009, s. 53). Samarbeid er meir enn å samordne dei ulike tiltaka. Å arbeide saman fører til avhengigheit mellom samarbeidspartnarane. Nærleik med hensyn til at ein lett kan ha kontakt får stor betydning (Lauvås & Lauvås, 2009). Å einast om mål og strategi for arbeidet synes sentralt. Samarbeid kan definerast som "*innsats fra flere aktører og bruk av flere virkemidler innenfor en enhetlig strategi, definert ut fra en felles målsetting*" (referert i Glavin & Erdal, 2010, s. 27).

Hafstad & Øvreeide (2004) omtalar relasjonen i samarbeidet mellom barn, foreldre og hjelpar som *omsorgstriaden*. Dei er inspirert av Bronfenbrenner sin bioøkologiske modell der barnet er i sentrum av ulike system, og der foreldre og andre samspekar og påverkar barnet og kvarandre. Det understrekes at foreldreansvaret er udeleleleg slik at mandatet til fagpersonane, "vi andre", er å " bistå med delfunksjoner, underlagt foreldrenes

helhetsansvar” . I samarbeidet vert det då viktig å byggje opp under og stimulere foreldre til autonomi (Hafstad & Øvreeide, 2004, s. 116).

Tillit synes å vera ei forutsetning for eit godt samarbeid (Glavin & Erdal, 2010). Ifølgje Ekeland (2007, s. 45) kan omgrepet tillit delast inn i følgjande fire kategoriar; *personleg tillit*, *rolletillit*, *systemtillit* og *kontekstuell tillit*. Personlig tillit handlar om å stole på hjelparen som person. Tillit kan òg knytast til ei forventning om at ein person vil handle i samsvar med normer i den sosiale gruppa vedkomande er medlem i (Jacobsen & Thorsvik, 2005) og kan slik sjås som rolletillit. Å stole på helsesøster vil ut frå dette bety at ein stoler på at ho oppfører seg i tråd med etisk og faglig standard for yrkesgruppa. Systemtillit referer til å ha tillit til skulehelsetenesta som institusjon. Kontekstuell tillit omhandlar å anerkjenne kunnskap som god og kan slik knytast til å ha tillit til kunnskapsgrunnlaget for skulehelsetenesta.

2.3 Sosial støtte

Det synes å vera semje i litteraturen om at sosial støtte kan bidra til å fremje helse (Underwood, 2000; Langford et al., 1997). Omgrepet kan slik knytast til skulehelsetenesta sitt bidrag i å fremje barn si helse.

Langford et al. (1997) finn i sin konseptanalyse av omgrepet sosial støtte at sosialt nettverk er strukturen der sosial støtte kan formidlas. Kor sterk og djup tilknytninga er mellom personen som mottar støtte og nettverket, vil òg vera av betydning. Eit støttande miljø tilbyr hjelp og beskyttelse.

Følgjande fire kategoriar synes å vera vanlege og å romme alle former for aktivitet knytt til sosial støtte; ”emotional support”, ”instrumental support”, ”informational support” og ”appraisal support” (Underwood, 2000; Langford et al., 1997). Oversatt til norsk finn ein kategoriane omtalt som emosjonell støtte, instrumentell støtte og informasjons/informativ støtte (Brataas & Steen-Olsen, 2003). Ut frå Langford et al. (1997) si beskrivinga av ”appraisal support” vel eg å kalle kategorien ”bekrefting” i staden for ”sosial/kulturell støtte” som Brataas & Steen-Olsen (2003) bruker.

Emosjonell støtte handlar ifølge Langford et al. (1997) om å få omsorg, empati, kjærleik, tillit, kjenne seg likt, respektert og beundra mens *instrumentell støtte* omhandlar handfast hjelp som å skaffe utstyr eller gi praktisk hjelp. Ved *bekreftande støtte* får personen tilbakemelding på at utsegn og handlingar er passande og formålstenelege.

Informasjonsstøtte er å få informasjon som personen kan bruke i problemløysinga.

Ved ein gjennomgang av litteratur om sosial støtte finn Underwood (2000) at opplevd tilgjengelegheit av sosial støtte, kva som er motteke og kor mykje, og kor nøgde folk er med støtta er sentrale dimensjonar.

3.0 Metode

Metode er ifølge Kvale & Brinkmann (2009, s. 99) vegen til målet. Tema for dette kapittelet er korleis eg har gått fram for å samle, organisere, bearbeide, tolke og analysere data om mitt tema.

I kvalitativ forskning er det sentralt å gjera forståingsrame og stega i forskningsprossessen fram til resultatata så gjennomskinleg som mogleg slik at lesaren kan bedømme validiteten av funna Malterud (2008). Eg vil difor i dette kapittelet gjera greie for *forforståing, val av metode, utval, innsamling av data, analyse av data, forskningsetiske vurderingar og reliabilitet og validitet*.

3.1 Forforståing

Ifølge Malterud (2008) pregar forforståinga kva vi undersøker og korleis vi ” samler og lesar våre data” (2008, s. 46). Forforståinga må slik klarleggjast, uttrykkast og reflekterast over slik at eg i størst mogleg grad kan få kontroll på denne og kan vera så open som mogleg i innsamling og tolking av data.

Som seksjonsleiar har eg i dag kontakt med praksisfeltet gjennom helsesøstre. Eg har før arbeidd som helsesøster i barneskule, ungdomsskule vidaregåande skule og på helsestasjon.

Min nærhet til feltet kan gi grunnlag for gode intervju spørsmål, men kan samtidig gjera ein blind (Kvale & Brinkmann, 2009).

Eg opplevde helsesøsterutdanninga i 1988 som ei spesialisering i sjukdomsførebyggjande arbeid, der teori om helsefremjing vart introdusert på slutten som ein nymotens kuriositet. I seinare år har derimot helsefremjingsideologien hatt stor innverknad på min måte å forstå helse, helsevanskar og helsehjelp.

Summen av denne erfaringa vil utgjere forforståinga og vil vera eit bakteppe for alle ledd i forskningsprosessen. I organisering og tolking av data såg eg det som særleg viktig å vera bevisst på at forforståinga ikkje skulle stå i vegen for utvikling av ny kunnskap med utgangspunkt i det empiriske materialet (Malterud, 2008).

3.2. Val av metode

Kva ein skal undersøke er ifølge Kvale & Brinkmann (2009) bestemmande for val av metode. Kva reiskap som best kunne frambringe data som kunne svare på forskningsspørsmåla; kva erfaring foreldre har med skulehelsetenesta sitt bidrag i fremjing av barnet deira si helse og korleis foreldre beskriv kva som kan fremje og hemme kontakt med skulehelsetenesta var difor avgjerande for metodevalet. Kvalitativ metode vart valt då den er godt eigna til å innhente omfattande beskrivingar av fenomen i den intervjuja si livsverd (Kvale & Brinkmann, 2009).

Kvalitativ metode opnar for det uventa, og kan slik frambringe nye perspektiv (Malterud, 2008) i kunnskapen om ei teneste som er lite undersøkt med fokus på brukarane sin ståstad. Kvantitativ metode kan gi kunnskap om omfang, fordeling, forskjellar og samvariasjon (Malterud, 2008) og vil slik ikkje eigna seg til å utforske nye aspekt ved temaet. I kvalitativ forskning anerkjenner ein subjektiv erfaring og oppleving som kjelde til kunnskap om eit fenomen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Ut frå vurderingane over kan eit beskrivande design og semistrukturert, kvalitativt forskningsintervju vera veileigna. Då eg ønska utdjupeing av den enkelte si erfaring heller enn

utveksling av synspunkt i gruppe (Jacobsen, 2010; Malterud, 2008) valde eg individuelle intervju.

3.3 Utval

Ifølge Malterud (2008) er eit strategisk utval sett saman slik at det har potensiale til å belyse problemstillinga. Utvalet i denne undersøkinga er valt med hensyn at foreldra skal ha så omfattande og variert erfaringar som mogleg med skulehelsetenesta sitt bidrag i å fremje barnet si helse. Mor eller far til barn på 3., 4., 5., 6. eller 7. trinn som har hatt kontakt med tenesta for ei problemstilling vart valt. Utvalet vart henta frå alle 22 barneskulane i ein kommune på sørvestlandet.

Eg intervjuar foreldre til barn i oppfølgingsgruppe 1 og 2 (Sosial- og helsedirektoratet, 2004b, s. 29-30), noko som betyr at foreldra har hatt kontakt med skulehelsetenesta for vanlige og/eller relativt enkle vanskar. Foreldre til barn med alvorlige eller samansatte vanskar vart slik ikkje med. Utvalet består av foreldre som har hatt kontakt med tenesta siste året, då det kan vera vanskelig å huske for langt tilbake i tid.

Inklusjonskriterier:

Foreldre som har

1. barn på barneskule i kommunen
2. hatt minst to samtalar med ein av personale i skulehelsetenesta om eit problem knytt til barnet, i tillegg til førskuleundersøkinga
3. barn på 3., 4., 5., 6. eller 7. trinn
4. barn i oppfølgingsgruppe 1 eller 2 då kontakten fann stad
5. hatt kontakt med skulehelsetenesta siste året
6. beherskar norsk

Eksklusjonskriterier:

1. oppfølgingsgruppe 3 og 4

Eg ba 15 av 17 helsesøstre (to nyansatte vart ekskludert) som arbeider på barneskule om å kontakte ein forelder kvar som oppfylte inklusjonskriteriene. Desse fekk, om dei var villige til å vurdere deltaking i undersøkinga, tilsendt brev med invitasjon til å vera med i studien.

For å få nok deltakarar måtte eg be helsesøstre om å kontakte ein forelder kvar, to gonger. I tillegg ba eg 5 av helsesøstre som hadde flest og størst skular om å kontakte ein ny forelder ein tredje gong for å få nok deltakarar. Dei 7 mødre som deltok, kontakta meg direkte.

Malterud (2008, s. 66) viser til Strauss og Corbin sitt omgrep *Theoretical saturation* når ho hevdar at ein har tilstrekkelig materiale når "vi har nok data til å utvikle nye og selvstendige beskrivelser ... og data nok til å vurdere alternative tolkningsmuligheter kritisk opp mot hverandre". Etter å ha intervjuet 7 mødre vurderte eg å ha nok materiale til å belyse problemstillinga både med hensyn til fellestrekk og variasjonsbreidd.

3.4 Innsamling av data

Under temaet innsamlinga av data vil eg omtale *det kvalitative forskningsintervju, utarbeiding av intervjuguide og gjennomføring av intervju*.

3.4.1 Det kvalitative forskningsintervju

Føremålet med det kvalitative forskningsintervjuet er ifølge Kvale & Brinkmann (2009, s. 47) "å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv".

Gjennom opne spørsmål om tema i den intervjuet si livsverd søker forskaren ved å vera sensitiv og bevisst naiv å innhente nyanserte beskrivingar om hendingar, tankar og kjensler.

Kvalitative intervju undersøker kva den intervjuet opplever og kvifor ein opplever det slik (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved å bruke eit semistrukturert forskningsintervju kunne eg, i

tillegg til å vera open, nytte eksisterande kunnskap og opparbeida erfaring i utarbeiding av tema og spørsmål for samtalen.

Forskningsintervjuet skil seg frå andre samtalar ved at det har ein dagligdags form samtidig som det er eit metodisk verktøy til å framskaffe data om bestemte tema. Det er ein forberedt samtale der forskaren styrer dialogen. ” I intervjuet skapes kunnskap i skjæringspunktet mellom (inter) intervjuerens og den intervjuedes synspunkter”(Kvale & Brinkmann, 2009, s. 137).

3.4.2 Utarbeiding av intervjuguide

I semistrukturete forskningsintervju har ein tema som skal dekkast og forslag til spørsmål ein kan stille for å belyse fenomenet ein vil undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 137-138). I ein intervjuguide søker forskaren å finne ein god balanse mellom openheit og styring slik at ein legg til rette for så frie beskrivingar av fenomenet som mogleg samtidig som ein styrer samtalen til å gjelde tema som kan belyse problemstillinga.

Inspirasjon til intervjuguide har eg frå Kvale & Brinkmann (2009, s. 145). Ved å omsetje forskningsspørsmåla til korte, enkle intervjustørsmål søker ein å dekke ulike perspektiv ved temaet ein skal undersøke. Intervjuguiden (vedlegg 1) starta innleiingsvis med nokre bakgrunns- spørsmål for å få kjennskap til konteksten for erfaringane, og for å skape tillit og tryggleik hjå den intervjuja (Kvale & Brinkmann, 2009). Vidare er det spørsmål om kjennskap til tilbudet. Erfaring med skulehelsetenesta sitt bidrag i å fremje barnet si helse var hovudtema i intervjuet. Kva som kan fremje og hemme kontakt med tenesta var òg eit sentralt spørsmål.

3.4.3 Gjennomføring av intervjuja

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er dei første minutta i intervjustituasjonen sentrale for om den intervjuja får tillit til forskaren og vil dele tankar og opplevingar av betydning. Eg forberedte meg difor godt. For å fremje tryggleik (Jacobsen, 2010; Malterud, 2008) lot eg foreldra velje om intervjuet skulle finne stad i heimen eller på eit kontor på ein helsestasjon.

Med unntak av ei, valte alle mødrene det siste. På grunn av sjukdom i heimen fann òg dette intervjuet stad på dette kontoret. I innleiinga til intervjuet presenterte eg meg og gjentok kort innhaldet i informasjonsskrivet; hensikta med studien, korleis informasjonen vart behandla og brukt og om frivilligheit til å delta. Eg ba om samtykke til å bruke lydopptakar og foreldra vart til slutt spurt om dei hadde spørsmål.

Tidsrama for intervjua vart sett til ca 1,5 time (Kvale & Brinkmann, 2009), men etter samtykke frå foreldra varte nokre intervju i underkant av to timar. Foreldra gav sterkt uttrykk for at det ikkje opplevdes problematisk, snarare tvert imot. Med foreldra si tillating vart intervjua teke opp på band.

Ved eit pilot- intervju fekk eg nyttige erfaringar med tilrettelegging av intervjusituasjonen og utprøving av intervjuguide. Intervjuguiden vart justert med hensyn til rekkefølge, og formulering på eit par av spørsmåla. Eksempelvis vart spørsmålet om tverrfaglig samarbeid flytta til tidlegare i intervjuet. Eg vart merksam på faktorar som fremja og hemma fokus på tema og kunne leggja betre til rette for konsentrasjon om tema i dei seinare intervjua. I tråd med Kvale & Brinkmann (2009) si beskriving av intervjuaren som lyttande, viser interesse, forståing og respekt, fekk eg gode tilbakemeldingar på personlege intervjuferdigheiter. Dette gjorde meg tryggare i møtet med mødrene i dei vidare intervjua.

I fleire av intervjua var det tilstekkelig å bruke hovudspørsmål og oppfølgingsspørsmål. I nokre situasjonar måtte eg stille fleire spørsmål for å få kjennskap til deira oppleving. Eg opplevde atmosfæren i intervjua som god og hadde ei kjensle av at mødrene syntes det var fint å kunne bidra med sine erfaringar.

Gjennom transkriberinga av dei første intervjua vart eg merksam på kva eg fulgte opp og kva eg kunne ha utforska endå meir, og kunne slik fylgje dette grundigare opp i seinare intervju.

3.5 Analyse av data

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er ein i analysen av data oppteken av korleis ein ved å jobbe systematisk kan forstå og finne meining i data, og finne og forklare mønstre. Uansett val av

framgagnsmåte vil ein i kvalitativ analyse veksle mellom fokus på heilskap og deler i materialet. Etter kvart som eg fordjupa meg i delene såg eg desse i samanheng med større deler av materialet og hovedinntrykk med bakgrunn i heile materialet.

Kvale & Brinkmann (2009, s. 203-204) sine fire første av seks trinn for analyse, var utgangspunkt for analysearbeidet i denne undersøkinga. Den intervjuar beskriv fenomen frå si livsverd i *første trinn* og kan oppleve å sjå nye samanhengar i *andre trinn*. I tråd med Kvale & Brinkmann (2009) sin omtale av analysen i *tredje trinn* fortetta og fortolka eg meiningsinnhald i det den intervjuar beskrev undervegs, og ba om tilbakemelding på mi fortolking.

Det transkriberte materialet utgjorde 112 tettskrevne sider totalt. I transkripsjonen tas det mange val, og tolkinga startar ifølge Kvale & Brinkmann (2009) allereie her. Transkripsjon er ifølge Kvale & Brinkmann (2009) ein "hybrid" av samtalen, og eg forsøkte difor å bringe litt av konteksten inn i det skriftlege materialet ved å ta med nonverbal kommunikasjon som latter, pausar og trykk på enkeltord. Ved å transkribere intervjuar rett etter samtalen vart det lettare å huske samanhengen samtalen føregjekk i. Ting som vekka mi interesse, som teikn på konsistens eller inkonsistens og funn som kunne lede til eit mønster, vart notert undervegs i transkriberinga.

Som hjelp i tolkinga av dei transkriberte intervjuar i analysen sitt *fjerde trinn*, nytta eg meg av Kvale & Brinkmann (2009, s. 221) sine tre fortolkningsnivå; *sjølvforståing*, *kritisk forståing basert på sunn fornuft og teoretisk forståing*. Femte og sjette trinn for analysen som består av gjenintervjuing og handling ut frå ny innsikt, vart for omfattande for denne oppgåva.

Analysearbeidet i den første fortolkingsfasen, *Sjølvforståing*, omhandlar å forstå og fortette meininga i det som vart sagt slik den intervjuar sjølv opplevde den. I denne fasen las eg gjennom alle intervjuar på nytt og merka desse med utgangspunkt i forskningsspørsmåla; *kva erfaring har foreldre med skulehelsetenesta sitt bidrag i fremjing av barnet deira si helse og korleis beskriv foreldra kva som kan fremje og hemme kontakt med skulehelsetenesta*.

Frå tidlegare gjennomlesingar var det to tema som peika seg ut i materialet; støtte og samarbeid, og utsagn som omhandla dette vart merka med ulike fargar.

Vidare samla eg alle meiningsberande einingar i ein matrise for kvar informant og fortetta meiningsinnhaldet slik det er vist eksempel på under;

| Originale utsegn | Meining |
|--|---|
| <p>- for det er jo ikkje alltid du veit om alt som finnes. Du kan få hjelp til og sånn. Så det er jo litt greit å ha nokon som veit. - ho kan ta kontakt med andre hjelparar, og når det fungerer så er jo det ideelt.</p> | <p>At helsesøster kan formidle kontakt med andre hjelparar er til god hjelp</p> |

I andre fortolkingsfase, *Kritisk forståing*, tolkar ein mening basert på sunn fornuft, og ser utalelsane i samanheng med personen som kom med utsegna. Eg leita her etter bristar i konsistens og tvetydigheit i ulike utsegn. Ut frå sunn fornuft og kjennskap til tenesta stilte eg meg kritisk til det som vart sagt.

Det fortetta meiningsinnhaldet vart deretter organisert i underkategoriar og hovudkategoriar som presentert i kapittel 4. Eksempel på hovudkategori med underkategoriar er; *Betydninga av få støtte frå skulehelsetenesta* med underkategoriane *å få den hjelpa du treng når du treng den, å få konkrete råd, verktøy og tilpassa informasjon, å bli møtt på ein god måte, å ha helsesøster som forbundsfelle i samarbeidet med andre tenester.*

Teoretisk forståing er tredje og siste fase i fortolkinga. Eg såg her funna opp mot teori om helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid, støtte og samarbeid då dette syntes teneleg for å få ei utvida forståing.

3.6 Forskningsetiske vurderingar

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009, s. 80) må ein tenke etikk gjennom heile forskningsprosessen. Ein må sikre informert samtykke slik at foreldra veit kva dei svarer ja til. Ifølge Jacobsen (2010) er det fire sentrale krav som må oppfyllest for at samtykke til

deltaking kan seiast å vera informert; kompetanse, frivilligheit, informasjon og forståing av informasjonen. Då foreldra ikkje kan seiast å representere ei svak gruppe, kan ein difor rekne at dei var i stand til å vurdere ulemper og fordeler ved å delta. For å sikre frivilligheit og anonymitet, kontakta eg ikkje foreldra direkte. Det var foreldre som var villige til å delta i undersøkinga som tok kontakt med meg. Konfidensialitet, at den intervjuar opplever seg respektert og tatt vare på, og at data behandles ut frå etiske vurderingar er sentralt (Kvale & Brinkmann, 2009). Ut frå dette vart det nødvendig å verne barn, foreldre og helsesøstre sin intergritet ved at namn på kommune, skular og lokale tenestetilbud som vart nytta vart anonymisert.

I intervjuet søker forskaren å få til ein relasjon av nærleik og tillit for å få tilgang til den intervjuar si livsverd (Malterud, 2008). Forskaren har difor eit særskilt ansvar for å ta vare på den intervjuar slik at denne ikkje kjenner seg utnytta. Som forskar er maktforholdet mellom intervjuaren og den intervjuar asymmetrisk (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne undersøkinga måtte eg vera særleg merksam på dette då eg i tillegg til forskar- rolla er helsesøster og leiar.

I informasjonsskrivet (vedlegg 2) til foreldra som sa seg villige til å vurdere å la seg intervju, formidla eg hensikta med studien, at det var frivillig å delta og at ein kunne trekke seg når som helst utan å oppgi grunn, informasjon om korleis eg sikra anonymitet og konfidensialitet, at data vert makulert når studien er ferdig og korleis funn vert presentert. I skrivet ba eg om skriftlig samtykke til deltaking. Dei som deltek i undersøkinga vil få tilgang til resultatata når masteroppgåva er ferdig.

Ut frå samtalar med Regional Etisk Komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) hausten 2010, søkte eg om godkjenning av planen for gjennomføring av undersøkinga, men fekk til svar at denne ikkje var framleggingspliktig (vedlegg 3). Eg søkte om godkjenning frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som ledd i å sikre personvernet til den intervjuar, og denne vart godkjent (vedlegg 4). Orienteringsbrev om undersøkinga frå UIS (vedlegg 5), informasjonsbrev til foreldra, og godkjenningsbrev frå NSD vart gitt til praksisplassen i samband med forespørsel til leiar om å bruke helsesøstre til å kontakte aktuelle deltakarar til studien.

3.7 Reliabilitet og validitet

Validitet er ifølge Kvale & Brinkmann (2009, s. 326) ”styrken og gyldigheten til et utsagn”. Validitet henviser òg til om metoden ein har brukt er eigna til å undersøke problemstillinga. Med hensyn til utvikling av gyldig kunnskap er validiteten slik sentral.

God validitet får ein bare om forskningsprosessen har vore god (Malterud, 2008; Kvale & Brinkmann, 2009). Det må vera ein raud tråd mellom problemstilling, teori, metode og data (Malterud, 2008, s. 26). Ved å gjera eit grundig forarbeid med kva eg skulle undersøke og korleis, auka dette forhåpentlig sjansen for at eg undersøkte det eg meinte å undersøke og fekk svar på det eg trudde eg fekk svar på (Malterud, 2008). At utvalet har potensiale til å svare på problemstillinga, er avgjerande. Sentralt i arbeidet med validitet har difor vore å søke å finne utval som best mogleg kunne belyse problemstillinga. For å få intern validitet (Malterud, 2008) må data gi svar på forskningsspørsmåla. Det har slik vore viktig å utarbeide ein intervjuguide som kunne bidra til å framskaffe materiale som belyser så fullstendig som mogleg ulike aspekt ved foreldre si erfaring med skulehelsetenesta sitt bidrag i å fremje barnet deira si helse. Optimal validitet har ein når kunnskapsprodukt ”... i seg selv er så sterke og overbevisende at de faktisk bærer sin gyldighet i seg” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 257).

”*Reliabilitet* har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250). Korleis ein framskaffar data er difor sentralt. Då forskaren er hovedinstrumentet i kvalitativ metode, vil mykje av reliabiliteten vera avhengig av kor godt handverket er. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er forskaren fanga i sitt språk og si livsverd. Språk og omgrep, trusoppfatningar, førestillingar og personlege erfaringar vert sentrale element i forståelseshorizonten. Ved å vera bevisst og reflektert rundt eiga forforståing, kunne eg lettare vera open for informanten si livsverd. Slike refleksjonar var nødvendige både i skaping av data og analyse av data. I eit forsøk på å styrke reliabiliteten spurte eg i intervjuet etter tilbakemelding på om eg hadde forstått mødrene riktig ut frå det dei hadde meint å sei.

Transkribering av intervjuet er ei utfordring med tanke på både reliabilitet, validitet og etikk (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 192). Eg har difor høyrte gjennom intervjuet to gonger og kontrollert transkripsjonane opp mot lydband for å få med alle ord og korrigere mening som

følgje av pausar og trykk på enkeltord. Dette vart gjort for å sikre at den skriftlige gjengivinga vart så god som mogleg då transkripsjonen er grunnlaget for analysearbeidet.

Eg var særleg merksam på å halde den teoretiske forforståinga i bakgrunnen ved organisering av data slik at danninga av kategoriar var basert på det empiriske materialet og ikkje teori. Å stille kritiske spørsmål til eigne konklusjonar, og aktivt leite etter inkonsistens er viktig (Malterud, 2008; Alvesson & Skoldberg, 2008). Arbeidet med at kategoriane i så stor grad som muleg skulle reflektere heile materialet pågjekk heilt til slutt i forskningsprosessen. Eg har stadig gått tilbake for å sjå om alle nyansar var med, om *kategoriane var så presise og dekkande som mogleg*, og om det var funn som gjekk på tvers. Arbeidet med å stille kritiske spørsmål til konklusjonane handla slik i stor grad om å kontrollere kategoriar og innhaldet i desse mot datamaterialet. Ved at veileidar kom med innspel gjennom heile denne prosessen kan dette ha styrka validiteten.

3.8 Drøfting av funna sitt truverde

Undervegs i undersøkinga vart eg særleg merksam på to aspekt eg måtte sjå nærare på; *utval og forforståing*.

Som i andre undersøkingar om foreldre si oppleving av skulehelsetenesta er det *mødrene sitt syn* ein får ved at det er dei som er villige til å delta i undersøkinga (Clark et al., 2002). Funna vart slik avgrensa til å sei noko om mødre si oppleving. Tradisjonelt har mødre teke ein stor del av omsorgsansvaret for barna, og det kan slik vera dei som har mest erfaring med skulehelsetenesta og størst potensiale til rike beskrivingar av kontakten. På andre sida ville fedre si beskriving kunne belyse nye aspekt ved fenomenet. Funna som omhandlar barn si erfaring med kontakten er beskrive gjennom mødrene og har slik klare avgrensingar i gyldigheita.

Strategisk utval er ifølge Malterud (2008, s. 58) ”sammensatt ut frå den målsetting at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp”. Ved å velje foreldre som hadde barn med vanskar, fekk eg rike beskrivingar av erfaringa med kontakten, men avgrensa samtidig datamaterialet til å gjelde denne gruppa og ikkje foreldre flest. Ved at

denne gruppa nok har mest erfaring med bidrag frå tenesta synes dette utvalet å ha størst potensiale til å gi ny innsikt i korleis skulehelsetenesta kan bidra til å fremje barn si helse.

Ved at eg ba helsesøstrene velje foreldre ut frå relativt vide *inklusionskriterier*, gjekk eg ope ut. Ein kan likevel tenke at helsesøstrene kan ha kontakta foreldre dei hadde ein god relasjon til. Slik er sjansen mindre for å få deltakarar som ikkje er fullt så nøgde eller misnøgde med tenesta. Dei som er særskilt nøgde vil kanskje òg lettare svara ja på forespørsel om deltaking. Det kan slik vera at det er suksesshistoriane eg har fått høyre i intervjua. Då problemstillinga har fokus på korleis skulehelsetenesta kan fremje barnet si helse og utvikling, vil beskrivingane til foreldra som har positive opplevingar kunne bidra til utvikling av kunnskap om kva ein kan leggje vekt på i forbetring av tenesta. Av hensyn til personvern og ressursbruk kan eg ikkje sjå alternative måtar å kome i kontakt med foreldre på som oppfyller inklusionskriteriene.

For å få meir informasjon om erfaring med massestrategiske aktivitetar og miljøarbeid, og slik få *belyst fleire sentrale perspektiv* ved tenesta kunne eg fulgt endå meir opp når slike tema vart nevnt. På andre sida er ein ut frå teori om kvalitativ metode ute etter kva aspekt ved tenesta foreldra er opptekne av (Kvale & Brinkmann, 2009).

Nokre av funna i denne undersøkinga støttes av andre undersøkingar. Ved at nokre funn var overaskande kan eg ha hatt rimeleg kontroll på *forforståinga*. At eg ikkje på mange år har arbeid som helsesøster i skulehelsetenesta gjev meg òg ein viss avstand til praksis.

I materialet var det mykje data som bidrog til å belyse forskningsspørsmåla, noko som kan redusere ulempa ved å ha bare 7 deltakarar i undersøkinga. Eg fann lite motsigelsar i det einskilde intervju og på tvers av intervjua, og mange av funna synest slik konsistente.

Om funna kan gjerast gjeldande ut over dette materialet handlar ifølgje Malterud (2008) om "hvorvidt funnene gir mening ut over seg selv". Utvalet i dette materialet består av mødre som har barn med helsevanskar. Då mange av funna kan sjås som almennmenneskelege kan det likevel hende at andre grupper foreldre vil kunne kjenne seg att. Ut frå hensikta med studien vil likevel det viktigste vera om helsesøstre vil kjenne seg att i beskrivingane til mødrene og slik få ei betre forståing av tenesta ut frå foreldreperspektivet slik at praksis kan endrast som følgje av ny kunnskap.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet vil eg presentere funna i undersøkinga. Med utgangspunkt i forskningsspørsmåla utkrystaliserte det seg tre hovudkategoriar (1) *Betydninga av få støtte frå skulehelsetenesta*, (2) *Å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med helsesøster* og (3) *Faktorar som kan innverke på terskel for kontakt*. Ti underkategoriar danna basis for dei tre hovedkategoriane. Sjå oversikt over desse i tabell 2.

Kategoriane vil bli illustrert ved bruk av sitat frå mødrene.

Tabell 2. Oversikt over hovud- og underkategoriar.

| Hovudkategoriar | Underkategoriar |
|---|---|
| 1. Betydninga av støtte frå skulehelsetenesta | <ul style="list-style-type: none">• Å få den hjelpa du treng når du treng den• Å få konkrete råd, verktøy og tilpassa informasjon• Å bli møtt på ein god måte• Å ha helsesøster som forbundsfelle i samarbeidet med andre tenester |
| 2. Å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med helsesøster | <ul style="list-style-type: none">• Betydninga av å ha tillit til helsesøster• Betydninga av å ha medbestemming |
| 3. Faktorar som kan innverke på terskel for kontakt | <ul style="list-style-type: none">• Betydninga av ei tilgjengeleg skulehelseteneste• Betydninga av tidlegare erfaring• Betydninga av å kjenne bekymring og skam• Betydninga av å sjå skulehelsetenesta som uavhengig |

4.1 Betydninga av å få støtte frå skulehelsetenesta

Mødrene i undersøkinga syntes at støtta frå skulehelsetenesta var viktig når dei opplevde at barnet hadde vanskar. Dei la vekt på fire aspekt ved støtta; *å få den hjelpa du treng når du treng den, å få konkrete råd, verktøy og tilpassa informasjon, å bli møtt på ein god måte og det å ha helsesøster som forbundsfelle i samarbeidet med andre tenester.*

4.1.1 Å få den hjelpa du treng når du treng den

Dei fleste av mødrene gav utrykk for eit sterkt ønske om at når ein kontakta skulehelsetenesta, skulle ein få hjelp utan å måtte vente. Ei mor sa det slik;

”Det aller viktigaste for meg det er jo at ho får hjelp. Med ein gong, om det er eit problem”.

Alle mødrene beskrev stor tilfredsheit med at dei fekk hjelp med problemet dei hendvente seg for, og at helsehjelpa kom så raskt i gang. Fleire hadde erfaringar med å vente lenge på å få hjelp frå andre hjelpeinstansar. Ei mor illustrerte dette slik;

”Det er meir ventinga. Du skriv på papir og skriv på papir- du må vente for det tar sånn tid ... det blir bare større frustrasjon for ungen. Og den frustrasjonen kan gjera det verre for skuleforhold, vennskapsforhold, ho kan få det verre med seg sjølv”.

Mødrene var difor positivt overraska over å få avtale allereie same veka eller den neste. Dette kan illustrerast ved følgjande to utsagn frå to mødre;

”Så ho henta henne faktisk dagen etterpå. Liksom bare sånn(knipser)”.

”Det skjer fort. Du slepp å vente. Det blir i alle fall gjort, tinga. Det er vel det som er viktigast. At ting blir gjort. Med helse og generelt”.

Denne mora illustrerte slik at ho trudde helsesøster ville strekke seg langt om dei trengte hjelp;

"Ho er kjapp. Eg har aldri opplevd å måtte vente. Om så var så trur eg faktisk ho hadde sete overtid. Viss det skulle vera så gale".

Dei fleste mødrene gav utrykk for å ha fått god hjelp frå helsesøster for fleire problem, i fleire periodar og med fleire barn. Dei fleste vanskane dei hadde fått hjelp for syntes å vera relativt avgrensa. Slik mødrene beskrev tilbudet var dei svært nøgde med at *oppfølginga vart regulert etter barnet sine behov*. Barnet fekk tettare oppfølging i enkelte fasar, oftast i starten, og kontakten vart regulert ut frå betring eller forverring. Denne mora husker det slik;

"Dei har vel hatt to periodar, men siste gongen gjekk det litt over tid då. Først var det jo ein gong i veka, men så gjekk jo ting greiare så blei det anna kvar veke".

Fleire av mødrene beskrev det som viktig at helsesøster *var der i fall det vart behov* for hjelp. Vissheita om at helsesøster møtte på skulen kvar veke syntes å gi tryggleik for at ein kunne få hjelp til barnet om det skulle dukke opp eit problem. Betydninga av dette vart understreka gjentatte gonger, og vart av fleire omtalt som det kanskje viktigaste ved tilbudet. Dette vart knytt til eit ønske om, og ei erfaring med at tenesta var det mange omtala som ei *open teneste*. At ein kunne søke hjelp for små og store vanskar knytt til fysisk og psykisk helse. Ønsket kan samanfattas i følgjande utsagn frå to mødre;

"Først og fremst at dei skal bare vera der. For dei som treng det".

"Ei helsesøster er jo der. Så då er det jo bare til å ta tak i tinga og begynne".

Fleire av mødrene syntes å beskrive positiv overrasking over at det ikkje først var ein utredningsfase før ein kunne starte *problemløysinga*, men at denne *starta i første kontakt*. Kartlegging, arbeid med henvising og anna henvendelse til andre hjelpeinstansar føregjekk samtidig med meir direkte helsehjelp. Ei mor beskrev hjelp til å klage på vedtak;

" Eg fekk avslag av PPT. Så då måtte me stå ekstra på ... meg og helsesøster og (fast)legen ... Me sette oss ned og skreiv eit brev saman ... Ho var behjelpelig og har hjelpt meg med det. Og så har me skreve 4 – fot(kartleggingsverktøy) saman".

Det syntes å vera eit gjennomgåande trekk i materialet at helsesøster hadde få avgrensingar i forhold til arbeidsoppgåvene. Mødrene syntes å sette stor pris å få praktisk hjelp, som å skrive brev.

I dette materialet kan mykje tyde på at foreldra opplevde å få tilstrekkelig hjelp av helsesøster i dei fleste situasjonar, og at helsesøster ytte langt meir hjelp enn det dei forventa ut frå ressursituasjonen. Behovet for støtte vart av to av mødrene omtalt som større enn tilbudet. Ei mor sa;

”Det er jo klart at ho er ikkje der bare for meg. Men ho har jo gjort veldig mykje då. Men det er jo klart at me kunne sikkert hatt endå meir når det stod på som verst. Men ho er jo bare ein person, er der jo bare torsdag, og ho er ein populær person så det var full rulle heile dagen når ho var der”.

Nokre av mødrene beskrev at helsesøster viste omsorg for heile familien når påkjenningane var store; *”... så eg følte at ho var ei enorm støtte i den tida. Både for meg og ungene”.*

4.1.2 Å få konkrete råd, verktøy og tilpassa informasjon

Alle mødrene beskrev å få gode og konkrete råd og god veiledning knytt til korleis dei og barnet kunne handtere ulike vanskar barnet hadde. Det vart framheva av fleire som *viktig at råda var konkrete* for at dei skulle opplevast som nyttige;

”Og då er det jo litt greitt å få litt hjelp og informasjon at sånn og sånn seier de til han. Gjer sånn og sånn ... Me skulle prøve å lære han til å oversjå ting ... tell inni deg kor mange gonger han slår og kor mange gonger du klarer å snu deg vekk utan å gjera noko”.

Eit anna eksempel på konkrete råd som vart opplevd som nyttige er beskrivinga til denne mora som vart råda til å overlate meir av ansvaret til barnet;

”Fortelje han kva han skal gjera, sånn at han treng ikkje tenke på det. Det der er mor sitt bord ... nå må du huske hua, nå må du huske skoa, nå må du,- altså heilt automatisk. Og der har eg vel fått litt meir beskjed om at eg skal trekke meg ut og la det vera hans ansvar”.

Ei mor illustrerte på denne måten at konkrete råd om små endringar kunne betre kvardagen;

”... kjem med sånne ting som kan avhjelpe oss i kvardagen. Og kjem med innspel som kjennes at det blir lettare. Utan at me har gjort så veldig store endringar”.

Ingen av mødrene gav uttrykk for at meir generell veiledning var av same nytte som konkrete råd. Likevel syntes ei mor å oppleve at veiledninga hadde verdi ved at ein fekk noko å tenke på som igjen kunne føre til større innsikt.

Å få konkrete råd til barna syntes i fleire tilfelle å omhandle det enkelte mødre omtala som *verktøy*. Verktøya som vart beskreve var skjema der ein registrerte endring, notatbøker for informasjon til hjelp i kvardagen og øvingsmetodar for å fremje ønska atferd. Verktøy vart òg brukt i veiledning der målet var bevisstgjerung og handtering av kjensler. To av mødrene beskreib bruk av verktøy slik;

”Nå har me kjøpt ei notisbok ... jobba med dette denne veka, for eksempel noko han tenker på. Når han skal skru av ovnen så er han så redd etterpå; tenk om eg ikkje skrudde av, så han må sjekke. Så nå skulle han trene på denne veka og tenke bevisst; nå skrur eg av ovnen, nå er ovnen av ... Då skulle han bruke den boka til det òg. Han skulle skrive; har låst døra. Sånn at når han kjem på skulen, og sit og lurar; låste eg nå, så kan han opne boka og sjå; eg har låst døra. Prøve å bevisstgjera tankegangen”.

”Så hadde ho 12,- ja mange sånne kort for forskjellige nyansar, ikkje bare hovudkjensler men nyansar òg. Og så skulle han plukke X antal kort ... og då tok ho kanskje eit anna sett med kort opp ... Så ho har brukt dei korta òg, på ulike kjensler og på ulike situasjonar”.

Mødrene beskreib verktøya som effektive og syntes å oppleve dei som vesentlige i det å få god helsehjelp til barnet.

Å få helseinformasjon knytt til barnet sin situasjon syntes å vera betydningsfullt. Fleire av mødrene såg det som viktig at helsesøster informerte dei om helsehjelpa som vart gitt til barnet. Dette var nødvendig for at dei skulle kunne oppfylle foreldreansvaret. To av mødrene sa;

"... viktig å vite. Kva dei gjer, for då er det lettare for meg. Korleis eg skal forhalde meg til han, og snakke til han heime".

" Så får eg litt rapportar sånn innimellom kva dei gjer og ikkje gjer og kva avtalar dei har laga".

Å få informasjon om aktuelle kurs og andre tilbud knytt til barnet sine vanskar vart beskreve som ei god støtte. Ei mor sa dette;

"Så ho har tipsa om denne nettsida. Og tipsa meg vel òg om eit kurs som me var inne på i Stavanger. Det var eit sånt informasjonsmøte på sjukehuset som ho tipsa om så han(mannen) reiste inn på".

Nokre av mødrene omtala innlegg helsesøster hadde om ulike tema på foreldremøter. Mødrene syntes å oppleve undervisninga som interessant og nyttig, særleg når dei opplevde at problemstillingane var knytt til barna sin alder og utvikling. Dei fleste foreldra beskrev å delta på møtene som vart arrangert, sjølv om dei hadde eldre barn og hadde vore på tilsvarende møter før. Ei mor beskrev innlegga slik;

"lekser og legging, akkurat den alderen dei er i, utviklinga, sånne ting har ho snakka om ... det er nyttige ting, som du tenker på og gjerne snakkar om heime".

Fleire av mødrene omtala pubertetsutviklinga som eit særleg aktuelt tema for undervisning både for barn og foreldre. Mødrene beskrev det som positivt at helsesøster hadde snakka til barna om temaet på skulen, men savna undervisning om pubertet retta mot foreldrefunksjonen. Ei mor beskrev å ha bedt helsesøster om råd for korleis ho kunne handtere barnet sin pubertet. Sitatet under kan tene som illustrasjon på behovet for informasjon mødre beskrev knytt til barnet sitt utviklingstrinn;

"Eg veit ikkje om dette er normalt for ein unge på den alderen. Er han bare ungdom eller er det noko ekstra? ... for eg har aldri hatt ungdom før. Eg veit ikkje kva det innebærer ... Kva er normalt og kva er hormonelt og kva skal du forvente og ikkje forvente? ".

I tillegg vart meir undervisning til barn og foreldre om ernæring og fysisk aktivitet med fokus på å førebyggja overvekt og inaktivitet etterlyst av fleire mødre då dei syntes å sjå dette som ein aktuell helsetrussel for barnet.

Ingen av mødrene etterspurte helseinformasjon som ikkje var knytt til barnet sin situasjon. Fleire gav uttrykk for at det var lett å finne pålitelig generell informasjon andre stader.

4.1.3 Å bli møtt på ein god måte

Alle mødrene beskrev å bli møtt på ein svært god måte, og syntes å oppleve helsehjelpa som *omsorgsfull*. Ei mor sa det slik;

”Ho er veldig hyggelig, syns eg. Du føler deg veldig trygg, du kan grina om du vil, du føler deg veldig velkommen og ivaretatt når eg har snakka med ho. Og engasjert, at ho bryr seg. Det synes eg er viktig”.

Super, vunne i Lotto, perfekt og fantastisk er uttrykk som vart brukt for å beskrive helsesøster. Alle syntes å kjenne seg som særskilt heldig. Mødrene gav uttrykk for at helsesøster var villig til å yte mykje for å bistå familien. Følgjande utsagn kan illustrer dette;

”Men ho var veldig førekomande og veldig kjekk person ...”kan skjønne eg skal hjelpe deg”. Ho har alltid vore så, - ikkje sagt ”eg veit ikkje, kanskje” ... Og den positive energien, at eg gir ikkje opp. Sjølv om dette ser vanskelig ut. Eg vil gjerne hjelpe dykk”.

Fleire av mødrene beskrev at helsesøster hadde ein væremåte som la godt til rette for å kome fram med det ein hadde på hjarta;

”Det er den roen. Harmonien. Ikkje stressfull person ... For då kan du som mor òg sette deg og senke ned skuldrene. Senke ned skuldrene og så,- då kan du få ut det du har”.

Flesteparten av mødrene omtala forholdet til helsesøster som *nært*. Mødrene gav uttrykk for at helsesøster viste interesse og hadde ein uformell stil som syntes å bidra til opplevinga av nærleik og kjennskap. Følgjande utsagn frå to av mødre kan illustrere dette;

”Det er mykje meir nært. Du har mykje meir personleg forhold til helsesøster. Det synes eg alltid det har vore når dei er små òg. Det er på ein måte lågare terskel. Når du ringer til fastlegen så er det sånn, du er nummer i ei rekke der”.

”Når du har snakka så mykje med dei så er det jo veldig kjekt at dei husker meg òg. Kven du er mor til. Husker jo namna til dei(ungane). Det er jo imponerende. Og ho spør korleis det går med dei”.

Nokre av mødrene gav uttrykk for at ein kunne ta opp ting med helsesøster på butikken eller andre stader om ein tilfeldig traff på henne. Nærleiken syntes likevel å vera avgrensa til å gjelde relasjonen til helsesøster som fagperson. Ei mor sa det slik;

” Men eg kjenner henne jo ikkje som ein venn. Men eg kjenner henne i og med at ho har vore så synlig heile tida, og då har du på ein måte fått eit forhold til henne som ein får til, hvis ein går til lege heile tida ...”.

Sentralt i beskrivingane er at helsesøster *brydde seg om barna*, meir enn dei forventa av ein fagperson. Ei mor sa det slik;

” Det var mi kjensle av at ho brydde seg om dei. Altså at det ikkje var bare ein jobb ho gjekk til”.

Det at helsesøster ringte for å høyre korleis familien hadde det kan tene som eksempel på det mødrene syntes å oppleve som interesse og engasjement. Slik beskrev to av mødrene korleis helsesøster viste at ho brydde seg om både dei og barnet;

”Helsesøster ringte til og med midt i sommaren og spurte ... Så då var det bare helsesøster eg høyrde frå ... fastlegen har ennå ikkje ringt og spurt korleis det går”.

”Det forholdet eg har hatt til ho helsesøster på skulen det er jo unikt i forhold til dei andre(andre hjelpeinstansar) . Ho bryr seg, ho ringer og spør sjølv om han ikkje går der nå, til samtalar, så ringer ho og spør korleis det går med han, og seier at viss han har behov så må han bare stikke innom. Og spør korleis det er med meg òg. Eg føler BUP og PPT det er meir sånn ”dong, dong, dong”. Jobb. Ho viser meir medkjensle”.

Ei mor beskrev at ho etter møtet med helsesøster og sosiallærar kjende håp om at situasjonen skulle betrast;

”... for då var dei imøtekomande og høyrde på alt eg hadde å sei om guten. Det var sånn og sånn kan de gjera, og eg gjekk ut med god følelse. Dette skal gå godt, faktisk. Dette går bra, for gutten min”.

Nokre av foreldra beskrev at helsesøster gav *positiv tilbakemelding og aksept* for handtering av vanskaner. To av mødrener fortalte at helsesøster ringte bare for å skryte over framgangen til barnet, andre fortalte om bekrefting av eiga atferd. Ei mor illustrerte dette slik;

” Nå har ho lege gjerne kvar dag i eit par månader i senga mi. Men det gjer meg ingenting, seier eg. Nei, nei seier ho. Du gjer det som er best for deg”.

4.1.4 Å ha helsesøster som forbundsfelle i samarbeidet med andre tenester

Foreldra beskrev helsesøster sin *kontakt med, og informasjon om andre tenester* som ei svært viktig støtte. Helsesøster sitt samarbeid med skulen syntes å ha særleg stor betydning då dei opplevde at helsesøster *tala barnet si sak* på ein arena der barnet tilbrakte mykje tid og møtte mange utfordringar, og der foreldra sjølv ikkje var tilstades.

Fleire av mødrene beskrev at det var skulen sitt personale, oftast kontaktlærer, som var den direkte årsaka til at dei tok kontakt med helsesøster ved at dei anten oppfordra foreldre til å søke hjelp eller ved at dei formidla kontakt. Ei mor huska dette initiativet frå lærar slik;

”Eg trur me skal ta kontakt med helsesøster ... Så det er tydelig at lærarane òg veit at dei skal ta kontakt med henne”.

Nokre av mødrene beskrev kontaktlærer å vera i ein god posisjon til å registrere når barnet trengte hjelp. To mødre beskrev dette slik;

”Om læraren fangar det opp så kan ho ta det til helsesøster med ein gong når ho er på skulen. Og då får du kome i gang med ein gong. Så det er positivt”.

Lærar kunne òg vera ein kanal inn til helsesøster når kontakten var oppretta; *”Og om eg skriv lapp til frøken så tar ho det vidare”.*

Nokre mødre beskrev at det andre gonger var helsesøster som kontakta lærar.

Flesteparten av mødrene omtala helsesøster sine formelle *samarbeidsmøter* med skulen og syntes å oppleve dette samarbeidet som naturleg og riktig. For enkelte mødre syntes det å vera uklart om helsesøster samarbeida med skulen om deira barn, mens fleire beskrev ulike typar samarbeid mellom helsesøster og personalet om barnet sin situasjon. Mødre som

hadde slik erfaring syntes å oppleve at dette gagna barnet, særleg med tanke på at barnet skulle få ein god skulekvardag. Følgjande beskriving er eit døme på eit slikt samarbeid;

”Me har jo hatt desse møtene med ho(helsesøster), sosiallærer og lærar ... det har jo vore oppfølgingsmøter. Der me har sett, me prøver å setje nokre mål, og følge han opp. Så har me møte etter ei stund, og går gjennom og ser kva som vart skreive sist, korleis ting går nå, og kva me må eventuelt endre på”.

Enkelte mødre framheva at helsesøster i kraft av si rolle *la press på skulen* slik at skulen i større grad la til rette for å møte barna sine behov. Ei mor sa;

”Sjølv om eg har sagt det til den eine læraren, så veit ikkje dei andre det. Så det var gjentekne gonger han ikkje fekk gå på do. Og då tenkte eg at det er betre å ta det via helsesøster. At ho går inn og gir beskjed ... for ho har kanalar inn der, så det er lettare enn om eg ringer... Alt det blei ordna med ein gong når ho gjekk inn og snakka med dei”.

To av mødrene beskrev helsesøster som *kontinuiteten og den som kjente barnet* då det var hyppig skifte av lærarar. I tillegg beskrev mange helsesøster som *deira talsmann inn til skulen* i saker som hadde med barnet si helse og trivsel å gjera. Ei mor sa det slik;

”Der held dei òg på å skifte lærarar heile tida. Mens der er helsesøster fast. Det er ho same som er der... ein tryggleik på ein måte, som ein veit alltid er der. Eg kan bare ta opp med ho så bringer ho det vidare viss det er noko helserelatert”.

Nokre av mødrene skaffa seg informasjon om forhold på skulen gjennom helsesøster. Ei mor var bekymra for miljøet på skulen og brukte helsesøster til å få tilgang på slik informasjon. Ho beskriv det slik;

”Så spurte eg ... om ho hadde noko på det. Men ho skulle sjekke det opp ... Ho skulle ta det opp med ein gong dei skulle ha møte”.

Nokre av mødrene beskrev samarbeid mellom foreldre, helsesøster og andre, og syntes å oppleve dette som nyttig for å betre barnet sin situasjon. Dei enkelte fagfolk bidrog på ulike vis og arbeidet vart samordna i samarbeidsmøter. Følgjande sitat er eit døme på eit slikt samarbeid;

”Og då har me hatt møter med lærar, helsesøster og meg på senteret. Sånn at guten går til helsesøster og dei har sine samtalar og eg får litt rapport frå skulen og så har eg hatt møte med senteret utanom. Og så nokre felles”.

Ei mor som hadde kontakt med andre hjelpetenester beskrev òg helsesøster som *kontinuiteten og den som kjente barnet*. Denne mora sa;

” Ho var jo i kontakt med han så ho hadde jo liksom meir kjennskap til ungen enn kva ein lærar hadde, og sosiallærar eller psykolog eller kva det måtte vera på BUP ... ja for ho kjenner han. Det gjer jo for eksempel ikkje dei på BUP. Og ho òg ønsker å vera med på møte på BUP for å høyre kva dei seier ... Ho har vore der heile vegen ”.

Nokre av mødrene uttrykte ønske om hjelp til å *stake ut kursen* for å sikre at barnet skulle få den hjelpa det trengte. Mødrene beskrev helsesøster sitt kjennskap og kontaktnett til kommunale tenester, spesialisthelsetenesta og private tenester som ei svært viktig støtte når skulehelsetenesta ikkje var tilstrekkelig. Følgjande sitat frå ei mor kan illustrere dette behovet;

”Nei dette er ikkje vårt bord. Finn ut av det sjølv. Men og at det viss det ikkje var deira bord, og det var problem, at du gjerne kunne kome opp med alternativ på kor ein kunne gå og kva rute ein kunne velje for å få hjelp med det problemet ... at dei guidar foreldra i den retninga, du kjem inn på rett spor for å få den hjelpa du treng. For det er veldig mykje opplysningar og ein kan lett gå seg litt vill”.

4.2 Å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med helsesøster

Å dele ansvaret for oppfølginga av barnet med helsesøster syntes ikkje bare å innebera at helsesøster avlasta, men òg at ho supplerte foreldreomsorga ved å tilby hjelp ut over det foreldra syntes å oppleve at dei hadde kompetanse til. Mykje kan tyde på at fleire av mødrene hadde ønske om at helsesøster skulle ta over ein del av ansvaret slik at mødrene fekk mindre ansvar og oppgåver knytt til oppfølging av barnet sine vanskar. Sjølv om få av mødrene uttalte dette så direkte som denne mora syntes å gjera, er det mykje som kan tale for at mødrene ønska dette heller enn å få hjelp til å handtere utfordringane sjølv;

”Men eg følte det var greit nå, at helsesøster hjalp henne ... og me hadde gjort alt, så nå, det var godt at helsesøster kunne ta over ... at det er fleire som hjelper deg, og som har greie på det ... Og då føler eg, nei eg føler ikkje at eg skal blande meg ... eg trur ho tek kontakt viss det er noko”.

I beskrivingane av å dele ansvaret for oppfølginga av barnet med helsesøster la mødrene vekt på to aspekt; *betydninga av å ha tillit til helsesøster og betydninga av å ha medbestemming.*

4.2.1 Betydninga av å ha tillit til helsesøster

Å ha tillit til skulehelsetenesta, og til den som arbeider der spesielt, syntes å vera grunnleggjande for å dele ansvaret med henne. Ei mor beskreib dette slik;

” Tillit trur eg er alfa og omega i den samanheng. For viss du føler at det er feil, så vil det vera vanskeligare å overlate det mest dyrebare du har til ei teneste du ikkje stoler på,- eller ein person du ikkje stoler på. For tenesta kan vera god ”.

Å ha tillit var i mødrene si beskriving tett knytt til oppleving av helsesøster sin *kompetanse*. Samtlige mødre syntes å vera svært overaska kor dyktig helsesøster var, særleg i forhold til psykiske vanskar. Fleire av mødre fortalte at om barnet hadde psykiske vanskar ville dei kontakte helsesøster, mens legen syntes å vera den føretrukne når det gjaldt fysiske vanskar. Ei mor illustrerte helsesøster sin kompetanse på psykisk helsearbeid slik;

” Ho er meir enn - helst overkvalifisert til det ho held på med ... så er det mykje meir sånn psykologiske, psykiatriske ting som eg ikkje hadde trudd at dei brukte så mykje tid på. At dei faktisk sit inne med ... Men at ho var så flink som ho var, det hadde eg aldri trudd ... Ho er jo ein slags psykolog”.

I fleire av beskrivingane syntes oppfatninga av kor kompetent helsesøster var å auke med erfaring. Ei mor sa;

”Eg fekk veldig tillit til det. At ho kunne det. Gjerne meir enn det. Eg veit ikkje kva krava er for å vera helsesøster”.

At mødrene hadde stor *tillit til at dei trygt kunne overlate ansvar til helsesøster* illustrerte denne mora i si beskriving av kvifor ho stolte på at helsesøster gjorde ein god jobb med barnet og at det difor ikkje var nødvendig å henvise til andre hjelpeinstansar;

” For når ho har henne heile den timen, så får ho ganske mykje ut av henne. Så då meinte ho at det ikkje var nødvendig. Og då tenker eg viss ho snakkar så godt med henne og dei har ein fin tone, då tenker eg; då har du full kontroll på min unge. Og då stoler eg 100% på ho, og då er det heilt greitt”.

Fleire av mødrene omtala helsesøster si evne til å få god kontakt med barnet som ei bekrefting på at helsesøster var kvalifisert for oppgåva. Mødrene syntes å sjå det at barnet opna seg for helsesøster som eit teikn på gode ferdigheiter. Denne mora beskrev det slik;

”Når eg snakka med henne, helsesøster, første gong etterpå, så var eg veldig overraska kor mykje informasjon, og kor mykje riktig av den informasjonen ho hadde fått ut av den samtalen. Han hadde snakka med eit heilt framandt menneske. Det har han aldri gjort med nokon andre før. Så ho fekk virkelig kontakt med han. Og om det var dei korta som gjorde det enklare eller kva det var... Då merker du jo òg at du har veldig lyst å fortsette, fordi du merker at det nok gjer godt for han å få lov til å ha ting som han kan snakke om der utan at han må snakke heime”.

Mødrene syntes ikkje at det var verken nødvendig eller riktig at alt barnet sa skulle formidlast til foreldra. Fleire beskrev det som viktig at barnet skulle kunne snakke fritt utan å vera redd for at foreldra fekk innsyn i alt som vart snakka om. Ei mor sa;

” Og eg har sagt at han kan sei til henne at ho ikkje har lov til å sei det til meg. Så det har han fått lov til å velje. Kva som skal bli sagt. Til meg”.

At barna syntes å oppleve møtet med helsesøster positivt og hadde lyst til å gå og snakke med henne vart sett som bekrefting på at *barnet hadde ei god oppleving* og at barna var i trygge hender. At barnet fekk medverke i forhold til deltaking og innhald syntes å styrke denne oppfatninga. Ei mor sa;

”Og då hentar ho han i klassen. Og spør om det er greitt. Eller om han har lyst. Og då er han veldig nøgd med å gå ... Nå er det jo samtalar, og det er ikkje alltid dei går i den retninga som er planlagt ... Nokre gonger så går det som planlagt og andre

gonger så går den rett høgre og så blir det ein heilt anna samtale, men likevel nyttig. Så då går ho bare i den retninga”.

At mødrene hadde tillit til helsesøster syntes òg å vera knytt til at dei opplevde helsehjelpa som effektiv. Ved at alle opplevde at barnet fekk det betre og at problema vart redusert syntes tilliten å vekse. Tre av mødrene beskreib dette slik;

”Men ho har heile vegen fått henne til noko å strekke seg etter, og det føler eg har hjulpe henne mykje betre ... Så eg ser jo at ho har klart det. Og når ho endelig då klarte å overnatte borte ... det var ein seier. Eg skal snart overnatte borte igjen”.

”Så det går betre og det ser ut som han har ein betre kvardag og ikkje synes det er så vondt å gå på skulen heller”.

” Eg får ein sånn lett,- akkurat som han pustar ut. Lett kjensle av at når han har vore hjå henne er det sånn, - han legg litt av seg”.

Når fleire av mødrene omtala helsehjelpa, vart helsesøster si atferd og vesen beskrive som tillitsvekkjande. Ei mor illustrerte dette slik;

”Då er det viktig at dei har tryggleik, at du kjenner tilliten. Og det har ho. Du merker roen på henne”.

4.2.2 Betydninga av å ha medbestemming

Alle mødrene syntes først og fremst å etterspør helsesøster sin fagkompetanse når dei søkte hjelp til barnet. Å lytte til råda ein fekk syntes å vera ei naturleg følgje av å søke hjelp. Mødrene beskreib eit samtidig ønske om medverknad. Dei ønska å delta i helsehjelpa, men i faglege spørsmål sette dei pris på at helsesøster tok ansvar og hadde leiinga. Følgjande utsagn frå to av mødrene kan illustrere dette;

” Men i og med at eg har spurt om hjelp, så må eg jo høyre på det eg får råd om. Elles er det jo ingen vits i å gå på den tenesta og ikkje følgje opp”.

” Ja. Eg meiner når du snakkar, så skal det vera samarbeid. Gi og ta ... eg kjem hit fordi eg treng hjelp. Eg kjem ikkje hit for å kome fram til kva me skal finne på”.

Fleire av mødrene syntes å presentere *både ønske om at helsesøster sette agendaen og at det måtte vera rom for å kome med eigne innspel*. Når tema vart presentert vart mødrene minna om ting ved barnet sin situasjon dei ønska å ta opp. Foreldre syntes å ha stor tiltru til at helsesøster sin agenda var god. Denne mora illustrerte dette slik;

” Ho veit jo kva me skal snakke om, så hvis det er ting så spør eg henne ... Ja, for det blir litt som nå her at, nå kjem jo eg stadig på ting, med ein gong kom eg ikkje på den segevætinga. For at det er litt sånn at viss alt er ope så kjem ein ikkje på alt ... Nå husker eg ikkje, om det er sånt standard skjema de har... eg synes det er greit. Ledande punkter liksom”.

Fleire av mødrene beskrev at deira *kunnskap om barnet og synspunkt på tiltak* vart etterspurt og anerkjent av helsesøster som vesentlig kunnskap, og at dei vart tekne med i beslutningsprosessen. Alle mødrene la stor vekt på helsesøster sin fagkunnskap i beslutningane om helsehjelpa til barnet. Ei mor beskrev samarbeidet med helsesøster og resten av det tverrfaglige teamet slik;

”... og spurte kva som var viktig for meg i forhold til gutten, og kva eg synes og sånn i forbindelse med at eg kjenner han best ... Kor dei har spurt og lurt på, -synes du, kan me, skal me prøve, kva synes du om det? Og dei kjem gjerne med forslag og så spør dei; er det greitt? Det har vore greitt. Og då, ja då prøver me det. Og noko har vore ting som dei for så vidt har bestemt, og eg synes det har vore greitt. Og andre ting har eg sagt, men prøv heller sånn. Og så har me gjort det. Der har dei faktisk teke, - latt meg vera med i den beslutningsprosessen.

Ut frå beskrivinga til enkelte av mødrene kan mykje likevel tyde på at helsesøster ikkje alltid involverte mor før ho handla på vegne av barnet. Dette kan illustrerast ved følgjande utsagn;

” Utan at eg visste om det så har ho teke det opp med eit eller anna råd dei har på skulen”.

Når mødrene omtala dette syntes dei å oppleve det positivt og at det vart gjort til barnet sitt beste. I beskrivinga til enkelte av mødrene syntes dei å overlate svært mykje av styringa til helsesøster. Desse mødrene hadde bare som krav at dei vart informert. Alle mødrene synes å vera godt nøgde med maktdelinga i samarbeidet.

I dette materialet beskrev fleire av mødrene at dei ikkje følte seg tvungne til å følgje råda frå helsesøster. Ei mor forklarte dette slik; *” Ho tvinger ingenting ... Så ho blir ikkje sur eller sint på del valet du tar”*.

4.3 Faktorar som kan innverke på terskel for kontakt

Dette temaet bygg på mødrene si beskriving av *betydninga av ei tilgjengeleg skulehelsetenestet, betydninga av tidlegare erfaring med skulehelsetenesta, betydninga av å kjenne bekymring og skam og betydninga av å sjå skulehelsetenesta som uavhengig*.

4.3.1 Betydninga av ei tilgjengeleg skulehelseteneste

Slik dei fleste mødrene beskrev det måtte skulehelsetenesta vera synleg for at dei skulle vurdere å ta kontakt. Ei mor sa det slik;

”Det å vera synlig, sånn som vår helsesøster er. Viser seg og fortel om tilbodet. Eg trur det er alfa og omega”.

Alle mødrene visste at det var helsesøster på skulen og mest alle kven ho var. Ei mor beskrev det som følger;

”Eg har visst at ho alltid er der. For når eg er innom på skulen så ser eg at døra er open. Eg har alltid visst kven ho har vore”.

Til tross for at samtlige mødre omtala å ha fått informasjon om tilbudet, dei fleste både skriftlig og muntleg, beskrev dei å ha *lite kjennskap til innhald og omfang*. Mødrene syntes i hovudsak å ha fått informasjon om rutinetilbudet knytt til fysisk helse. Kunnskapen kan betegnast som overflatisk då få av mødrene trudde dei kunne få hjelp til barnet sine vanskar.

Enkelte syntes å meine at når helsesøster presenterer seg, bør ho gjera seg *synleg som person* ved å vise kven ho er og kva som er viktig for henne. Å gjera seg synleg syntes òg å innebera å gjera *kompetansen* synleg. Ei mor beskrev det slik;

" Dei sit inne med ein del kompetanse som me absolutt ikkje bruker oss av , som me absolutt burde bruke oss av".

Det var stor usikkerheit knytt til om tilbudet omfatta andre yrkesgrupper. Skulelegen vart nevnt av dei fleste, men bare to hadde hatt kontakt og denne var knytt til at skulelegen òg var barnet sin fastlege.

Når mødrene søkte informasjon om tenesta var det i hovudsak skulen si *heimeside* dei besøkte. Informasjonen der vart beskrive som svært kortfatta med liten eller ingen informasjon om kva ein kunne få hjelp til. Ei mor sa;

"... der står det ikkje så mykje om helsesøster. Det står kva tid ho er der, og kven ... men det står ikkje så mykje meir ... så kunne ho gjerne skreve litt meir. For som mor så blir du jo usikker kor mykje kan helsesøster hjelpe med. Eg bare fekk beskjed av legen og lærar at; "gå til helsesøster". Men eg visste ikkje at dei kunne bidra så mykje som ho har gjort. Eg trudde meir helsesøster var sånn at du skulle sjekke helsa. Men ikkje hjelpe med papir. Og med utredning og sånt".

Informasjonen på foreldremøtene syntes å omhandle noko meir om kva skulehelsetenesta kunne bidra med. Ingen av mødrene hadde søkt informasjon om skulehelsetenesta på kommunen si *heimeside*.

Mødrene beskrev å få *kontakt med helsesøster gjennom mange ulike kanaler*. Helsesøstrene syntes å ha lagt ut informasjon om kvar dei var til ei kvar tid på stadene mødrene tok kontakt.

Sjølv om helsesøstrene var på skulen bare eit par dagar i veka, syntes alle mødrene å oppleve at det var *lett å få kontakt med henne heile veka*. I tillegg til at nokre av mødrene tok elektronisk kontakt, syntes telefonen å vera viktigaste kommunikasjonskanal. Ei mor beskrev kontaktsøkinga slik;

"Eg ringte først til skulen ... så blei eg vidareført til kontoret. Og kontoret sa ho var her(på helsestasjonen) ... Då ringte ho herfrå. Så ho er ikkje vanskelig der".

Kor mykje helsesøster måtte vera på skulen for at skulehelsetenesta skulle opplevast som tilgjengeleg syntes å variera frå to dagar i veka, som dei fleste var vant til, til kvar dag.

Utsagna frå desse to mødrene illustrerer ulike syn;

”At ho er tilgjengelig to dagar, det held jo det”.

”Men det kunne vore at dei var meir tilgjengelige. Kanskje kvar dag.”

Mykje kan tyde på at det var vanskelig å opprette kontakt når helsesøster bare var på skulen nokre få timar i veka, eller ved stadige endringar i bemanninga. Ei mor sa;

”Kvar gong eg kom til å tenke på det så var dei jo ikkje der. Dei hadde kontortid på skulen og det- eg klarte jo aldri å følgje med på det ... eg følte det ikkje riktig å nytte seg av tenesta når den ikkje, - når dei ikkje var på skulen ... så skifta dei helsesøster, så visste eg ikkje kven det var, og så blir det liksom ikkje til at du gjer noko, for du- det er greitt å ha ansikt”.

Fleire av mødrene beskrev det som svært positivt at det ikkje var søknadsprosedyrar i skulehelsetenesta. Det var tilstrekkeleg å ringe eller sende ein mail.

Det ser ut som at mødrene opplevde det som ein stor fordel at tilbudet var fysisk lett tilgjengeleg for barna.

4.3.2 Betydninga av tidlegare erfaring med skulehelsetenesta

Eit fellestrekk i beskrivinga av dagens skulehelseteneste er *den store endringa* frå dei sjølv var barn.

” Det er veldig forandra, frå det då. Det er mykje meir ope, at det er liksom ikkje noko sånn skummelt å gå til helsesøster på skulen”.

Oppleving av *tilbudet som barn syntes å vera avgrensa til masseundersøkingar og fysisk helse*. Kontakten vart omtala som formell og autoritær, og var for mange forbunde med frykt. Ei av mødrene beskrev endringa slik;

”For meg var det ei ny oppleving, eg tenkte aldri på skulehelsetenesta i forbindelse med det mentale og det. Det var meir sånn- me sjekker om me er friske og veg nok og for lite, eller et godt ... Me har vel gjerne litt forvrengt bilde av skulehelsetenesta ... Me var jo inne og tok dei sprøytene og veide, så det var vel det me brukte det til ... Eg husker me sat på eit venterom og venta. For å kome inn. Og så var det mykje gruing for det, og så var det i grunnen gjort på 2 minutt”.

Tidlegare erfaring syntes å medverke sterkt til at mødrene ikkje tok første kontakt med skulehelsetenesta av eige initiativ. Mødrene opplevde *ikkje å ha oppdatert kunnskap om den nye tenesta før dei fekk erfaring* med denne gjennom hjelp til barnet sitt. Samtlige mødre uttrykte overrasking over kor omfattande og tilgjengeleg dagens tilbod var.

Når forholdet først var oppretta syntes terskelen å vera svært låg for å ta kontakt. Erfaring syntes slik å viske tidlegare barrierar for kontakt. To av mødrene beskreib det slik;

”Men eg hadde nok ikkje teke kontakt hadde det ikkje vore for det at me allereie var i gang. For sånne ting. Det hadde eg ikkje”.

”Nei, nå er der ikkje mykje sperrer igjen. Nå trur eg eg kunne ringt om det meste. For nå er den døra open ... Så nå skal eg heller spør ein gong for mykje”.

Når foreldra først hadde oppretta kontakt, syntes det å vera naturleg å ringe helsesøster om dei lurte på noko i staden for å søke informasjon om tenesta andre stader. Det syntes heller ikkje lenger å bety noko om helsesøster bare var ein halv dag på skulen eller om heimesida var dårleg.

Fleire av mødrene kjente helsesøster frå skulehelseteneste med andre barn, ei av mødrene frå helsestasjonen, ei av mødrene møtte til skulestartundersøking på skulen og andre igjen hadde ikkje møtt denne helsesøster på skulen før. God erfaring med kontakt om eit barn syntes å gjera det lett å kontakte helsesøster på skulen når søsken opplevde vanskar.

4.3.3 Betyninga av å kjenne bekymring og skam

Fleire av mødrene fortalte om *bekymring* for at det kunne bli vanskelig for barnet om dei tok kontakt med helsesøster og dette vart kjent for dei andre barna. Då mange av vanskane var

knytt til psykisk helse eller andre omtålige tema, vart dette særlig problematisk. Ei mor svara følgjande på spørsmål om kva som kunne hemme foreldre i å ta kontakt med skulehelsetenesta;

”... vekt og sånt. For det har eg jo alltid streva med sjølv. Det kan jo vera sårt. At helsesøster kanskje skal ta ut jenta mi. Så vil dei andre begynne å lure, og så skal ho bli erta for det. Ting som du kanskje kjenner er vanskelig sjølv. Litt tabuområde ... det kan vera ein hemmar”.

Ingen av mødrene beskrev derimot at barna fekk negative reaksjonar eller på annan måte opplevde det problematisk at det vart kjent for andre at dei hadde kontakt med helsesøster.

Å ta kontakt syntes for nokon å vera knytt til *skam* over å ikkje meistre foreldreoppgåva. Å ta kontakt med hjelpeapparatet opplevdes av ei mor som å synleggjera både for seg sjølv og andre at ein ikkje dugde som mor. Gode erfaringar syntes likevel gjera at det var verdt det;

”Ja nå ser heile verda at du ikkje taklar det å vera mor og ikkje klarer å hjelpe din eigen unge... Når eg, når me først hadde hoppa i det og faktisk følte at det hjalp, at han får ein betre kvardag, og han gjerne får dei verktøy han treng for å jobba med kvardagen, så tåler me det. Det betyr ingenting då lengre”.

”For eg trur at det er ennå skambelagt. Eg synes det er mykje meir skam at eg har ein liten som ikkje legg på seg, for tynn og ikkje liker mat. Det synes eg er mykje verre enn han som elsker mat. Men eg trur det er ein del skam, at du føler ikkje du strekk til”.

Sjølv om mykje kan tyde på at mødrene stolte på at helsesøster behandla personlege opplysningar konfidensielt, uttrykka ei mor bekymring for om det elektroniske systemet for oppbevaring av journalar var sikkert nok.

4.3.4 Betyninga av å sjå skulehelsetenesta som uavhengig

At foreldra såg skulehelsetenesta som atskilt og *uavhengig* av skulen og andre tenester slik at motiv og agenda utelukkande var å hjelpe barnet syntes å vera viktig, særleg når skulen var ein del av problemstillinga. Utsagnet *” Ein plass han kunne snakke som var nøytral”* er

dekkjande for det fleire av mødrene beskrev som ein friplass der barn og foreldre kunne lufte spørsmål og bekymringar av ulike slag.

Eit sentralt aspekt i mødrene si beskriving av skulehelsetenesta som uavhengig hjelpeinstans syntes å vera at barnet kunne ta kontakt med ein trygg og kompetent vaksen som ikkje var involvert i nokon av problemstillingane på barnet sin heimearena, skulearena eller fritidsarena. Slik mødrene beskrev tilbudet syntes det å vera uavhengig òg å vera knytt til at ikkje foreldra skulle delta meir enn nødvendig i helsehjelpa til barnet. At barnet fekk hjelp av ein instans utanfor heimen syntes å bli oppfatta som å fremje barnet sin utvikling av autonomi og eigenomsorg. Med hensyn til terskel for kontakt syntes dette perspektivet å auke i betydning etter kvart som barnet vart eldre. Ei av mødrene sa det slik;

"... så skal dei sleppe at me skal blande oss inn. At me heller kan, viss det er behov, at me blir kalla inn ... At dei er i ein trygg sfære, at dei kan vera med helsesøster og snakke om problem ... i ein god setting".

5.0 Drøfting av funn

I tråd med forskningsspørsmåla er fokus i denne studien å belyse foreldre si erfaring med skulehelsetenesta sitt bidrag i å fremje barn si helse og deira oppleving av kva som kan påverke terskel for kontakt.

I dette kapitlet vil sentrale funn presentert i kapittel 4 bli drøfta ut frå teori om helsefremjande og førebyggjande arbeid. I tillegg vil eg sjå funna i lys av Langford et al. (1997) si beskriving av sosial støtte, teori om samarbeid og tidlegare forskning.

Funna omhandlar i hovudsak foreldre si erfaring med individuell helsehjelp, og andre aspekt ved skulehelsetenesta som masseundersøkingar, vaksinasjon og miljøarbeid vert difor lite omtala.

Drøftinga er organisert ut frå undersøkinga sine forskningsspørsmål og funnkategoriar. Hovudkategoriar er (1) *Betydninga av få støtte frå skulehelsetenesta*, (2) *Å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med helsesøster* og (3) *Faktorar som kan innverke på terskel for kontakt*

5.1 Betydninga av få støtte frå skulehelsetenesta

Mødrene i denne undersøkinga la vekt på følgjande aspekt ved støtte; *å få den hjelpa du treng når du treng den, å få konkrete råd, verktøy og tilpassa informasjon, å bli møtt på ein god måte og å ha helsesøster som forbundsfelle i samarbeidet med andre tenester.*

Litteraturen understøtter til ei viss grad funnet om mødrene si erfaring med at støtte frå skulehelsetenesta hadde verdi. Mødrene syntes å leggje vekt på betydninga av alle former for støtte; emosjonell støtte, instrumentell støtte, informasjon og bekrefting som omtalt i Langford et al. (1997).

Når mødrene beskrev erfaringar med skulehelsetenesta i denne undersøkinga var det i hovudsak helsesøster si *støtte til individuell helsehjelp* dei beskrev. Mødrene i denne undersøkinga hadde alle vore i kontakt med skulehelsetenesta for å få hjelp til barnet sine vanskar, og ein kan ut frå dette tenke at det då er naturleg at det var denne erfaringa dei hadde fokus på. Manglande omtale av andre aspekt ved skulehelsetenesta treng slik ikkje tolkast som manglande verdsetjing av miljøarbeid og massestrategiske aktivitetar.

Amerikanske undersøkingar viser at foreldra syntes både aktivitetar i skulehelsetenesta knytt til individuell helsehjelp og massestrategi hadde stor verdi (Kirchofer et al., 2007; Clark et al., 2002; Cramer & Iverson, 1999). Det same finn Mäenpää & Åstedt- Kurki (2008) i si kvalitative undersøking. Ein kan forstå manglande omtale som at desse aktivitetane i stor grad går sin gang uavhengig av foreldra sitt initiativ, og som dei difor ikkje treng å forhalde seg særleg aktivt til.

Funn frå andre undersøkingar (Cramer & Iverson, 1999; Kirchofer et al., 2007) kan likevel tyde på at foreldre opplever sekundær- og tertiærførebyggjande arbeid som meir verdifullt enn generelle tiltak for å betre helsa. Ei tolking kan slik vera at hjelp til barnet sine vanskar vart opplevd av mødrene som å ha særleg stor betydning.

I myndigheitene sine føringar for arbeidet i skulehelsetenesta skal *grunnbemanninga* bestå av helsesøster, lege og fysioterapeut (Helsedirektoratet, 2010). Funna i denne undersøkinga tyder på at mødrene med få unntak bare hadde erfaring med helsesøster, og at dei andre yrkesgruppene for desse mødrene syntes å ha ei ubetydelig rolle i tenesta. Funna støttes av ein rapport frå Helsedirektoratet (2010) som viser at skulelege og fysioterapeut på landsbasis er nærast fråverande i skulehelsetenesta.

5.1.1 Å få den hjelpa du treng når du treng den

Å få den hjelpa ein opplevde å trengje til barnet syntes for mødrene å vera sterkt knytt til det å vite at ein hadde *helsesøster i bakhand*, om det skulle oppstå noko. Dette vart av fleire omtalt som kanskje det viktigaste aspektet ved tilbodet i skulehelsetenesta. "Å vera der" var uttrykk som fleire av mødrene brukte i si beskriving av ønsket og forventninga om tilgang på hjelp til barnet om ein har behov for det. Forventning om at det finnes tilgjengelege ressurser ein kan dra nytte av beskrives òg i litteraturen som sentralt for meistring (Underwood, 2000; Heggen, 2007). Sett saman med funn som kan antyde lang ventetid og mykje byråkrati i andre deler av hjelpeapparatet syntes det å ha ein stad der ein kan rekne med å få hjelp når ein treng det å ha særleg stor betydning for mødrene. Ser ein dette opp mot funna om ei open teneste med få avgrensingar i oppgåvene til helsesøster (kap. 4.1.1), syntes det som at mødrene opplevde å ha eit tilbod i bakhand dei kunne kontakte for det meste.

Funna kan tyde på at det å få *rask hjelp var eit svært viktig aspekt i helsehjelpa*. Mødrene beskrev at barna fekk hjelp i løpet av nokre dagar rekna frå første kontakt. Ein kan slik seie at skulehelsetenesta nærast gir øyeblikkelig hjelp for små og store vanskar. Ser ein funna ut frå sjukdomsførebyggjande teori er målet å kome inn med ekspertkunnskap så tidleg som mulig for å førebyggja skeivutvikling og sjukdom. Denne strategien finn ein grundig beskrive i myndigheidsdokument om folkehelsearbeid (Sosial- og helsedepartementet, 1991; Sosial- og helsedirektoratet, 2004a). At barn får førebyggjande helsehjelp er ifølge myndighetene sentralt både med hensyn til at hjelpa settes inn tidleg i livet og tidleg i problemutviklinga (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). På andre sida er det viktig å unngå unødig problematisering og sjukeliggjering av vanlege vanskar då desse til vanlig ikkje er teikn på alvorleg sjukdom. Tvert om er det viktig å normalisere ufarlege plager og hjelpe barna til å sjå på seg sjølv som "sunne, friske og velfungerende" (Haugland, 2009, s. 410).

Betydninga av å sleppe å vente illustrerte ei mor ved å forklare korleis vanskane elles kunne gripe om seg til fleire forhold og skape frustrasjon for barnet. Dette finn ein òg støtte for i litteraturen (Haugland & Misvær, 2009). Det vil difor kunne få store konsekvenser for barnet si nåverande og framtidige helse og utvikling om barnet ikkje får den hjelpa det treng når det treng det. Paulsen (1990) si beskriving av helsesøster som "barfotlege" støttar funna i denne undersøkinga som gir eit bilde av ein helsearbeidar som gir helsehjelp på eit lågt tenestenivå

tidleg i sjukdomsbildet. Å få den hjelpa du treng når du treng den i skulehelsetenesta synes å vera i tråd med LEON- prinsippet som omhandlar å gi helsehjelp på lågast effektive omsorgsnivå (Bakkerud, 2008).

Eit vesentlig aspekt ved å få hjelp når du treng det syntes å vera å kome i gang med den direkte helsehjelpa. Det kan verke som at helsesøstrene starta *helsehjelpa frå første møte* utan omfattande kartlegging i forkant. Sjølv om grunnlaget er tynt kan ein forstå funnet om overrasking over direkte helsehjelp samtidig med kartlegging og kontakt med anna hjelpeapparat som at helsesøster skil seg frå anna hjelpepersonale i denne måten å arbeide på. Beskrivingane gir ikkje grunnlag for vurderingar av om kartlegginga før tiltak var tilstrekkeleg. Mykje kan likevel tyde på at informasjonssgrunnlaget var godt nok til at ein fann tiltak som mødrene var nøgde med.

Alle mødrene beskrev at helsehjelpa førte til at *barna fekk det betre*, og fleire beskrev at dei spesifikke vanskane dei søkte hjelp for vart redusert. Om tiltak i skulehelsetenesta fremjer barn si helse er det svært lite kunnskap om (Kunnskapssenteret, 2010; Wainwright et al., 2000).

I mødrene si beskrivinga av helsehjelpa til barna kan det verke som at barna får hjelp med tanke på å *redusere vanskane og førebyggja negativ utvikling*. Ein slik strategi kan kome inn under omgrepet sekundærførebyggjing i sjukdomsførebyggjande teori. Med tanke på å førebyggje sjukdom vil det òg kunne sjås som høgrisikostrategi, der innsatsen rettes mot personar ein anser å ha større risiko enn andre for å utvikle helsevanskar (Mæland, 2005b). Generelt er det knytt stor usikkerheit til kven ein bør definere å vera i høg risiko for å utvikle sjukdom. Som omtalt i kapittel 1.2 ser det ut som at barn som har vanskar i barneåra har større risiko for å utvikle helseplager seinare. I tråd med dette hevdar Grøholt, Sommerschild, & Garløv (1997) at det generelt ikkje er grunnlag for å vente at barn "veks vanskane av seg" og at ein difor kan ha ei "vente og sjå" haldning. Dei tek til orde for at ein skal la tvilen kome barnet til gode ved å gripe inn førebyggjande. Ein kan sjå ei slik haldning som eit "føre- var" prinsipp.

Det synes vanskelig å få auge på tilsvarande alternative strategiar i helsefremjingsteorien for å gi barnet den hjelpa det treng når vanskane har oppstått, og det kan slik synast vanskelig bruke helsefremjingsteorien åleine som strategi for individuell helsehjelp.

Eit overraskande funn var at enkelte mødre fekk hjelp til å skrive brev, fylle ut skjema og anna *praktisk hjelp*. Ifølge Langford et al. (1997) beskrives instrumentell støtte som det å få konkret hjelp. Gjennom mødrene si beskriving av helsehjelpa til barnet kan ein tolke funna som at helsesøster ser pragmatisk på problemløysinga. Mykje tyder på at ho gjer det som synes teneleg for å betre barnet sin situasjon.

Det kan verke som at *omfang og frekvens i oppfølginga vart regulert ut frå barnet sine skiftande behov*. Dette peikar i retning av at tilbodet om helsehjelp på desse områda vart individuelt tilpassa, noko brukarane ifølge Kjellevold (2006) har rett på.

Ved ein gjennomgang av litteratur om sosial støtte finn Underwood (2000) at kva som er motatt, kor mykje og kor nøgde folk er med støtta er sentrale dimensjonar. Materialet i denne undersøkinga viser at mødrene syntes å vera *godt nøgde* med *kva slag helsehjelp* dei fekk og med få unntak òg med *omfanget*. Read et al. (2009) sine funn om at foreldre som hadde barn med helsevanskar var endå meir nøgde med skulesjukepleiartenesta enn andre foreldre synes å peike i same retning.

Ved at fleire av mødrene beskreiv å sjå omfanget av hjelpa i lys av ressursituasjonen i skulehelsetenesta kan dette forstås som tilfredsheit ut frå forventningane og ikkje ut frå det reelle behovet. Det er likevel mitt inntrykk at mødrene i denne undersøkinga var tilfreds med mengda helsehjelp.

Ved å samanstille funnet om lite nærvær på skulen med funna om omfattande hjelp kan ein undre seg på korleis dette kan vera mulig. Sjølv om ressursane i skulehelsetenesta er små vil færre masseundersøkingar (Sollesnes & Tønjum, 2008) frigjera ressursar slik at ein større del av arbeidstida kan disponerast til andre føremål. Ifølge Alstveit (2002) og Sollesnes & Tønjum (2008) sine studier kan mykje tyde på at helsesøstre prioriter arbeidet med å hjelpe barn som har vanskar høgt. Grunnlag i dette materialet for å utale seg om helsesøster si prioritering av individuell helsehjelp er tynt. Om det skulle vera slik at helsesøster bruker mykje tid på å hjelpe barn som strever, ville det vera i tråd med myndigheitene si føring om eit særlig fokus på barn med særskilte vanskar men ikkje i samsvar med dei samtidige føringane om å dreie tenesta frå individperspektiv til massestrategisk helsefremjande miljøarbeid (Haugland & Grimsmo, 2009).

Som ei oppsummering kan det verke som at mødrene i denne undersøkinga opplevde med få unntak å få den hjelpa dei trengde når dei trengde den.

5.1.2 Å få konkrete råd og verktøy og tilpassa helseinformasjon

Informasjon kan vera ei god hjelp i problemløysinga (Langford et al. 1997; Brataas & Steen-Olsen, 2003). Funna i denne undersøkinga viser at *informasjonsstøtta var sentral i helsehjelpa*. Mødrene syntes å både etterspør og få konkrete råd og verktøy til seg og barnet. Alstveit (2002) sine funn som viser at helsesøstre syntes å ha inntrykk av at det på skulen vert gitt meir konkrete råd enn på helsestasjonen støtter dette funnet.

Tilbudet i skulehelsetenesta skal omfatte rådgiving og veiledning (Forskrift om helsestasjons- og skulehelsetj., 2003, § 2-3). Som brukarar av helsetenesta har både barn og foreldre rett på råd og veiledning.

Det kan sjå ut som at *konkrete råd* og bruk av ulike *verktøy* i veiledninga vart opplevd som *suksessfaktorar*. Foreldra beskrev korleis dette bidrog til reduksjon av barnet sine vanskar og til oppleving av velvære. Ein kan forstå desse funna som at mødrene såg konkrete råd og verktøy som det verksame, og slik som den eigentlige helsehjelpa. Ein kan vidare tenke at konkret rådgiving og bruk av verktøy kan opplevast som ein demonstrasjon på ekspertise og målretta arbeid. Ser ein dette saman med funna som kan tyde på at mødrene ikkje hadde same tiltru til generell veiledning, kan ein tolke dette som at tilliten til ekspertkunnskapen er stor og at ein ikkje i same grad trur at ein ved bruk av eigne ressurser kan få like godt resultat.

I dette materialet er det lite som tyder på at mødrene ønska å *medverke i forhold til dei faglige råda* som vart gitt. Ifølge Ekeland (2007) må det tilførast noko nytt i det innhaldsmessige aspektet i kommunikasjonen om det skal skje endring hjå brukaren. Mødrene syntes å setje stor pris på at helsesøster brakte inn sin fagkunnskap i kommunikasjonen med mødre og barn. Ei mor i denne undersøkinga beskrev håp om betring ved at helsesøster og sosiallærer ga konkrete råd. Når fagpersonen opptrer som ekspert, er den som veit, kan brukaren få håp om at problemet kan løysast (Ekeland, 2007). Å vektleggje ulikskap kan sjås i tråd med sjukdomsførebyggjande teori der ein ser eksperten

sin meirkunnskap i relasjonen mellom brukar og fagperson som sentral for å løyse helsefaglige vanskar (Mæland, 2005a). Funna i denne undersøkinga kan tyde på at helsesøster sine råd, verktøy og informasjon vert vekta høgt med tanke på barnet si tilfriskning. Mykje kan tyde på at mødrene i dette materialet ser helsesøster sin meirkunnskap som å ha stor betydning i kommunikasjonen om barnet sin situasjon.

I tråd med helsefremjingsteori har både brukar og fagperson noko å lære av kvarandre (Vik, 2007). Brukaren sin meirkunnskap på eige liv reknes ifølge denne teorien som likeverdig med ekspertkunnskap om korleis ein kan fremje barnet si helse. Ved å sjå helsesøster som ekspert med tanke på det faglige og mødre og barn som ekspert på korleis ekspertkunnskapen kan anvendast for å fremje helse i barnet sin situasjon kan ein sjå teoriane som komplementære.

I denne undersøkinga kan det sjå ut som at mødrene opplevde å få *tilstrekkeleg informasjon om helsehjelpa* til barnet. Kva som var tilstrekkeleg syntes å vera knytt til kva mødrene trengte å vite med hensyn til foreldrefunksjonen. Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2005) vil tillit redusere behovet for informasjon då ein stoler på at personen vil handle på ein bestemt måte. Funna om stor tillit til helsesøster kan slik vera ei forklaring på at behovet for informasjon om helsehjelpa elles ikkje synes å vera særleg stort. I denne undersøkinga er det lite som tyder på at det er ønske om meir utfyllande informasjon som kunne leggje til rette for auka involvering og medverknad i helsehjelpa til barnet. I Mäenpää & Åstedt- Kurki (2008) si undersøking syntes ønsket om å medverke å vera større, og mykje kan tyde på at foreldra ikkje var like nøgde med informasjonen dei fekk. Då denne undersøkinga hadde samarbeidet mellom skulesjukepleiar og foreldre som hovedfokus, kan ein ut frå dette anta at denne dimensjonen er undersøkt meir omfattande enn i min studie. Ser ein funna i mi undersøking om tilstrekkelig informasjon saman med ønske om å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med helsesøster, kan funnet likevel synast troverdig.

Funna i denne studien viser at helsesøstrene deltok på *foreldremøter* og at mødrene opplevde informasjonen om ulike tema knytt til barnet si helse og utvikling som nyttig. At slike innlegg var til hjelp støttes av funn i Mäenpää & Åstedt- Kurki (2008) sin studie, men der møtte skulesjukepleiaren sjeldan på foreldremøtene. Om informasjonen vart opplevd som nyttig var knytt til relevans. Mødrene syntes å ønske meir undervisning om puberteten,

ernæring og fysisk aktivitet retta mot foreldrearbeidet. Sett frå helsefremjande og sjukdomsførebyggjande teori vil auka innsats i kunnskapsformidlinga kunne bidra til å betre foreldrekompetanse og slik betre barnehelse.

5.1.3 Å bli møtt på ein god måte

Funna i denne undersøkinga kan tyde på at mødrene opplevde at dei sjølv og barnet vart møtt på ein god måte. Dei opplevde omsorg, interesse og nærleik og beskrev dette som betydningsfullt.

Emosjonell støtte kan ifølge Langford et al. (1997) bestå av omsorg, empati, kjærleik og tillit, kjenne seg likt, respektert og beundra, og synes å bli oppfatta som eit særleg viktig perspektiv ved støtte. I si oppsummering peiker Langford et al. (1997) på at det er i kommunikasjonen med andre ein opplever denne støtta. I tråd med dette viser denne undersøkinga at mødrene har rike beskrivingar av den *emosjonelle sida ved støtte*. Dette aspektet syntes slik å opplevast som særleg betydningsfullt. Mødrene trakk fram perspektiv som å bry seg om, vera førekomande og tryggleik som vesentlig og grunnleggjande for at dei skulle kome fram med vanskane og slik kunne ta i mot andre former for støtte. Funna syntes å beskrive eit *omsorgsfullt klima* som ifølge Langford et al. (1997) omfattar ein atmosfære av villigheit til hjelp og beskyttelse. Funna i denne undersøkinga antyder at mødrene opplevde nettopp dette, at helsesøster var klar til å hjelpe og var villig til å strekke seg langt for at dei skulle få den hjelpa dei trengde. At helsehjelpa gis på ein omsorgsfull måte vert av myndigheitene sett på som vesentlig (Lov om helsepersonell, 1999, § 4).

Sosial støtte finn stad i eit nettverk der personane har ei tilknytning til kvarandre (Langford et al., 1997). Fleire av mødrene beskrev i denne undersøkinga ei kjensle av at helsesøster brydde seg om dei, og syntes å sjå dette som eit vesentlig aspekt ved støtte. Mødrene beskrev *nærleik til helsesøster*, og såg dette i lys av relasjonar til andre fagfolk. Ved si uformelle åtferd syntes helsesøster å leggje til rette for eit personleg forhold og ei god tilknytning som ifølge Langford et al. (1997) gir gode vilkår for formidling av alle former for støtte. Som Langford et al. (1997) ser Ekeland (2007) det relasjonelle perspektivet i kommunikasjonen som sentralt. Han hevdar at brukarar ofte er meir opptekne av dette enn

fagpersonen, og at det difor kan vera ei utfordring for fagfolk å fokusere tilstrekkeleg på dette aspektet. Ekeland (2007) er oppteken av at relasjonelle forhold ikkje må stå i vegen for å nytte seg av det han omtalar som det innhaldsmessige i kommunikasjonen, som ein kan sjå i samanheng med Langford et al. (1997) si omtale av informasjonsstøtte. Slik kan den gode relasjonen mellom helsesøster og mødre og barn ha medverka til at råd og informasjon i større grad er forstått, lytta til og brukt, og kan slik ha bidrege til fremjing av helse.

Korleis foreldre i skulehelsetenesta erfarer å bli møtt synes lite undersøkt tidlegare. Frå helsestasjonen finn ein beskrivingar av at mødrene opplevde bekrefting og oppmuntring frå helsesøster, men òg det motsatte (Ruud, 2008). Som ei forklaring på negative erfaringar kan ein tenke at kontrollaspektet og tidspresset i kontakten er større på helsestasjonen, og at dette gir dårlegare betingelsar for omsorg og nærleik enn når mødrene sjølv ønsker kontakt for eit problem. Ein kan òg tenke at når helsesøstre i skulen syntes å ha eit særleg fokus på det ei mor beskrev som ” psykologiske, psykiatriske ting”, er det rimeleg å tenke at dette omhandlar både korleis ein møter brukarane og den direkte helsehjelpa.

Mødrene beskrev å bli tatt på alvor med si bekymring for barnet si helse. Dette støttes av funn i Mäenpää & Åstedt- Kurki (2008) si undersøking. Ifølgje Langford et al. (1997) består *bekrefting* av tilbakemelding på at utsegn og handlingar er passande og formålstenelege. Ved å anerkjenne mødrene si bekymring, val og synspunkt på saker som omhandlar barnet sin situasjon kan ein tolke dette som at helsesøster bekrefter mødrene sin kompetanse som gode omsorgspersonar og samarbeidspartnarar. Funna viser vidare korleis helsesøster bekræfta foreldre og barn ved at helsesøster støtta val dei gjorde og korleis dei handterte ulike vanskar heime. Ei slik bekrefting er ifølgje Hafstad & Øvreeide (2004) sentral for å byggje opp om ein positiv identitet som foreldre. Når foreldra beskrev at helsesøster ringte heim for å skryte av barnet sin framgang, kan det synast som ho bekræfta overfor barn og foreldre at ho såg og verdsette dette og støtta slik opp under identiteten som meistrande.

Slik mødrene beskrev det, syntes barna å like å snakke med helsesøster. Ifølgje Haugland & Grimsmo (2009) er det fare for at barnet opplever kontakten som *belønning*. Dette kan føre til at dei søker hjelp for vanskar dei sjølv ville greie å handtere ved å bruke eigne ressurser eller hjelp frå familie eller venner. På andre sida vil barnet om det ikkje får hjelp til sine

fysiske og psykiske plager kunne ha redusert fungering, velvære og utvikling, noko som kan ha store konsekvenser for kvardagen og framtidig helse og meistring.

I følgje Ekeland (2007) vil det vera teneleg for brukaren at helsepersonell både legg vekt på likskapen i det at vi alle er menneske og samtidig opprettheld eller skaper ein viss ulikskap mellom seg og brukar då fagpersonen ved bare empatisk støtte og nærleik elles kan risikere å bli sugd inn i problemstillinga utan å kunne bidra til å hjelpe barn og foreldre ut av den. Det kan opplevast godt for brukaren å møte ein som forstår og føler med samtidig som det kan vera trugande om hjelparen bare opptrer som likemann og medmenneske. Funna i denne undersøkinga kan tyde på at mødrene *på tross av oppleving av nærleik ikkje såg relasjonen som møte mellom to like partar*. Ei av mødrene i undersøkinga omtala ulikskapen som at ho ikkje såg helsesøster som veninne. Slik mødrene beskrev samtalan kan mykje tyde på at helsesøster tek ansvar og styring i relasjonen, og tilbyr støtte. Ekeland (2007) kallar denne dimensjonen i kommunikasjonen for omsorg. Denne ulikskapen i relasjonen syntes å verdsetjast høgt av mødrene, og er ifølgje Ekeland (2007) nødvendig for ei helsefremjande utvikling.

Omsorg kan verke undertrykkjande (Ekeland, 2007). Den profesjonelle kan koma til å umyndiggjera brukaren. Det er nettopp ein slik praksis den helsefremjande teorien tek til orde for å endre (Aadnanes, 2007) ved at brukaren skal myndiggjerast. I denne studien er det lite som tyder på at mødrene kjende omsorga dei syntes å oppleve frå helsesøster som undertrykkjande.

5.1.4 Å ha helsesøster som forbundsfelle i samarbeidet med andre tenester

Det kan verke som at mødrene i denne undersøkinga opplevde å ha helsesøster som kanal og talsmann inn til andre tenester, og at dette var eit vesentlig aspekt i erfaringa av å få støtte.

Funna kan tyde på at helsesøster *samarbeida med fleire profesjonar* for å fremje barnet si helse. I følgje Samhandlingsreforma skal tenesta ha eit "utstrakt tverrfaglig arbeid" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 84). Helsesøster arbeidde gjennom formelle nettverk på skulen og ad hoc nettverk oppretta for å betre det enkelte barnet sin situasjon. Om dette

samarbeidet fungerer godt kan dette ut frå teorien bidra til at barnet får ei meir heilhetlig, tilpassa hjelp av betre kvalitet (Glavin & Erdal, 2010).

Funna i denne studien kan tyde på at mødrene såg helsesøster sitt *samarbeidet med lærar* som særleg viktig. Lærar syntes å ha to sentrale funksjonar i samarbeidet sett frå skulehelsetenesta sitt perspektiv; å *sluse barn* som har behov for hjelp *inn til helsesøster* og å vera *kommunikasjonskanal* mellom heim og helsesøster.

Det kan verke som at mødrene i denne studien hadde gode erfaringar med at helsesøster var *aktiv i tilrettelegging* av barnet sin situasjon på skulen. Dette er i tråd med Paulsen (1990) sine funn som viser at helsesøster og lærar har eit meir direkte og forpliktande ansvar i oppfølginga av barnet enn mange andre fagfolk. Funna i min studie som kan tyde på at helsesøster nokre gonger er kontinuiteten og den som kjenner barnet, støttes av Paulsen (1990) sine funn som viste at andre tenester som lege og Pedagogisk Psykologisk Rådgivingskontor hadde ei meir perifer rolle.

I dette materialet kan det verke som at det var eit *relativt tett samarbeid* mellom skulehelsetenesta og skulen, noko som er i tråd med myndigheitene sine føringar for tenesta (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a). Dette syntes å vera ein avgjerande faktor for å kome i posisjon til å nå dei barna som treng oppfølging av helsesøster. Hjälmhult (1999) sine funn bygg opp om dette ved at helsesøstre syntes å kjenne seg avhengige av eit godt forhold til skulen og at skulen hadde ønske om at skulehelsetenesta var støttespelar for barn og foreldre. Teorien synes å understøtte verdien av at barn blir fanga opp og sendt vidare til helsesøster (Glavin & Erdal, 2010), og det kan tenkast at samarbeid med skulen bidreg til å oppfylle intensjonane i sjukdomsførebyggjande arbeid om å kome tidleg inn i problemstillingar og slik fremje barnet si helse.

Det kan synast som at helsesøster sitt *kjennskap og kontakt med andre tenestetilbod* var ein viktig ressurs. Å få informasjon og hjelp til å ta seg fram i hjelpeapparatet vart opplevd som ein viktig del av helsehjelpa. Det er eit venta funn då hjelpeapparatet er mangfoldig og komplekst og kan kjennast uoversiktlig. Sundeen, Stuart, Rankin & Cohen (1998) knyt ei slik rolle til helsefremjingsteorien og omgrepet "advocacy". Å vera brukaren sin advokat inneberer i denne samanhengen å informere brukaren og hjelpe han til å utnytte hjelpeapparatet i størst mogleg grad (Sundeen et al.,1998).

Mødrene syntes å erfare at helsesøster *tala barnet si sak* i samarbeidet med andre. Helsesøster vart i undersøkinga omtala som (kommunikasjons)kanal, og det kan synast som at ho brukte sin autoritet og sitt kjennskap til barnet til å påverke andre til å leggje forholda tilrette for barnet sine særlege behov. Ei slik utnytting av posisjonen sjås av Sundeen et al. (1998) som særleg god "advocacy", som i følge helsefremjingsideologien skal hjelpe brukaren å få gjennomslag for sine ønsker i møte med andre tenester. Ifølge Alstveit (2002) beskreiv helsesøstre eit ønske om å vera ambassadør for foreldre, og advokatrolla kan slik synast å vera ein bevisst strategi.

I tillegg til å hjelpe foreldre med å fremje deira synspunkt, særleg i skulen, kan mykje tyde på at helsesøster òg opptådde som barnet sin advokat, nærast som eit *lokalt barneombod* med barnet sitt beste som fokus. Beskrivingar av skulehelsetenesta som uavhengig, nøytral arena forsterkar inntrykket av ei slik upartisk rolle.

Dersom forslaget til ny lov om profesjonsnøytralitet i helsevesenet går gjennom, kan tradisjonar og særpreg knytt til profesjonar si utøving av rolla gå tapt (Clancy & Kjølrsrud, 2011). Ifølge Sundeen et al. (1998) har advokatrolla alltid vore ein vesentlig del av sjukepleiarrolla. Dersom andre yrkesgrupper utan same tradisjon skulle overta vil dette kunne svekke rolla som advokat for barn og foreldre.

5.2 Å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med helsesøster

Eit overraskande funn var at mødrene syntes å ha så tydeleg ønske om å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med helsesøster. Mykje kan tyde på at mødrene både ønska at helsesøster skulle avlaste og at dei skulle supplere dei som foreldre. Samla syntes det å bety ønske om at helsesøster skulle ta over deler av ansvaret heller enn å hjelpe foreldra i større grad til å handtere barnet sine vanskar sjølv.

Mødrene i studien var særleg opptekne av følgjande to aspekt ved det å dele ansvaret med helsesøster; *betydninga av å ha tillit til helsesøster* og *betydninga av å ha medbestemming*.

5.2.1 Betydninga av å ha tillit til helsesøster

Å ha tillit til skulehelsetenesta, og særleg til personane som arbeider der, syntes grunnleggjande for at mødrene i denne undersøkinga skulle ønske å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med helsesøster.

Mødrene syntes å ha *stor tillit til helsesøster* på skulen, noko som støttes av andre undersøkingar (Mäenpää & Åstedt- Kurki (2008). At mødrene såg ut til å ha tillit til råd, verktøy og informasjon kan peike i retning av at mødrene hadde tillit til kunnskapengrunnlaget for tenesta.

Funna viser at fleire av mødrene hadde erfaring med hjelp frå helsesøster på skulen til eldre barn, og hadde opparbeida seg personleg tillit og rolletillit som følgje av positive erfaringar. Kjennskap til helsesøster frå helsestasjonen kan ha bidratt til ein grunnleggjande tillit til skulehelsetenesta som institusjon og om å bli møtt på ein grei måte av ein ansvarleg fagperson. Ved at mødrene i denne undersøkinga syntes å ha tillit til både person, rolle, institusjon og kunnskap, kan denne tilliten ha medverka til ein helsefremjande kontekst for helsehjelpa. Tilliten til helsehjelpa er viktig då den aukar sjansen for eit godt resultat (Ekeland, 2007).

Ifølge Ekeland (2007) er fagpersonen sin meirkunnskap eit vesentlig perspektiv med hensyn til tillit. Mødrene i undersøkinga syntes å oppleve at helsesøster hadde *meir enn god nok kunnskap* til å hjelpe barnet med sine vanskar. Mäenpää & Åstedt- Kurki (2008) finn det same i si undersøking. At vi i Norge har ei eiga vidareutdanning for sjukepleiarar som skal arbeide i helsestasjon og skulehelseteneste, helsesøsterutdanninga, kan vera ei forklaring på at mødrene syntes å oppleve kompetansen til helsesøster som uventa stor.

Funna tyder på at tilliten til helsesøster sin *kompetanse* var særleg stor med hensyn til *psykisk helsearbeid*. Auka innsats nasjonalt og lokalt på oppbygging av kompetanse om temaet kan ha medverka. Mødrene si beskriving av god kompetanse kan sjås som at helsesøster på skulen synes å vera ein ressurs med potensiale til å spela ei sentral rolle i tidleg intervensjon av psykiske vanskar. Då skulehelsetenesta er kommunen sitt lågterskeltilbod òg med hensyn til barna si fysiske helse, kan ein tenke at fokuset på psykisk helse vil kunne svekke interesse og kompetanse for dette aspektet ved barnet si helse.

5.2.2 Betydninga av å ha medbestemming

Det kan verke som at mødrene i undersøkinga ønska å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med helsesøster, ikkje å gi frå seg heile ansvaret. Mødrene syntes å ville medverke i dialog og beslutningar.

Mykje tyder på at mødrene sitt ønske om medverknad først og fremst var knytt til at det var *rom for å kome fram med dei tema, spørsmål og bekymringar* dei var opptekne av ved barnet sin situasjon. I tråd med helsefremjingsteorien må rolla til helse- og sosialarbeidarar endrast "frå å vera styrar til å vera medvandrar i prosessen" som følgje av større krav om myndiggjering av brukaren (Vik, 2007, s. 92). Tidlegare undersøkingar (Alstveit, 2002; Larsen, 2007; Andreassen 2006) kan tyde på at helsesøstre i helsestasjon og skulehelseteneste både har eit ønske om, og kjenner seg pressa til å endre praksis i tråd med dette.

Sett i lys av idealet om likeverdighet i dialogen (Vik, 2007) kan mykje tyde på at mødrene i denne undersøkinga *kjende seg lytta til*. Kven som bestemmer agendaen og får rom til å snakke i samtalen er slik vesentlig. Det kan synast som at helsesøster la til rette for at mødrene skulle kunne kome fram med det dei hadde på hjarta. Fleire av mødrene beskrev at temaene som vart brakt inn i samtalen av helsesøster vart opplevd som hjelp til å huske på ting dei ønska å ta opp. Det som på eine sida kan sjås som ekspertstyring kan slik på andre sida sjås som stimulering til å kome fram med individuelle problemstillingar.

Mykje kan tyde på at mødrene sin *kunnskap om barnet og synspunkt på tiltak vart etterspurt* og nytta som grunnlag for beslutningane, og at dette vart opplevd som positivt. Dette gjer det mulig å målrette tiltaka og betre den praktiske gjennomføringa (Lauvås & Lauvås, 2009). Mäenpää & Åstedt- Kurki (2008) fann derimot at denne kunnskapen generelt vart lite etterspurt, og ein kan slik tenke at etterspurnaden etter kunnskap var knytt til helsehjelp for vanskane.

I følgje Hafstad & Øvreeide (2004) er fagpersonen si anerkjenning av foreldre sine ressurser og identitet som meistrande avgjerande for at dei skal få nødvendig støtte til å ta ansvar som ligg til foreldrerolla. Det kan slik tenkast at det å innhente foreldrekunnskap om barnet har betydning ut over det å tilføre sentral kunnskap til beslutningsgrunnlaget. Som omtalt i

kapittel 5.1.2 syntes mødrene likevel å sjå *helsesøster sin fagkunnskap som overlegen med hensyn til tiltak*, og som det selvfølgelige utgangspunktet for samtalen om helsehjelpa.

Helsefremjingsteorien har sine røter i demokratiteori (Andrews, 2003; Ekeland, 2007), og retten til å ta egne val på tvers av kva helsevesenet meiner er grunnleggjande. Som omtalt i kapittel 5.1.3 tyder funna i denne undersøkinga på at mødrene opplevde *støtte på å ta egne val*. Dei kunne vrake forslaga til helsesøster utan at dette syntes å få negative konsekvenser for samarbeidet. På andre sida vil all rådgiving innebera utval av kunnskap og slik val på vegne av brukaren. Kva som reknes som normalt og sunt og korleis ein fremjer helse er forbunde med mange verdival (Andrews, 2009).

Aadnanes (2007) stiller spørsmål ved om folk som er avhengig av profesjonell hjelp samtidig kan opptre som uavhengig og *gjera egne val innafor denne asymmetriske relasjonen*. Kva rolle brukaren har i samarbeidet er ifølge Lauvås & Lauvås (2009) i hovudsak bestemt av helsearbeidaren ved at denne inntek ei rolle og at brukaren slik tildeles ei som er komplementær. Ekeland & Heggen (2007) problematiserer dette ved å hevde at brukarane i dag i mindre grad enn før kjenner seg underlegne autoritetar, og nå stiller krav til tenesteytarane. Det vert slik vanskelig å forstå mødrene si tilfredsheit med å dele ansvaret med helsesøster bare som resultat av ei tildelt, underdanig mottakarrolle.

Sett i lys av sjukdomsførebyggjande strategi vil mødrene sin funksjonen i samarbeidet vera *avgrensa til vanleg omsorgsarbeid* og tilrettelegging for barnet sin kontakt med helsesøster. Mykje kan tyde på at det nettopp er dette mødrene ønsker. I tråd med helsefremjingsteorien ser Hafstad & Øvreeide (2004) det derimot som problematisk at fagpersonen overtek og tek rolla som den som "veit betre" i samarbeidet med foreldra. Ved å ta over så stor del av ansvaret for oppfølging av barnet som helsesøster i desse funna syntes å gjera, kan ein stille spørsmål ved om dette undergrev i staden for å byggje opp om foreldreansvaret, noko som kan føre til lært hjelpeløyse (Meland, 2009).

Funna i denne undersøkinga tyder på at mykje av helsehjelpa til barna var knytt til spesifikke vanskar, og at helsesøster si inngripen i barn og foreldre sitt liv var avgrensa til å gjelde dette. I tillegg kan det verke som at mødrene såg hjelp for vanskane som å gå ut over det som tilhøyrer foreldreansvaret og foreldrekompetansen. Ut frå dette kan ein forstå funna som at det difor *ikkje syntes å vera særleg betydningsfullt for mødrene å opptre autonomt i*

denne situasjonen. Å få hjelp til delfunksjonar i omsorgsarbeidet treng i lita grad føra til svekka identitet som gode og myndige foreldre (Hafstad & Øvreeide, 2004). I tråd med Aadnanes (2007) sin frykt for at vektlegginga av brukaren sin autonomi kan føre til ansvarsfråskrivning, kan ein tenke at mødrene ville kunne oppleve det som manglande støtte om helsesøster vekta hensynet til foreldreautonomi over det at barnet fekk direkte tilgang på hennar faglege ekspertise.

Når barnet veks til kan det opplevast som meir naturleg å henvende seg direkte til barnet. Det som ved første augekast kan forstås som å overlata mykje av oppfølginga til helsesøster kan sjås som ei *anerkjenning av barnet sine egne ressurser*. I henhold til Barnekonvensjonen (Barne- og familiedepartementet, 2003) og Lov om barn og foreldre (1981) skal barnet i takt med aukande alder og modning få medverke i alle forhold som vedrører det. Mødrene i dette materialet syntes å respektere barnet sin integritet ved at dei såg det som naturleg og positivt at dei ikkje hadde innsyn i alt som føregjekk i forholdet mellom helsesøster og barnet. Funna tyder på at mødrene hadde ønske om, og var tilfreds med at barnet sjølv vart stimulert til å vera aktiv i problemløysinga. I tråd med helsefremjingsideologien hevder (Hafstad & Øvreeide, 2004) at slike haldningar frå både foreldre og fagfolk vil fremje barnet si bruk av egne ressurser og slik fremje utvikling og autonomi.

5.3 Faktorar som kan ha innverknad på terskel for kontakt

Funna omhandlar fire områder som viste seg å ha innverknad på terskelen for kontakt med skulehelsetenesta; *betydninga av ei tilgjengeleg skulehelseteneste, betydninga av tidlegare erfaring, betydninga av å kjenne bekymring og skam og betydninga av å sjå skulehelsetenesta som uavhengig.*

5.3.1 Betydninga av ei tilgjengeleg skulehelseteneste

Ifølge Kjellevold (2005) er det sentralt for myndigheitene at offentlige tenester er lett tilgjengelege for brukarane, som her er foreldre og barn (Sosial- og helsedirektoratet,

2004a). Tilgjengelegheit i skulehelsetenesta vert sett saman med strategien om tidleg intervensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Då skulehelsetenesta er det kommunale helsevesenet sitt lågterskel tilbud i skulen vert det stilt særleg store krav til god tilgjengelegheit i denne tenesta (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a).

Funna peikar i retning av at skulehelsetenesta *må vera synleg om foreldre skal vurdere å ta kontakt*. Mødrene syntes å ha kunnskap om korleis dei kunne kome i kontakt med helsesøster, men det kan verke som at *kjennskapen til tilbodet var overflatisk*. Informasjonen som vart formidla syntes ikkje å gi svar på kva ein kunne få hjelp til. Mäenpää & Åstedt- Kurki (2008) finn det same i sin studie. Offentlige tenester har ifølge Kjellevold (2006) plikt til å gi informasjon om helsehjelpa som tilbys. Ut frå dette materialet kan mykje tyde på at informasjonen ikkje oppfyller myndigheitskravet.

Ved at informasjonen på skulen si heimeside syntes å handle om korleis ein kunne nå helsesøster, kan ein forstå dette som at tenesta i lita grad utnyttar denne til å *spreie informasjon* om tilbudet. Den høge gjennomsnittsalderen på helsesøstrene (Myklebust & Hovde, 2005) kan medverke til at dei undervurderer betydninga av heimesida som medie.

Når hovudaktiviteten på skulen er pedagogisk arbeid er det rimeleg å tenke at desse ramene medverkar sterkt til at helsesøster får lite handlingsrom og at ho må kjempe for å vinne plass på denne arenaen. Denehy (2006) peikar på at skulesjukepleiaren oftast er åleine som yrkesgruppe på skulen, og at det slik kan vera ei særleg utfordring å gjera seg synleg. Ut frå funna i Hjälmhult (1999) sin studie kan det sjå ut som at helsesøster er prisgitt at leiinga på skulen ser verdien av arbeidet. Kor mykje helsesøster får leggje ut på skulen si heimeside og kva grad helsesøster får informere om tenesta i skulen sine arrangement er opp til leiinga på kvar skule.

Mødrene i denne studien *etterlyser at helsesøster viser seg fram som person og synleggjer sin kompetanse*. Mäenpää & Åstedt- Kurki (2008) finn òg at foreldre lurar på kvifor den gode kunnskapen dei ved erfaring opplever at skulesjukepleiaren har om barn si helse og utvikling er så lite synleg. Denehy (2006) viser til at sjukepleiarar tradisjonelt har jobba i det stille og at sjukepleiarar generelt, og skulesjukepleiarar spesielt, har hatt vanskar med å artikulere kva dei gjer og slik kva dei kan tilby. Ho meiner vidare at det kan opplevast vanskelig å gjera eit tilbod som dei sjølv opplever som diffust, synleg for andre. Slik ho kjenner yrket er

oppgåvene svært samansette og komplekse. Denne oppfatninga er samanfallande med funna i denne undersøkinga der foreldre beskriv ei teneste med få avgrensingar.

Funna viser at helsesøster bare er *på skulen frå ein halv dag i veka til to dagar* på det meste. Å vera tilstades på skulen er ifølgje Denehy (2006) sentralt i det å vera synleg.

Ressurssituasjonen i skulehelsetenesta er ifølgje Helsedirektoratet så dårleg at tenesta vanskelig kan oppfylle myndigheitskrava (2010). Å gå sterkt ut for å marknadsføre eit tilbod og så ikkje ha ressurser til å følgje opp vanskane kan kjennast umoralsk. Ressurssituasjonen kan slik vera ei medverkande årsak til at tenesta gjerer lite synleg, og at tilbodet slik kanskje ikkje vert nytta av alle som har behov for det.

Ei lite synleg teneste gjer tenesta lite tilgjengeleg. Manglande synlegheit synes slik å vera ei sentral barriere for kontakt.

Lite nærvær på skulen syntes først og fremst å vera ei begrensing for helsesøster sin kontakt med barnet. Når mødrene først hadde bestemt seg for å ta kontakt, er det mykje som tyder på at dei opplevde at det var *lett å nå helsesøster*. Funna kan tyde på at helsesøstrene gjorde seg svært tilgjengeleg ved at dei hadde lagt ut informasjon om kvar dei kunne nås på stadene mødrene henvendte seg. Som Paulsen (1990) fann i sin studie syntes *telefonen* å vera ein sentral kommunikasjonskanal inn til tenesta for mødrene. Og mødrene beskrev å bli ringt opp etter kort tid om helsesøster var oppteken med andre gjeremål. Funna kan tyde på at fleire av mødrene òg brukte elektronisk post i samarbeidet med helsesøster. Mäenpää & Åstedt- Kurki (2008) fann i si undersøking at nokre av mødrene hadde vanskar med å nå skulesjukepleiaren på telefon då kontortida var begrensa, og at desse i staden nytta seg av elektronisk kommunikasjon.

At mødrene opplevde *tilgjengelegheita som større enn opningstida*, må kunne seiast å oppfylle myndigheitskravet, og meir enn det. Sjølv om ingen av helsesøstrene var meir enn to dagar på skulen opplevde alle mødrene at det var lett å få kontakt med helsesøster heile veka. I staden for å skjerme seg syntes helsesøstrene å vektleggje tilgjengelegheit. Ser ein funna om at det var enkelt å nå helsesøster saman med mødrene sitt ønske om at helsesøster skulle vera der slik at dei kunne få hjelp ved behov, kan ein hevde at helsesøstrene har lykkast i det som synes å vera ein planlagt strategi. Denne forståinga får

støtte i Alstveit (2002) sine funn om at det å vera tilgjengeleg for henvendingar var viktig for helsesøstrene.

Mykje talar for at tilgjengelegheita med hensyn til byråkrati var god. At første avtale ikkje vart sinka av søknadsprosedyrar og venteliste syntes å ha stor betydning for mødrene. Som omtalt i kapittel 5.1.1 syntes det å få rask helsehjelp å ha stor verdi.

5.3.2 Betydninga av tidlegare erfaring

Mykje tyder på at eiga erfaring med skulehelsetenesta som barn bidrog i stor grad til feilaktige førestillingar om dagens tilbod. Det kan verke som at denne erfaringa stod i vegen for kjennskap til det som nå tilbys ved at fleire syntes å tru at dei kjende tilbodet, og slik kanskje ikkje søkte informasjon.

Funna viser at mødrene *opplevde endringa i tilbodet som radikal*. I funna kjem det fram eit tydelig skille; *før og etter første kontakt. Prosessen i utviklinga av kjennskap til kva skulehelsetenesta kan tilby synes å vera tofasa*. Ein går inn i første møte med erfaringa frå tenesta som barn som forforståing, og går ut av første møte med ei radikalt endra oppfatning av omfang, innhald og kvalitet. Funna viser at den *nye forståinga av tilbodet opnar for ei mykje meir omfattande bruk*. Terskelen for å ta kontakt syntes å endre seg frå å vera relativt høg til svært låg. Det kan verke som at barrierar som dårleg informasjon og lite nærvær på skulen vart viska ut.

Til samanlikning finn Paulsen (1990) i si undersøking av helsestasjon- og skulehelsetenesta at brukarane først blir kjent med og får tillit til tilbodet gjennom rutinekontakt, slik at dei seinare kan nytte helsesøster som rådgivar og støttespelar. Det kan slik synast problematisk at bare ei av mødrene i denne studien møtte skulehelsesøster og skulelege ved skulestartundersøkinga, slik det frå myndighetene er tenkt. Som kontaktmønsteret i denne og Paulsen (1990) sin studie kan tyde på, kan eit slik møte opna for vidare kontakt og hjelp til ulike problemstillingar.

5.3.3 Betydninga av å kjenne bekymring og skam

Funna peikar i retning av at mødre kan vera redde for å ta kontakt då barnet kan bli stigmatisert om det vert kjent at barnet får hjelp av helsesøster. Denne frykta syntes derimot å bli gjort til skamme ved at barna ikkje syntes å oppleve negative reaksjonar frå medelevar. Ingen av mødrene beskrev at barna hadde kjenslemessige barrierer med hensyn til å ha kontakt med helsesøster.

Det kan verke som at barnet sine vanskar vart knytt til det å lykkast med foreldrearbeidet. Å søke hjelp var slik å gjera kjent at ein mislykkast. Dette finn ein òg att i teorien. Å meistre foreldrearbeidet gir sosial anerkjenning og god sjølvkjensle. Motsatt kan ein oppleve sterke kjensler av sorg og skam når identiteten som god mor vert truga (Hafstad & Øvreeide, 2004). Som andre barrierar for å ta kontakt syntes òg dei kjenslemessige å forsvinne etter første møte.

5.3.4 Betydninga av å sjå skulehelsetenesta som uavhengig

Det kan verke som at mødrene i denne undersøkinga erfarte at skulehelsetenesta ikkje hadde anna agenda enn å hjelpe barnet. Mykje kan tyde på at det å vera fristilt skulen og andre institusjonar vart vurdert av mødrene som positivt med hensyn til å ta kontakt både for mødre og barn. Ut frå dette kan det synast hensiktsmessig at skulehelsetenesta i Norge ikkje er ein del av skulen sin organisasjon, slik tilfellet er i fleire andre land (Merrel, Carnwell, Williams, Allen & Griffiths, 2007; Morberg, Lagerstrøm & Delive, 2009). Skulehelsetenesta er eit helsefaglig supplement til det pedagogiske arbeidet og har slik ei fristilt rolle.

Verdien av at skulehelsetenesta ikkje er underlagt skulen sin myndigheit syntes mellom anna å vera knytt til at skulen kan ha andre interesser som kan stå i vegen for hensynet til barnet sitt beste. Ser ein dette saman med opplevinga av helsesøster som ein forbundsfelle som blir lytta til, synes dette samla å verke fremjande for kontakt.

Mykje kan tyde på at mødrene òg såg det som teneleg at barnet hadde ein tillitsfull vaksen å snakke med som stod utanfor familien og slik var fristilt kjenslemessige relasjonar og familien sitt kvardagsliv. Mykje peikar i retning av at mødrene såg grunnlaget for alliansen med helsesøster som felles forståing og målsetjing om barnet sitt beste. Det syntes slik ikkje

problematisk for mødrene at barnet hadde sin allianse med helsesøster samtidig som mødrene såg helsesøster som sin alliansepartner.

6.0 Konklusjon

Føremålet med studien har vore å få innsikt i korleis foreldre erfarer at skulehelsetenesta i barneskulen kan bidra til å fremje barnet deira si helse. I dette kapitlet vil eg summere opp vesentlige aspekt i mødrene si beskriving av erfaringane. Oppsummeringa blir organisert ut frå forskningsspørsmåla i studien. Til slutt i kapitlet omtales implikasjonar for praksis og vidare forskning.

6.1 Kva erfaring har foreldre med skulehelsetenesta sitt bidrag i fremjing av barnet deira si helse?

Mykje kan tyde på at mødre og barn i stor grad fekk den hjelpa dei trengte når dei hadde behov for hjelp til barnet sine helsevanskar. Praktiske råd og verktøy vart løfta fram som særleg god hjelp. Generell informasjon og veiledning syntes ikkje å vera like nyttig med unntak av informasjon som var knytt til barnet sin alder og utvikling.

Mykje tyder på at mødrene erfarte å få ulike former for støtte. Det kan verke som at informasjonsstøtte og emosjonell støtte vart erfart som særleg viktige aspekt i å få god helsehjelp. Det kan synast som at mødrene erfarte å bli møtt med omsorg, interesse og nærleik, og beskrivingane peikar i retning av at alle kjende seg særleg heldig med si helsesøster. Samtlige av mødrene beskrev betring av barnet sin situasjon som følge av helsesøster sin intervensjon.

Mødrene syntes å sjå helsesøster som forbundsfelle i tverrfaglig samarbeid ved at ho tala barn og foreldre si sak. Enkelte mødre beskrev helsesøster som kontinuiteten og den som kjende barnet i tverrfaglig samanheng. Samarbeidet med lærar vart framheva som sentralt i å få kontakt med barn som strever. Helsesøster syntes å bruke sin autoritet til å få

gjennomslag for tilrettelegging av skulemiljøet for å møte barnet sine særskilte behov. Det verke òg å vera viktig for mødrene at helsesøster kunne vise veg i hjelpeapparatet.

Mykje tyder på at mødrene hadde stor tillit til helsesøster både som person og med hensyn til kunnskap. Overaskande stor var tilliten til kompetansen på psykisk helsearbeid.

Eit overaskande funn var at mødrene i så stor grad syntes å ønske å dele ansvaret for oppfølginga av barnet sine vanskar med helsesøster, og at helsesøster i så stor grad syntes å avlaste og supplere foreldra i dette arbeidet. Det kan verke som at mødrene ønska at helsesøster skulle ta ansvar og leiing i faglige spørsmål, men ville medverke på agenda i samtalen og i beslutningar om tiltak.

Samla sett er det mykje som talar for at mødrene erfarte at helsesøster i barneskulen bidrog til å fremje barna deira si helse. Slik mødrene syntes å sjå det har helsesøster solid kompetanse og gir rask og god hjelp som bidreg til betre helse når barnet opplever vanskar.

6.2 Korleis beskriv foreldra kva som kan fremje og hemme kontakt med skulehelsetenesta?

Mødrene beskriv synlegheit som ein sentral faktor med hensyn til å ta kontakt. Mykje kan tale for at tilbodet vart opplevd som lite synleg. At mødrene ikkje visste kva dei kunne få hjelp til syntes å medverka sterkt til at dei ikkje tok kontakt.

Det kan verke som at det var lett for mødrene å få kontakt med helsesøster heile veka, sjølv om ho bare var på skulen ein dag eller to. Mykje peikar i retning av at tilgjengelegheita òg var svært god med hensyn til å kome raskt i gang med helsehjelpa.

Erfaringa med ei avgrensa og skummel teneste som barn syntes å vera ei sentral barriere for å ta kontakt. Positive opplevingar med helsehjelpa til barnet syntes å endre denne oppfatninga radikalt og viske ut tidlegare hinder som bekymring og skam ved å søke hjelp.

At skulehelsetenesta vart opplevd som uavhengig av andre tenester og andre hensyn enn barnet sitt beste syntes å senke terskelen for å ta kontakt.

Det kan sjå ut som at tenesta har ei særleg utfordring i å synleggjera tilbodet og generelt å leggje betre til rette for at terskelen for å ta kontakt skal opplevast som låg.

6.3 Implikasjonar for praksis

Då mødrene i denne undersøkinga syntes å ha lite å utsetje på helsesøster si støtte, vil det vera viktig å *halde fast på det som ut frå deira erfaring er god praksis*. Å fortsetje å gjera seg tilgjengelege for kontakt, å gi "øyeblikkeleg hjelp", å vera nær, engasjert og omsorgsfull og ta rolla som barn og foreldre sin talsmann kan vera krevjande.

Dei store utfordringane for praksis synes å vera knytt til terskel for kontakt. Som omtalt i kapittel 5.3 syntes mødrene å oppleve fleire barrierar. Tenesta synest slik å ha potensiale til å hjelpe fleire barn til betre helse.

Når skulehelsetenesta informerer om tilbodet må det leggjast stor vekt på informasjon om kva tenesta kan hjelpe til med og kva kompetanse helsesøster har. Det må formidlast kva som er endra si foreldra var barn slik at *dagens tilbod trer tydeligare fram*. I tillegg til foreldremøter synes det hensiktsmessig å prioritere heimesida på skulen som medie til å spreie informasjon, då mykje kan tyde på at dette er førstevalet når mødrene søker kunnskap om tilbodet. Ved å understreke at barn sine vanskar ikkje automatisk kan knyttast til foreldrearbeidet kan ein søke å redusere skamkjensla ved å ta kontakt.

Kunnskapen om kva betydning erfaring synes å ha for å senke terskel for ny kontakt kan gi innspel til drøftingar lokalt og nasjonalt med hensyn til korleis ein kan *leggje til rette for at alle foreldre får ei slik erfaring tidleg i skulegangen* til barnet. Eit nærliggjande råd kan vera å tydeliggjera og følgje myndigheitene si anbefaling om å sjå skulestartundersøkinga som del av skulehelsetenesta, og ikkje som avslutning på helsestasjonstilbodet, slik at alle barn og foreldre møter tenesta ved oppstart av barnet sin skulegang.

Samtidig som at barna syntes å like å gå og snakke med helsesøster, og at samtalane med barna om vanskaner såg ut til å medverke til at barna fekk det betre, tyder altså funna på at foreldre kan ha barrierar mot å ta kontakt. Det kan ut frå dette synast aktuelt å (gjen)innføra ein rutinemessig individuell helsesamtale med helsesøster for alle barn, og kanskje òg deira

foreldre. Ein slik samtale vil kunne danne grunnlag for god støtte for barn og foreldre , og vil vera i tråd med tilbudet i helsestasjonen og andre land sin praksis med "well-child exams" (Clark et al., 2002). Å møte alle i individuell samtale vil kunne styrke grunnlaget for å opptre som forbundsfele og talsmann for barn som har særlege utfordringar, og slik utnytte og utvikle denne posisjonen som syntes å ha verdi og legitimitet hjå mødrene og å ha betydning for tilrettelegging for barnet sine individuelle behov på skulen.

Funna om at helsesøster syntes å ta relativt stort ansvar for oppfølging av barnet sine vanskar kan sjås som god praksis eller dårlig praksis, alt etter om ein ser denne i lys av helsefremjande eller sjukdomsførebyggjande teori. Eit samtidig krav om begge strategiar kan sjås som eit uklart krav og slik vera lite retningsgivande om ein ikkje frå myndigheitene si side omtalar og presiserer dette nærare. Lokalt vil slike diskusjonar kunne verke bevisstgjerrande med hensyn til teoretisk kunnskapsgrunnlag for utøving av helsesøsterrolla.

Funnet om god kompetanse på psykisk helsearbeid synleggjer eit potensiale som synes lite utnytta. Det kan vera eit viktig argument for ressursmessig opprusting av tenesta og slik medverke til at det kommunale helsefremjande og førebyggjande tilbudet på dette området styrkes. Slik myndigheitene vurderer ressursituasjonen synes det nå å vera lite rom for at fleire kan ta kontakt (Helsetilsynet, 2001; Helsedirektoratet, 2010).

Stort fokus på psykisk helse kan samtidig sjås som eit varsko med hensyn til nedprioritering av aktivitet og kompetanse knytt til fysisk helse. Slik mødrene omtala legen synes denne i hovudsak å vera forbunde med ekspertise på fysisk helse. Ved at mødrene syntes usikre på om dei kunne få hjelp av andre enn helsesøster i skulehelsetenesta, talar mykje for ei opprusting og tydeleggjering av det tverrfaglige aspektet i tilbudet.

6.4 Implikasjonar for vidare forskning

Som følge av at det òg i denne undersøkinga var bare mødre som deltok, bidrog ikkje denne studien til å framskaffe kunnskap om fedre si oppleving av skulehelsetenesta. Denne undersøkinga gav heller ikkje svar på korleis foreldre erfarer at massestrategiske og miljøretta aktivitetar i skulehelsetenesta eller korleis intervensjon frå andre yrkesgrupper enn helsesøster bidreg til å fremje barnet si helse. Det synes slik å vera behov for forskning

på alle desse områda slik at ein kan få eit meir utfyllande bilete av skulehelsetenesta sitt bidrag i det helsefremjande arbeidet for barn.

Funna i denne undersøkinga kan nyttast som grunnlag for spørsmål i kvantitative studier og slik bidra til ei utvida forståing av tilbudet i skulehelsetenesta sett frå foreldre sin ståstad.

Denne studien kan tyde på at helsesøster si støtte når barn opplever vanskar kan redusere helseplagene. Det er likevel, som Kunnskapsenteret (2010) nyleg påpeika, så godt som ingen forskningskunnskap om effekt av tiltak utført av helsepersonell i skulehelsetenesta. Effektforskning synes slik nødvendig for å få kunnskap om kva som verkar helsefremjande i skulehelsetenesta.

Det kan synast som at mødrene opplevde helsesøster sitt bidrag annleis enn hjelp frå andre tenester. Sett i lys av forslaget om profesjonsnøytrale helsetenester vil det ha stor verdi å få endå meir kunnskap om kva desse skilnadene består i og kva betydning desse har for helsehjelpa til barn og foreldre i skulehelsetenesta.

Referansar

Alstveit, M. (2002). *Helsefremmende arbeid som det "lille ekstra": En kvalitativ studie av hva helsefremmende arbeid betyr for helsesøstre* (Hovedfagsoppgåve i helsefag, Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, [UIB]). Bergen: UIB.

Alvesson, M., & Skoldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Danmark: Studentlitteratur.

Andreassen, K. K. (2006). *På parti med helsesøster?* (Masteroppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo [UIO]). Oslo: UIO.

Andrews, T. (2003). "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid: En diskusjon av syn på makt og endring. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 6(1), 30-42.

Andrews, T. (2009). Profesjonell med myndiggjøring og deltakelse som styrende prinsipper. I S. Haugland & N. Misvær (Red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 45-49). Oslo: Kommuneforlaget.

Bakkerud, J. (2008). Sterk primærhelsetjeneste best og billigst. *Helsedirektoratet*. Lokalisert på www.helsedirektoratet.no/publikasjoner.

Barne- og familiedepartementet. (2003). *FN's konvensjon om barnets rettigheter*. Oslo: Departementet.

Brataas, H. V., & Steen-Olsen, T. (Red.). (2003). *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. Kristiansand S: HøyskoleForlaget.

Clancy, A., & Kjølrsrud, E. S. (2011). Det er umulig å være profesjonsnøytral. *Sykepleien*, (5), 48-49.

Clark, D., Clasen, C., Stolfi, A., & Jaballas, E. R. (2002). Parent Knowledge and Opinions of School Health Services in an Urban Public School System. *Journal of School Health*, 72(1), 18-22.

Cramer, M. W., & Iverson, C. J. (1999). Parent Expectations of the School Health Program in Nebraska. *Journal of School Health*, 69(3), 107-112.

Dahm, K. T., Landmark, B., Kirkehei, I., & Reinart, L. M. (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår*. (Rapport fra Kunnskapsenteret nr 15). Oslo: Helsedirektoratet.

Denehy, J. (2006). Just what do school nurses do. *The Journal of School nursing*, 22 (4), 191-192.

Ekeland, T.J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. I T. J. Ekeland & K. Heggen (Red.). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 29-51). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, T. J., & Heggen, K. (2007). Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk? I T. J. Ekeland & K. Heggen (Red.). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 13-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Finnvold, J. E. (1994). *Brukerkontakter i helsesøstertjenesten*. (Statistisk sentralbyrå 94/22, 1994). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Folkehelseinstituttet. (2008). *Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Lokalisert på <http://www.fhi.no>

Folkehelseinstituttet. (2010). *Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (2003-04-03). Lokalisert på <http://lovdata.no>

Glavin, K., & Erdal, B. (2010). *Tverrfaglig samarbeid i praksis* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Grøholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (1997). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: TANO Aschehoug.

Hafstad, R., & Øvreeide, H. (2004). *Foreldrefokusert arbeid med barn*. Kristiansand S.: HøyskoleForlaget.

Haugland, S. (2009). Subjektive helseplager. I S. Haugland & N. Misvær (Red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 408-411). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Haugland, S., & Grimsmo, A. (2009). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I S. Haugland & N. Misvær (Red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 27-43). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Hauglang, S., & Misvær. (2009). Noen nøkkelfaktorer. I S. Haugland & N. Misvær (Red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 256-257). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Haugland, S., & Torsheim, T. (2009). Er det sunt å gå på skolen? I S. Haugland & N. Misvær (Red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 50-62). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I T. J. Ekeland & K. Heggen (Red.). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 12-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedepartementet. (2002). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. (St.meld. nr. 16, 2002-2003). Oslo: Departementet.

Hesledirektoratet. (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Hesledirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. (St. meld. Nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.

Helsetilsynet. (2001). *Fylkeslegenes felles tilsyn 2000 med skolehelsetjenesten*. Lokalisert på <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/landsomfattende-tilsyn/Fylkeslegenes-felles-2000-skolehelsetjenesten/#sammendrag>

Helsetilsynet. (2009). *Utsatte barn og unge- behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barnevernstjenester til utsatte barn*. Oslo: Helsetilsynet.

Hjälmhult, E. (1999). *Skolehelsetjenesten- innenfor eller utenfor?: Intervjuer om samarbeid i skolehelsetjenesten og den helsefremmende skolen*. (HEMIL- SENTERET Rapport nr. 6, 1999).Bergen: Universitetet i Bergen.

Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. I E. Willumsen (Red.). *Brukernes medvirkning!: Kvalitet og legitimitet i velferdstjenesten* (s. 15-31). Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2005). *Hvordan organisasjoner fungerer: Innføring i organisasjon og ledelse* (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Kirchofer, G., Telljohann, S. K., Price, J. H., Dake, J. A., & Richie, M. R. (2007). Elementary School Parents`/Guardians` Perceptions of School Health Service Personell and the Services They Provide. *Journal of School Health*. November, 77(9), 607-614.

Kjellehold, A. (2005). Hensynet til brukeren- idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten. I E. Willumsen (Red.). *Brukernes medvirkning!: Kvalitet og legitimitet i velferdstjenesten* (s. 49-71). Oslo: Universitetsforlaget.

Kjellehold, A. (2006). Idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten- Fagfelleurdert artikkel. *Lov og rett*, 1(2), 4-25. Lokalisert på <http://www.idunn.no>

Kunnskapssenteret. (2004). *Helseprofil for barn og unge i Akershus. Barnerapport...* Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 1-2004. ISBN 82-8121-000-1.

Kunnskapssenteret. (2010). *Effekt av skolehelsetjenesten på barn og unges helse*. Rapport: ISBN 979- 82- 8121- 355-5 ISSN 1890- 1298.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.

Larsen, T. (2007). *Fra ekspert til samarbeidspartner?: En undersøkelse om brukermedvirkning i helsestasjonen*. (Hovedoppgave, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo [UIO]). Oslo: UIO.

Lauvås, K., & Lauvås, P. (2009). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Lov om barn og foreldre, LOV-1981-04-08-7. (1981). Lokalisert på <http://lovdata.no>

Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64. (1999). Lokalisert på <http://lovdata.no>

Lov om helsetjenesten i kommunene, LOV-1982-11-19-66. (1982). Lokalisert på <http://lovdata.no>

Lov om pasientrettigheter, [LOV-1999-07-02-63](http://lovdata.no). (1999). Lokalisert på <http://lovdata.no>

Mäenpää, T., & Åsted- Kurki, P. (2008). Cooperation between parents and school nurses in primary schools: parents perceptions. Journal compilation. *Nordic College of Caring Science*, 22, 86-92.

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meland, E. (2009). Veiledning, dialog og konfliktløsning. I S. Haugland & N. Misvær (Red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 171-181). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Merrell, J., Carnwell, R., Williams, A., Allen, D., & Griffiths, L. (2007). A survey of school nursing provision in the UK. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5), s. 463-473.

Morberg, S., Lagerstrøm, M., & Dellve, L. (2009). The perceived perceptions of head school nurses in developing school nursing roles within schools. *Journal of Nursing Management*, (17), 813-821.

Myklebust, S., & Hovde, S. (2005). *Kartlegging av helsesøstersituasjonen i Norge*. (Høgskolen i Akershus Småskrift nr. 2, 2005). Akershus: Høgskolen i Akershus.

Mæland, J. G. (2005a). *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mæland, J. G. (2005b). Forebygging- vakker tanke eller fornuftig handling? I *Masteri helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv: MHS143: artikkelsamling (2009)*. Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Naidoo, J., Wills J. (2007). *Folkhælsa och hälsofremjande insatser*. Danmark: Studentlitteratur.

Paulsen, B. (1990). *Snakk med de på helsestasjonen. En analyse av bruk av helsesøstertjenesten*. Trondheim: Kommuneforlaget.

Prescott, P., & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Read, M., Small, P., Donaher, K., Gilsanz, P., & Sheetz, A. (2009). Evaluating Parent Satisfaction of School Nursing Services. *The Journal of School Nursing*, 25(3), 205-213.

Ruud, K. (2008). *Helsesøsters bidrag til mestring av foreldrerollen: Masteroppgave i helse og sosialfag* (Masteroppgåve, Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger, [UIS]). Stavanger: UIS.

Rønning, R., & Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser?: om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sollesnes, R., & Tønjum, L. (2008). Så var det alle disse eg hadde i øyekroken". En studie av helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten frå rundt 1960 til i dag. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*- nr.2 - 2008, 4 årgang, 1-15.

Sosial- og helsedepartementet. (1991). *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 1991: 10). Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedepartementet.(1992). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. (St.meld. nr. 37, 1992-93). Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 1998: 18). Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedepartementet. (1999). *Om folkehelsen*. Oslo: Departementet.

Sundeen, S. J., Stuart, G. W., Rankin, E. A. D., & Cohen, S. A. (1998). *Nurse-client interaction: Implementing the nursing process* (6. utg.). Missouri: Mosby, Inc.

Sosial- og helsedirektoratet. (2004a). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. April 2003 nr. 450*. Oslo: Direktoratet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2004b). *Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Direktoratet.

Statens helsetilsyn. (1998a). *Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0- 20 år*. (Utredningsserie 5-98). Oslo: Helsetilsynet.

Statens helsetilsyn. (1998b). *Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0- 20 år*. (Utredningsserie 1-98). Oslo: Helsetilsynet.

Underwood, P.W. (2000). Social support. The promise and the Reality. I V.H.Rice, (Red.). *Handbook of Stress, Coping and Health: Implications for Nursing Research, Theory, and Practice (367-375)*. Sage Publications, California.

Vik, L., J. (2007). Makt og myndiggjering- utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I T. J. Ekeland & K. Heggen (Red.). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 83-100). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wainwright, P., Thomas, J., & Jones, M. (2000). Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1083-1091.

Wold, B. (2009). Trivsel og helsevaner. I S. Haugland & N. Misvær (Red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 67-71). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Aadnanes, P. M. (2007). Den uavhengige avhengige. Empowerment- idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren. Eit kulturanalytisk perspektiv. I T. J. Ekeland & K. Heggen (Red.). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 223-244). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Intervjuguide

Vedlegg 1

Innleiing

Då eg ikkje kjenner dykk frå før;

Kort om

- 1 Barnet sin **alder og kjønn**
 - 2 Kan du fortelje litt **om barnet** ditt si helse og utvikling
 - 3 Kan du fortelje litt om kva det er **søkt hjelp for**/bakgrunn for kontakten med skulehelsetenesta
 - 4 Kva **kontakt** har du og barnet ditt hatt med **skulehelsetenesta**?
 - 5 Har de, eller har de hatt **kontakt** med **andre helse/hjelpetenester** om barnet sin situasjon?
-

Innleiande spørsmål: Kva tenker du på når du høyrer ordet **skulehelseteneste**?

Hovedspørsmål

Kan du fortelje om dine **erfaringar i møte med** skulehelsetenesta

Er det mulig å sei noko om tilbudet i skulehelsetenesta har ført til endring i barnet si **helse eller utvikling** ? Korleis?

Har du erfaring med at ulike fagfolk , eks. lærar og helsesøster, **samarbeider om barnet ditt**, og **med deg**? Korleis?

Kan du gi eksempler på ting det ville det vera **naturlig for deg å ta kontakt/snakke** med skulehelsetenesta **om**?

Dersom du fekk bestemme korleis skulehelsetenesta skulle vera, korleis ville den då sjå ut?
Kan du beskrive den **ideelle skulehelsetenesta**

Ut frå di oppleving av skulehelsetenesta, kva må personalet **gjera/leggje vekt på** for at **fleire foreldre skal ta kontakt** hvis dei treng hjelp?

Kva kan **fremje** og kva kan **hemme**

Om du skal **oppsummere** korleis skulehelsetenesta bør vera/tilby, kva vil du sei er det aller viktigste?

Heilt kort til slutt

- 1 Kven bur i husværet
- 2 Kva arbeider du med
- 3 Korleis er helsa når den er god? Kan du beskrive kva du legg i god helse
- 4 Er det noko du vil føye til det vi har snakka om

Forespørsel om deltakelse i en studie om foreldres opplevelse av hvordan skolehelsetjenesten i barneskolen kan bidra til å fremme deres barns helse

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie der hensikten er å få innsikt i foreldres erfaringer med og tanker om skolehelsetjenestens bidrag i å fremme barnets helse. Slik kunnskap vil være et viktig bidrag for å synliggjøre foreldres opplevelse med skolehelsetjenesten, samt gi denne tjenesten kunnskap som kan føre til bedre arbeidsmetoder og rutiner.

Mitt navn er Bjørghild Underhaug. Jeg er helsesøster og masterstudent ved Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger. I forbindelse med masterstudiet arbeider jeg for tiden med en oppgave om foreldre sin opplevelse av skolehelsetjenesten i barneskolen. Da du er forelder til barn i barneskolen og har vært i kontakt med skolehelsetjenesten, vil du derfor bli forespurt om å delta i denne undersøkelsen. Min veileder i undersøkelsen er førsteamanuensis Bjørg Karlsen ved Universitetet i Stavanger.

Hva innebærer det å delta i studien?

For å få kunnskap om dette temaet, ønsker jeg en samtale med mødre eller fedre som har hatt kontakt med skolehelsetjenesten det siste året. Samtalen vil dreie seg om hvordan du opplever skolehelsetjenesten. Tema vil være erfaringer med og forventninger til skolehelsetjenesten, hvordan skolehelsetjenesten kan påvirke barnas helse og hva som fremmer og hemmer kontakt med tjenesten. Intervjuet vil vare maksimum 1.5 time. Du velger selv hvor og når samtalen skal finne sted.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd, og det er bare jeg som har tilgang til båndet. Alt skriftlig datamateriale blir anonymisert, og etter at masteroppgaven er godkjent senest høsten 2012 vil alle opplysninger bli slettet. Det understrekes at informasjonen som kommer frem under samtalen bare skal brukes til masteroppgaven. Jeg gjør oppmerksom på at alle som deltar i studien vil få tilgang til resultatene når prosjektet er avsluttet, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser for din videre oppfølging i skolehelsetjenesten. Dersom du ønsker å delta, er det fint om du skriver under på samtykkeerklæringen på siste side og sender den til meg i vedlagte frankerte konvolutt. Du vil da bli kontaktet av undertegnede for å avtale tidspunkt for samtalen.

Hvis det er noe du lurer på, kan du ringe meg på 957 30 332 eller sende en e- post til bjorghild.underhaug@sandnes.kommune.no.

Med vennlig hilsen

Bjørghild Underhaug

masterstudent

Samtykke til deltakelse

Jeg er villig til å delta i studien om foreldre sin opplevelse av skolehelsetjenesten

(signert av prosjektdeltaker, dato)

Hvordan ønsker du å bli kontaktet? Oppgi mailadresse eller tlf. nr.-----

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3



UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Björg Karlsen
bjorg.karlsen@uis.no
Universitetet i Stavanger

| Vår ref | Dato |
|-----------|----------|
| 2010/3272 | 02.02.11 |

Ad. prosjekt: Foreldre sin opplevelse av hvordan skolehelsetjenesten i barneskolen kan bidra til å fremme barnet deres sin helse

Det vises til din søknad datert 14.12.10.

Komiteen behandlet søknaden i møtet den 24.01.11.

Komiteens oppfatning av prosjektet

Hensikten med undersøkelsen er å få kunnskap om hvilke forventninger foreldrene har til skolehelsetjenesten, hvordan de opplever kontakten med tjenesten og hva som fremmer og hemmer kontakten. En vil intervju 6- 8 foreldre.

Komiteen mener formålet med prosjektet faller utenfor helseforskningsloven virkeområde jfr. helseforskningsloven §§ 2,4b, og anser derfor ikke prosjektet som fremleggingspliktig for REK.

En gjør oppmerksom på at prosjekter som ikke omfattes av helseforskningsloven, men som innebærer behandling av personopplysninger (herunder aidentifiserbare opplysninger) skal fremlegges for Datatilsynet/Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste.

Vedtak:

Søknaden avvises da prosjektet ikke er fremleggingspliktig. Prosjektet kan således i prinsippet gjennomføres uten godkjenning fra REK, som ikke har innvendinger mot at resultatene evt. blir publisert.

| | | | |
|--|--|---|---|
| Postadresse: REK Vest Postboks 7804 5020 Bergen | E-post: rek-vest@uib.no Hjemmeside: http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public | Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge Telefon 55 97 84 97 / 98 / 99 | Besøksadresse: 2. etasje, sentralblokken, Haukeland universitetssykehus |
|--|--|---|---|

Org no. 874 789 542



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

Bjørg Karlsen
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 21.01.2011

Vår ref: 25717 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.12.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|--|
| 25717 | <i>Foreldre si oppleving av korleis skulehelsetenesta i barneskulen kan bidra til å fremje barnet deira si helse</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens overste leder</i> |
| Daglig ansvarlig | <i>Bjørg Karlsen</i> |
| Student | <i>Bjørghild Underhaug</i> |

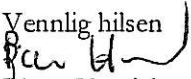
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Bjørghild Underhaug, Eikeberget 6, 4340 BRYNE



Formålet med studien er å undersøke hvilke forventninger foreldre har til skolehelsetjenesten, hvordan de opplever kontakten med tjenesten, og hva de opplever fremmer og hemmer kontakten med tjenesten.

Personvernombudet legger til grunn at skolehelsetjenesten har klarert prosjektet.

Det legges videre til grunn at det er helsesøstre som trekker utvalget (elevene) og oppretter førstegangskontakten med foreldre/foresatte, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted. Interesserte foreldre tar deretter direkte kontakt med studenten.

Ombudet finner informasjonsskrivet til utvalget tilfredsstillende.

Data består utelukkende av intervjudata.

Ombudet anbefaler at navneliste/koblingsnøkkel oppbevares i lukket konvolutt.

Prosjektsslutt er 31.12.2012. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Lydopptak og koblingsnøkkel slettes. Eventuelle indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.



Universitetet
i Stavanger

Vedr. Studie som grunnlag for masteroppgave.

Bjørghild Underhaug er student ved Masterstudium i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Som del av studiet, skal studentene gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave.

Bjørghild Underhaug har valgt å arbeide med følgende tema:

Foreldre si oppleving av korleis skulehelsetenesta i barneskulen kan bidra til å fremje barnet deira si helse

Arbeid med masteroppgaven må følge forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag. Studien er søkt godkjent hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det forutsettes at positiv tilbakemelding fra disse instansene foreligger før rekruttering av informanter tar til.

Veileder for arbeid med masteroppgaven er: 1.amanuensis Bjørg Karlsen, Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Arbeidet forventes slutført: våren 2011.

Dersom det er spørsmål kan undertegnede kontaktes.

Stavanger, den 4. januar 2011

Bodil Furnes
1.amanuensis
Faglig ansvarlig

Helene Hanssen
1.lektor
Studiekoordinator

Bjørg Karlsen
1.amanuensis
Veileder